S 73 Kr 16/97

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 73 Kr 16/97
Datum	16.06.1999

2. Instanz

Aktenzeichen	L 9 KR 84/99
Datum	21.12.2000

3. Instanz

Datum	-

Die Berufung der KlÃ¤gerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 16. Juni 1999 wird zurÃ¼ckgewiesen. Kosten des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

GrÃ¼nde:

Die Beteiligten streiten darÃ¼ber, ob die Beklagte verpflichtet ist, die Kosten fÃ¼r eine in der Zeit vom 9. Juni 1994 bis 12. September 1997 privatÃ¤rztlich durchgefÃ¼hrte Behandlung einschlieÃlich auf Privatrezept erworbener bzw. selbst beschaffter Arzneimittel zu erstatten.

Die im Jahre 1942 geborene KlÃ¤gerin ist pflichtversichertes Mitglied der Beklagten. Sie leidet u.a. an einem hyperreagiblen Bronchialsystem (Atteste zur Vorlage beim ZahnÃ¤rztlichen Dienst und bei der Krankenkasse vom 30. Mai 1994 des Arztes fÃ¼r Allgemeinmedizin E. S., Bl. 7, 8 Verwaltungsakte).

Im Mai 1994 beantragte die KlÃ¤gerin bei der Beklagten unter Vorlage eines Schreibens des Instituts fÃ¼r U. vom 3. Mai 1994 eine Kostenbeteiligung an einer Behandlung nach der Methodik der Medizinischen ÃkkologIe, die in der

Gemeinschaftspraxis Dr. R. und Dr. W. durchgefÃ¼hrt werden solle (Bl. 1 â□□ 5 Verwaltungsakte).

Auf Nachfrage der Beklagten, ob es sich hierbei um eine schulmedizinische Behandlung oder eine Behandlung nach neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden handele, teilte der Arzt Dr. R. mit, die AntikÃ¶rper (IgE, IgG) wÃ¼rden nach der Enzym-Immuno-Assay Methode (Fa. P.) bei ihnen durchgefÃ¼hrt werden (Bl. 6 Verwaltungsakte). Die Beklagte veranlasste eine Stellungnahme durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK). Die Ã□rztin fÃ¼r Allergologie K.fÃ¼hrte in ihrer Stellungnahme fÃ¼r den MDK vom 12. Juli 1994 aus, dass sich die Notwendigkeit zur Behandlung im Institut fÃ¼r U. nicht erkennen lasse. Alle Laboruntersuchungen und Ã¤rztlichen Untersuchungen seien in Berlin im ambulanten und/oder stationÃ¤ren Bereich (gegebenenfalls UniversitÃ¤tskliniken) mÃ¶glich. Bei Verdacht auf Schadstoffwirkungen sei eine AbklÃ¤rung im Krankenhaus S., Prof. Dr. med. H. A., Chefarzt der Neurologischen Abteilung, mÃ¶glich.

Mit Bescheid vom 25. Juli 1994/Widerspruchsbescheid vom 12. Dezember 1996 lehnte die Beklagte die KostenÃ¼bernahme ab, da die Ã□rzte Dres. R.und W.nicht an der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung teilnÃ¤hmen. Mit dem Institut fÃ¼r U. in B. E. bestehe zudem kein Versorgungsvertrag. Auch kÃ¶nnten neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der kassen- und vertragsÃ¤rztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen nur abgerechnet werden, wenn der Bundesausschuss der Ã□rzte und Krankenkassen in entsprechenden Richtlinien hierzu Empfehlungen abgegeben habe. Im Ã□brigen seien noch nicht alle zur VerfÃ¼gung stehenden schulmedizinischen MaÃ□nahmen ausgeschÃ¶pft. Die KlÃ¤gerin kÃ¶nne erneute Testungen und eine Behandlung in Berlin durchfÃ¼hren. Hierzu stÃ¼nden das UniversitÃ¤tsklinikum R. V. der FUB â□□ Urticaria-Sprechstunde -, das UniversitÃ¤tsklinikum R.V.der FUB â□□ Asthma-Poliklinik -, das UniversitÃ¤tsklinikum C., das Klinikum Berlin-B. und bei Verdacht auf eine Schadstoffallergie das Krankenhaus S. zur VerfÃ¼gung.

Im anschlieÃ□enden Klageverfahren hat die KlÃ¤gerin geltend gemacht, zu der in der Zeit vom 9. Juli 1994 bis 12. September 1997 durchgefÃ¼hrten Behandlung im Institut fÃ¼r U. habe aufgrund ihres umfassenden Krankheitsbildes keine Alternative bestanden. Zwar habe ihr die Beklagte etliche Kliniken benannt, das Aufsuchen dieser Kliniken sei ihr jedoch nicht mÃ¶glich und zumutbar gewesen, da sie zu diesem Zeitpunkt berufstÃ¤tig gewesen sei und sie nur Behandlungstermine in den Morgenstunden bekommen hÃ¤tte. HÃ¤tte sie diese wahrgenommen, wÃ¤re ihr mit Sicherheit gekÃ¼ndigt worden. Das Institut fÃ¼r U. habe sie immer wÃ¤hrend der Urlaubszeit aufgesucht (ErklÃ¤rung in der mÃ¼ndlichen Verhandlung vor dem Sozialgericht Berlin am 16. Juli 1999, Sitzungsniederschrift Bl. 42 Gerichtsakte).

Mit Urteil vom 16. Juni 1999 hat das Sozialgericht Berlin die Klage abgewiesen und im Wesentlichen ausgefÃ¼hrt: Die KlÃ¤gerin habe keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten fÃ¼r ihre durchgefÃ¼hrte privatÃ¤rztliche Heilbehandlung nach Â§ 13 Sozialgesetzbuch/FÃ¼nftes Buch (SGB V). Soweit Kosten in HÃ¶he von 2.910,17 DM

bereits bei Erlass des Bescheides bestanden hÃ¤tten, fehle es an einer rechtswidrigen Ablehnung durch die Beklagte, so dass eine Kostenerstattung bereits aus diesem Grunde ausscheide. Ein Kostenerstattungsanspruch fÃ¼r die Zeit nach Bekanntgabe des Beschlusses kÃ¤me aber auch nicht in Betracht, da die KlÃ¤gerin eine Ã¤rztliche Behandlung durch NichtvertragsÃ¤rzte in Anspruch genommen habe. Ebenso scheitere der Kostenerstattungsanspruch fÃ¼r die selbst beschafften Medikamente auf Privatrezept daran, dass die KlÃ¤gerin sich diese Leistungen zunÃ¤chst selbst beschafft habe, ohne zuvor eine Entscheidung der Beklagten hierÃ¼ber abzuwarten. Im Ãbrigen habe kein Vertragsarzt diese Medikamente verordnet.

Mit ihrer Berufung vom 18. August 1999 wendet sich die KlÃ¤gerin gegen das ihr am 28. Juli 1999 zugestellte Urteil und verfolgt ihr Begehren auf Kostenerstattung weiter. Sie trÃ¤gt vor, dass sie sich bei der Aufnahme der Therapie am 9. Juni 1994 in einem sehr schlechten Zustand befunden habe und die Therapie keinen Aufschub mehr geduldet habe. Zudem wÃ¤re eine weitere AusschÃ¶pfung der schulmedizinischen MÃ¶glichkeiten fÃ¼r sie in hÃ¶chstem MaÃe belastend gewesen.

Die KlÃ¤gerin beantragt,

unter Aufhebung des Urteils des Sozialgerichts Berlin vom 16. Juni 1999 sowie des Bescheides der Beklagten vom 25. Juli 1994 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 12. Dezember 1996 die Beklagte zu verurteilen, ihr die Kosten in HÃ¶he von 18.955,99 DM zu erstatten, die anlÃ¤sslich der Inanspruchnahme des Instituts fÃ¼r U. in B.E. durch die Ãrzte Dr. R.und Dr. W. in dem Zeitraum vom 9. Juni 1994 bis 12. September 1997 entstanden sind.

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 Verwaltungsakte 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.

Als Rechtsgrundlage fÃ¼r den geltend gemachten Erstattungsanspruch kommt allein Â§ 13 Abs. 3 SGB V in Betracht, wonach Kosten zu erstatten sind, die dadurch entstehen, dass die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig

erbringen kann oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und sich der Versicherte die notwendige Leistung deshalb selbst beschafft.

Diese Voraussetzungen liegen nicht vor. Der Anspruch der KlÃ¤gerin scheitert aus mehreren RechtsgrÃ¼nden.

1. Eine unaufschiebbare Behandlung im Sinne von Â§ 13 Abs. 3 erste Alternative SGB V liegt im Hinblick auf die Inanspruchnahme des Instituts fÃ¼r U. und die in dem Zeitraum vom 9. Juni 1994 bis 12. September 1997 privatÃ¤rztlich durchgefÃ¼hrte ambulante Behandlung durch die Dres. R. und W.und die damit zusammenhÃ¤ngenden Laboruntersuchungen und Laboranalysen sowie die umfassenden Befunderhebungen und die privatÃ¤rztlich verordneten Medikamente nicht vor, denn das ist nur dann der Fall, wenn die Leistung so notwendig gewesen ist, dass aus medizinischen GrÃ¼nden eine VerzÃ¶gerung nicht vertretbar war (vgl. BSGE 34, 172; BSGE 35, 10; GK-SGB V â Band 2 Â§ 13 RdNrn. 23 und 24 m.w.N.).

Diese Voraussetzung ist nicht gegeben. Ausweislich der von der KlÃ¤gerin im Verwaltungsverfahren eingereichten Rechnungen handelt es sich um eine Ã¼ber drei Jahre hinweg andauernde Behandlung mit ausfÃ¼hrlichen Anamneseerhebungen zur Diagnosestellung, Beratung, ambulanter Untersuchung und wiederholt veranlassten Laboruntersuchungen und -tests und der entsprechenden medikamentÃ¶sen UnterstÃ¼tzung (u.a. Tocopherolacetat, Selenase Trinkampullen, Hyposensibilierungsampullen, AscorbinsÃ¤ure). Das Vorliegen einer unaufschiebbaren Notfallbehandlung lÃ¤sst sich hieraus aber nicht entnehmen. FÃ¼r den Senat schlÃ¼ssig und widerspruchsfrei hat zudem die Allergologin K. in ihrer gutachterlichen Stellungnahme vom 12. Juli 1994 fÃ¼r den MDK ausgefÃ¼hrt, dass BehandlungsmÃ¶glichkeiten in zahlreichen Kliniken in Berlin bestÃ¼nden.

Auch der eigene Vortrag der KlÃ¤gerin steht einer vorliegenden Notfallsituation entgegen. Denn in der mÃ¼ndlichen Verhandlung vor dem Sozialgericht Berlin hat sie ausdrÃ¼cklich ausgefÃ¼hrt, ihr sei das Aufsuchen der in dem angefochtenen Bescheid der Beklagten vom 25. Juli 1994 aufgezeigten Kliniken bereits deshalb nicht mÃ¶glich und zumutbar gewesen, weil sie zu diesem Zeitpunkt berufstÃ¤tig gewesen sei und nur einen Behandlungstermin in den Morgenstunden bekommen hÃ¤tte. HÃ¤tte sie diese Termine wahrgenommen, wÃ¤re ihr sicherlich gekÃ¼ndigt worden. Das Institut fÃ¼r U. habe sie hingegen immer wÃ¤hrend der Urlaubszeit aufsuchen kÃ¶nnen.

2. Auch die Voraussetzungen der 2. Alternative des Â§ 13 Abs. 3 SGB V sind nicht erfÃ¼llt.

a) FÃ¼r den geltend gemachten Kostenerstattungsanspruch gemÃ¤Ã der Rechnung vom 15. Juli 1994 in HÃ¶he von 2.960,17 DM betreffend die ambulant erbrachten Leistungen der Dres. R. und W. (Bl. 12 Verwaltungsakte) scheitert der Anspruch bereits daran, dass es an dem erforderlichen Kausalzusammenhang zwischen Leistungsverweigerung und Kostenentstehung fehlt. Kosten fÃ¼r eine selbst beschaffte Leistung sind nur zu ersetzen, wenn die Krankenkasse die

LeistungsgewÃ¤hrung vorher abgelehnt hat. Ein Kausalzusammenhang und damit eine Kostenerstattung scheiden aus, wenn der Versicherte sich die streitige Behandlung auÃerhalb des vorgeschriebenen Beschaffungsweges selbst besorgt, ohne sich vorher mit seiner Krankenkasse ins Benehmen zu setzen und deren Entscheidung abzuwarten (stÃ¤ndige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, BSG SozR 3-2500 Â§ 13 Nrn. 11 und 15). So verhÃ¤lt es sich hier. Die Beklagte hat eine KostenÃ¼bernahme fÃ¼r die beim Institut fÃ¼r U. beabsichtigte Behandlung erst mit Bescheid vom 25. Juli 1994 abgelehnt.

b) DarÃ¼ber hinaus besteht aber auch kein Kostenerstattungsanspruch fÃ¼r die durchgefÃ¼hrte privatÃ¤rztliche Behandlung einschlieÃlich der privatÃ¤rztlich verordneten Arzneimittel und von der KlÃ¤gerin selbst beschaffter PrÃ¤parate (Calcium Sondos forte und Peak Flow). Denn der Kostenerstattungsanspruch tritt an die Stelle eines an sich gegebenen Sachleistungsanspruchs, den die Kasse infolge eines Versagens des Beschaffungssystems nicht erfÃ¼llt. Er kann deshalb nur bestehen, soweit die selbst beschaffte Leistung ihrer Art nach zu den Leistungen gehÃ¶rt, welche die gesetzlichen Krankenkassen als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben. Die Vorschrift hat den Zweck, den Versicherten so zu stellen, wie bei GewÃ¤hrung einer Sachleistung, und kann folglich nur Kosten erfassen, von denen der Versicherte bei regulÃ¤rer Leistungserbringung befreit wÃ¤re. Verpflichtungen gegenÃ¼ber einem anderen als dem krankenversicherungsrechtlich zulÃ¤ssigen Leistungserbringer lÃ¶sen indes keinen Anspruch aus, weil eine Sachleistung insoweit nicht gewÃ¤hrt werden dÃ¼rfte und der Versicherte in jedem Fall mit Kosten belastet bliebe (BSG SozR 3-2500 Â§ 13 Nr. 14). Bei den ÃrzTen Dres. R. und W. handelt es sich um nicht zur vertragsÃ¤rztlichen Versorgung zugelassene Leistungserbringer im Sinne von Â§Â§ 72 Abs. 1, 95 Abs. 1 SGB V. Begibt sich ein Versicherter ohne Not in privatÃ¤rztliche Behandlung, verlÃ¤sst er dadurch den Schutzbereich der Solidargemeinschaft der Krankenversicherung (Â§ 1 Satz 1 SGB V); er kann deshalb von dieser insoweit nichts beanspruchen (Krauskopf, Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung, Â§ 13 SGB V Rdziff. 5; BSG SozR 3-2500 Â§ 13 Nr. 4, S. 20, 21). Gleiches gilt fÃ¼r die privatÃ¤rztlich von den Dres. W.und R und dem ebenfalls in der Gemeinschaftspraxis tÃ¤tigen Dr. S.verordneten Arzneimittel. VerordnungsfÃ¤hige Dienst- oder Sachleistungen sind auf einem vorgeschriebenen Verordnungsformular (âKassenrezeptâ) zu verschreiben. Der Versicherte kann ein bestimmtes Mittel erst beanspruchen, wenn es ihm in Konkretisierung des gesetzlichen Rahmenrechts vom Vertragsarzt als Ã¤rztliche BehandlungsmaÃnahme verschrieben wird (BSG SozR 3-2500 Â§ 13 Nr. 13, S. 65 m.w.N.; Krauskopf, a.a.O., Â§ 73 Rdziff. 25). Hieran fehlt es insgesamt bei den von der KlÃ¤gerin geltend gemachten Kostenerstattungen fÃ¼r die eingereichten Arzneimittelrechnungen. Im Ãbrigen fehlt es fÃ¼r die von der KlÃ¤erin selbst beschafften PrÃ¤parate (Calcium Sondoz forte und Peak Flow, Rechnungen der Charlottenburger W.-Apotheke vom 13. Januar 1995 und 7. November 1995 â Bl. 56 und 62 Verwaltungsakte) Ã¼berhaupt an einer Ã¤rztlichen Verordnung, was einem Kostenerstattungsanspruch ebenfalls entgegensteht (vgl. BSG SozR 3-2500 Â§ 13 Nr. 13).

Zur weiteren BegrÃ¼ndung nimmt der Senat zwecks Vermeidung von Wiederholungen auf die AusfÃ¼hrungen in dem angefochtenen Urteil, Bl. 5 und 6,

nach Â§ 153 Abs. 2 SGG Bezug und verweist auf sie.

SchlieÃlich kann die KlÃ¤gerin nicht mit Erfolg geltend machen, die schulmedizinische Behandlung sei bei ihr nicht erfolgreich gewesen, so dass es gerechtfertigt gewesen sei, die von den Dres. W. und R. gewÃ¤hlte Behandlungsmethode, zu der auch die Zahnsanierung mit Vitamin-, Mineralstoff-, Selen- und Calciumzufuhr hinsichtlich der Quecksilberbelastung gehÃ¶rt habe, durchzufÃ¼hren. Denn nach Â§ 135 Abs. 1 SGB V dÃ¼rfen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen nur erbracht werden, wenn die BundesausschÃ¼sse der ÃÄrzte und Krankenkassen in Richtlinien nach Â§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V Empfehlungen u.a. Ã¼ber die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode abgegeben haben. Die Leistungsverpflichtung der Krankenkasse ist solange ausgeschlossen, bis die neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode vom zustÃ¤ndigen Bundesausschuss der ÃÄrzte und Krankenkassen als zweckmÃ¤ÃÄig anerkannt ist (stÃ¤ndige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, BSG SozR -2500 Â§ 135 Nrn. 4 und 5). Daran fehlt es hier. Insoweit kann die KlÃ¤gerin auch nicht mit Erfolg geltend machen, dass die Methode gleichwohl zweckmÃ¤ÃÄig und in ihrem konkreten Fall wirksam gewesen sei (BSG SozR 3-2500 Â§ 135 Nr. 4, S. 20).

Da aus RechtsgrÃ¼nden kein Erstattungsanspruch der KlÃ¤gerin gegen die Beklagte besteht, kam es auf die schriftsÃ¤tzlich im Rechtsstreit gestellten BeweisantrÃ¤ge nicht an.

Die Berufung war nach alledem zurÃ¼ckzuweisen.

Die Kostenentscheidung folgt aus Â§ 193 SGG.

Die Revision ist nicht zugelassen worden, weil die Voraussetzungen nach Â§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG nicht vorliegen.

Erstellt am: 09.08.2003

Zuletzt verändert am: 22.12.2024