
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 KlÄgerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 16. Juni 1999 wird zurÄckgewiesen. Kosten des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

GrÄnde:

Die Beteiligten streiten darÄber, ob die Beklagte verpflichtet ist, die Kosten fÄr eine in der Zeit vom 9. Juni 1994 bis 12. September 1997 privatÄrztlich durchgefÄhrte Behandlung einschlieÄlich auf Privatrezept erworbener bzw. selbst beschaffter Arzneimittel zu erstatten.

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

Im Mai 1994 beantragte die KlÄgerin bei der Beklagten unter Vorlage eines Schreibens des Instituts fÄr U. vom 3. Mai 1994 eine Kostenbeteiligung an einer Behandlung nach der Methodik der Medizinischen Äkologie, die in der

Gemeinschaftspraxis Dr. R. und Dr. W. durchgeführt werden sollte (Bl. 1 bis 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 Antikörper (IgE, IgG) würden nach der Enzym-Immuno-Assay Methode (Fa. P.) bei ihnen durchgeführt werden (Bl. 6 Verwaltungsakte). Die Beklagte veranlasste eine Stellungnahme durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK). Die Ärztin für Allergologie K. führte in ihrer Stellungnahme für den MDK vom 12. Juli 1994 aus, dass sich die Notwendigkeit zur Behandlung im Institut für U. nicht erkennen lasse. Alle Laboruntersuchungen und ärztlichen Untersuchungen seien in Berlin im ambulanten und/oder stationären Bereich (gegebenenfalls Universitätskliniken) möglich. Bei Verdacht auf Schadstoffwirkungen sei eine Abklärung im Krankenhaus S., Prof. Dr. med. H. A., Chefarzt der Neurologischen Abteilung, möglich.

Mit Bescheid vom 25. Juli 1994/Widerspruchsbescheid vom 12. Dezember 1996 lehnte die Beklagte die Kostenübernahme ab, da die Ärzte Dres. R. und W. nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen. Mit dem Institut für U. in B. E. bestehe zudem kein Versorgungsvertrag. Auch könnten neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der kassen- und vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen nur abgerechnet werden, wenn der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in entsprechenden Richtlinien hierzu Empfehlungen abgegeben habe. Im übrigen seien noch nicht alle zur Verfügung stehenden schulmedizinischen Maßnahmen ausgeschöpft. Die Klägerin erneute Testungen und eine Behandlung in Berlin durchführen. Hierzu ständen das Universitätsklinikum R. V. der FUB für Urticaria-Sprechstunde -, das Universitätsklinikum R.V. der FUB für Asthma-Poliklinik -, das Universitätsklinikum C., das Klinikum Berlin-B. und bei Verdacht auf eine Schadstoffallergie das Krankenhaus S. zur Verfügung.

Im anschließenden Klageverfahren hat die Klägerin geltend gemacht, zu der in der Zeit vom 9. Juli 1994 bis 12. September 1997 durchgeführten Behandlung im Institut für 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 möglich und zumutbar gewesen, da sie zu diesem Zeitpunkt berufstätig gewesen sei und sie nur Behandlungstermine in den Morgenstunden bekommen hätte. Hätte sie diese wahrgenommen, wäre ihr mit Sicherheit gekündigt worden. Das Institut für U. habe sie immer während der Urlaubszeit aufgesucht (Erklärung in der mündlichen 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 ausgeführt: Die Klägerin habe keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten für ihre durchgeführte privatärztliche Heilbehandlung nach § 13 Sozialgesetzbuch/Fünftes Buch (SGB V). Soweit Kosten in Höhe von 2.910,17 DM

bereits bei Erlass des Bescheides bestanden hätten, fehle es an einer rechtswidrigen Ablehnung durch die Beklagte, so dass eine Kostenerstattung bereits aus diesem Grunde ausscheide. Ein Kostenerstattungsanspruch für die Zeit nach Bekanntgabe des Beschlusses käme aber auch nicht in Betracht, da die Klägerin eine ärztliche Behandlung durch Nichtvertragsärzte in Anspruch genommen habe. Ebenso scheitere der Kostenerstattungsanspruch für die selbst beschafften Medikamente auf Privatrezept daran, dass die Klägerin sich diese Leistungen zunächst selbst beschafft habe, ohne zuvor eine Entscheidung der Beklagten hierüber abzuwarten. Im Übrigen habe kein Vertragsarzt diese Medikamente verordnet.

Mit ihrer Berufung vom 18. August 1999 wendet sich die Klägerin gegen das ihr am 28. Juli 1999 zugestellte Urteil und verfolgt ihr Begehren auf Kostenerstattung weiter. Sie trägt 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 wäre eine weitere Ausschärfung der schulmedizinischen Möglichkeiten für sie in höchstem Maße belastend gewesen.

Die Klägerin 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 Höhe von 18.955,99 DM zu erstatten, die anlässlich der Inanspruchnahme des Instituts für U. in B.E. durch die Ärzte Dr. R. und Dr. W. in dem Zeitraum vom 9. Juni 1994 bis 12. September 1997 entstanden sind.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das Urteil des Sozialgerichts für zutreffend.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Schriftsätze der Beteiligten nebst Anlagen und den sonstigen Inhalt der Gerichtsakte und der Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen.

Der Senat hat die Berufung nach [§ 153 Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) einstimmig durch Beschluss zurückgewiesen, weil sie unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht erforderlich ist. Die Beteiligten hatten Gelegenheit hierzu Stellung zu nehmen.

Zu Recht hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen.

Als Rechtsgrundlage für den geltend gemachten Erstattungsanspruch kommt allein [§ 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 Klägerin scheidet aus mehreren Rechtsgründen.

1. Eine unaufschiebbare Behandlung im Sinne von [Â§ 13 Abs. 3](#) erste Alternative SGB V liegt im Hinblick auf die Inanspruchnahme des Instituts für U. und die in dem Zeitraum vom 9. Juni 1994 bis 12. September 1997 privatärztlich durchgeführte ambulante Behandlung durch die Dres. R. und W. und die damit zusammenhängenden Laboruntersuchungen und Laboranalysen sowie die umfassenden Befunderhebungen und die privatärztlich verordneten Medikamente nicht vor, denn das ist nur dann der Fall, wenn die Leistung so notwendig gewesen ist, dass aus medizinischen Gründen eine Verzögerung nicht vertretbar war (vgl. [BSGE 34, 172](#); [BSGE 35, 10](#); GK-SGB V â Band 2 Â§ 13 RdNr. 23 und 24 m.w.N.).

Diese Voraussetzung ist nicht gegeben. Ausweislich der von der Klägerin im Verwaltungsverfahren eingereichten Rechnungen handelt es sich um eine über drei Jahre hinweg andauernde Behandlung mit ausführenden Anamneseerhebungen zur Diagnosestellung, Beratung, ambulanter Untersuchung und wiederholt veranlassten Laboruntersuchungen und -tests und der entsprechenden medikamentösen Unterstützung (u.a. Tocopherolacetat, Selenase Trinkampullen, Hyposensibilisierungsampullen, Ascorbinsäure). Das Vorliegen einer unaufschiebbaren Notfallbehandlung lässt sich hieraus aber nicht entnehmen. Für den Senat schlüssig und widerspruchsfrei hat zudem die Allergologin K. in ihrer gutachterlichen Stellungnahme vom 12. Juli 1994 für den MDK ausgeführt, dass Behandlungsmöglichkeiten in zahlreichen Kliniken in Berlin bestanden.

Auch der eigene Vortrag der Klägerin steht einer vorliegenden Notfallsituation entgegen. Denn in der mündlichen Verhandlung vor dem Sozialgericht Berlin hat sie ausdrücklich ausgeführt, ihr sei das Aufsuchen der in dem angefochtenen Bescheid der Beklagten vom 25. Juli 1994 aufgezeigten Kliniken bereits deshalb nicht möglich und zumutbar gewesen, weil sie zu diesem Zeitpunkt berufstätig gewesen sei und nur einen Behandlungstermin in den Morgenstunden bekommen hätte. Hätte sie diese Termine wahrgenommen, wäre ihr sicherlich gekündigt worden. Das Institut für U. habe sie hingegen immer während der Urlaubszeit aufsuchen können.

2. Auch die Voraussetzungen der 2. Alternative des [Â§ 13 Abs. 3 SGB V](#) sind nicht erfüllt.

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

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

b) Darüber hinaus besteht aber auch kein Kostenerstattungsanspruch für die durchgeführte privatärztliche Behandlung einschließlich der privatärztlich verordneten Arzneimittel und von der Klägerin selbst beschaffter Präparate (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 erfüllt. Er kann deshalb nur bestehen, soweit die selbst beschaffte Leistung ihrer Art nach zu den Leistungen gehört, welche die gesetzlichen Krankenkassen als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben. Die Vorschrift hat den Zweck, den Versicherten so zu stellen, wie bei Gewährung einer Sachleistung, und kann folglich nur Kosten erfassen, von denen der Versicherte bei regulärer Leistungserbringung befreit wäre. Verpflichtungen gegenüber einem anderen als dem krankenversicherungsrechtlich zulässigen Leistungserbringer lösen indes keinen Anspruch aus, weil eine Sachleistung insoweit nicht gewährt werden dürfte und der Versicherte in jedem Fall mit Kosten belastet bliebe (BSG [SozR 3-2500 Â§ 13 Nr. 14](#)). Bei den Ärzten Dres. R. und W. handelt es sich um nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Leistungserbringer im Sinne von [Â§ 72 Abs. 1, 95 Abs. 1 SGB V](#). Begibt sich ein Versicherter ohne Not in privatärztliche Behandlung, verlässt 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 für die privatärztlich von den Dres. W. und R. und dem ebenfalls in der Gemeinschaftspraxis tätigen Dr. S. verordneten Arzneimittel. Verordnungsfähige Dienst- oder Sachleistungen sind auf einem vorgeschriebenen Ordnungsformular (Kassenrezept) zu verschreiben. Der Versicherte kann ein bestimmtes Mittel erst beanspruchen, wenn es ihm in Konkretisierung des gesetzlichen Rahmenrechts vom Vertragsarzt als ärztliche Behandlungsmaßnahme 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 Klägerin geltend gemachten Kostenerstattungen für die eingereichten Arzneimittelrechnungen. Im Übrigen fehlt es für die von der Klägerin selbst beschafften Präparate (Calcium Sondos forte und Peak Flow, Rechnungen der Charlottenburger W.-Apotheke vom 13. Januar 1995 und 7. November 1995 - Bl. 56 und 62 Verwaltungsakte) überhaupt an einer ärztlichen Verordnung, was einem Kostenerstattungsanspruch ebenfalls entgegensteht (vgl. BSG [SozR 3-2500 Â§ 13 Nr. 13](#)).

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

nach [Â§ 153 Abs. 2 SGG](#) Bezug und verweist auf sie.

Schließlich kann die Klägerin 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. gewählte Behandlungsmethode, zu der auch die Zahnsanierung mit Vitamin-, Mineralstoff-, Selen- und Calciumzufuhr hinsichtlich der Quecksilberbelastung gehört habe, durchzuführen. Denn nach [Â§ 135 Abs. 1 SGB V](#) dürfen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen nur erbracht werden, wenn die Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen in Richtlinien nach [Â§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V](#) Empfehlungen u.a. über 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 zuständigen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen als zweckmäßig anerkannt ist (ständige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, BSG SozR -2500 Â§ 135 Nrn. 4 und 5). Daran fehlt es hier. Insoweit kann die Klägerin auch nicht mit Erfolg geltend machen, dass die Methode gleichwohl zweckmäßig und in ihrem konkreten Fall wirksam gewesen sei (BSG [SozR 3-2500 Â§ 135 Nr. 4](#), S. 20).

Da aus Rechtsgründen kein Erstattungsanspruch der Klägerin gegen die Beklagte besteht, kam es auf die schriftlich im Rechtsstreit gestellten Beweisanträge nicht an.

Die Berufung war nach alledem zurückzuweisen.

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