

## L 4 KR 109/99

Land  
Freistaat Bayern  
Sozialgericht  
Bayerisches LSG  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
4  
1. Instanz  
SG Landshut (FSB)  
Aktenzeichen  
S 10 KR 80/98  
Datum  
24.06.1999  
2. Instanz  
Bayerisches LSG  
Aktenzeichen  
L 4 KR 109/99  
Datum  
31.05.2001  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-

Kategorie  
Urteil  
Leitsätze

Zur Kostenübernahme des autosuggestiven Logospasmus-Trainings

- I. Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Landshut vom 24. Juni 1999 aufgehoben und die Klage abgewiesen.
- II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.
- III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Kostenerstattung für das autosuggestive Logo- spasmus-Training in Höhe von 2.850,00 DM.

Der am 1979 geborene und bei der Beklagten pflichtversicherte Kläger leidet nach dem Attest des behandelnden Neurologen und Psychiaters Dr.B. vom 23.12.1997 an einem psychogen ausgelösten und affektiv unterhaltenen tonisch-klonischen Stottern als Folge einer vorübergehenden epileptischen Symptomerkrankung.

Aufgrund eines Hinweises dieses Arztes meldete er sich am 18.12.1997 bei dem von einem Heilpraktiker geleiteten PHS- Institut für Naturheilkunde (Praxis für Biologische Medizin) in P. zur Teilnahme am autosuggestiven Logospasmus-Training unter Beifügung eines Verrechnungsschecks für die Seminarkosten in Höhe von 2.850,00 DM an. Die Praxis für Biologische Medizin bestätigte mit Schreiben vom 30.12.1997 die Anmeldung für den Termin vom 30.03. bis 08.04.1998. Der Kläger hatte mit dem Attest des Dr.B. und den am 30.12.1997 bei der Beklagten eingegangenen Unterlagen des PHS-Instituts für Naturheilkunde über die Wirkungsweise des autosuggestiven Logospasmus-Trainings die Übernahme der Kosten beantragt.

Die von der Beklagten eingeholte gutachtliche Stellungnahme des Neurologen und Psychiaters Dr.S. vom 09.01.1998 (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung in Bayern - MDK -) kam unter Bezugnahme auf das Gutachten des Nervenarztes und Sozialmediziners Dr.E. (MDK) vom 16.06.1997 zum Ergebnis, das autosuggestive Logospasmus-Training sei eine Methode, die nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspreche.

Mit Bescheid vom 11.03.1998 lehnte die Beklagte mit dieser Begründung eine Kostenübernahme ab.

Der Kläger nahm in der Zeit vom 30.03. bis 08.04.1998 an dem Seminar der Praxis für Biologische Medizin im Lehrinstitut und Institut für Naturheilkunde-Psychotherapie-Hypnosetherapie in P. teil. Sein Widerspruch, mit dem er auf die Leistung anderer Krankenkassen und die kostenfreie Zusatzbehandlung des Instituts hinwies, wurde mit Widerspruchsbescheid vom 13.05. 1998 mit der Begründung zurückgewiesen, eine Kostenerstattung für Heilpraktikerbehandlung sei gesetzlich nicht zulässig. Es fehle überdies an einer Empfehlung der therapeutischen Zweckmäßigkeit des Logospasmus-Trainings durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen.

Der Kläger hat mit der Klage vom 15.06.1998 beim Sozialgericht Landshut (SG) geltend gemacht, das Logospasmus-Training sei der letzte Ausweg nach einer langjährigen erfolglosen logopädischen Therapie gewesen. Er sei vom Stottern weitgehend geheilt worden und sein behandelnder Arzt Dr.B. habe diese Methode empfohlen. Andere Krankenkassen hätten die Kosten der Therapie übernommen und für ihn als Auszubildenden sei die Tragung der Kosten eine starke finanzielle Belastung.

Das SG hat einen Befundbericht des Neurologen und Psychiaters Dr.B. beigezogen, der einen kurzzeitigen Erfolg festgestellt hat. In der mündlichen Verhandlung am 24.06.1999 hat die Mutter des Klägers angegeben, die Therapie sei erfolgreich gewesen. Außerdem habe der

Kläger bei Eintritt in die Krankenkasse eine Broschüre erhalten, in der in Einzelfällen auch die Kostenübernahme alternativer Heilmethoden in Aussicht gestellt worden sei. Eine Bedienstete der Beklagten habe ihr gesagt, es könne durchaus sein, dass die Behandlung gezahlt würde. Daraufhin habe sie die Übernahme der Kosten beantragt. Die bisherige, von einer Logopädin in 36 Behandlungseinheiten durchgeführte Therapie habe keinen wesentlichen Fortschritt erbracht.

Das SG hat mit Urteil vom gleichen Tage die Beklagte zur Zahlung von 2.850,00 DM verurteilt. Es hat zur Begründung ausgeführt, es könne dahingestellt bleiben, ob die fehlende Anerkennung des autosuggestiven Logospasmus-Trainings durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen auf einem Mangel des gesetzlichen Leistungssystems beruhe. Die Klage sei aus dem Rechtsinstitut des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs begründet. Die Beklagte habe dem Kläger eine eventuelle Kostenübernahme in Aussicht gestellt und im Vertrauen darauf habe der Kläger sich um einen Behandlungstermin im PHS-Institut bemüht. Als die Beklagte dem Kläger die Ablehnung des Antrages mitgeteilt habe, sei die Behandlung ab 30.03.1998 bereits fest gebucht gewesen. Die Beklagte hätte vielmehr dem Kläger entsprechende Alternativen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung anbieten müssen. Sie habe damit das Recht des Klägers auf eine individuelle Beratung verletzt.

Hiergegen richtet sich die Berufung der Beklagten vom 06.09. 1999, mit der sie geltend macht, ihre Mitarbeiterin habe die Übernahme der Kosten der streitigen Behandlung nicht zugesichert, sondern der Mutter des Klägers vielmehr deutlich gemacht, dass eine weitere Prüfung noch erforderlich sei. Wenn der Kläger sich in dieser unsicheren Situation gleichwohl im Januar 1998 für das am 30.03.1998 beginnende Seminar angemeldet habe, könne dies der Beklagten nicht angelastet werden. Sie sei auch im Rahmen ihrer Aufklärungspflicht nicht gehalten, dem Kläger andere Behandlungsmethoden anzubieten. Die Ablehnung der Kostenübernahme im Bescheid vom 11.03.1998 sei unmissverständlich formuliert worden.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Landshut vom 24.06.1999 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er macht geltend, die Beklagte habe die Kostenübernahme bei Vorlage eines fachärztlichen Attestes angekündigt. Er habe zur Kostenminimierung und als Beitrag für die Solidargemeinschaft lediglich die Kosten für die Therapie in Rechnung gestellt, obwohl weitere Kosten (Bahnfahrt, Unterbringung und Verpflegung) angefallen seien.

Beigezogen und zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht wurden die Akten der Beklagten und des SG. Auf den Inhalt dieser Akten und die Sitzungsniederschrift wird im Übrigen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die frist- und formgerecht eingelegte Berufung ([§ 151 Sozialgerichtsgesetz - SGG](#) -) ist zulässig; der Wert des Beschwerdegegenstandes übersteigt 1.000,00 Deutsche Mark ([§ 144 Abs.1 Satz 1 Nr.1 SGG](#)).

Die Berufung ist begründet.

Das angefochtene Urteil ist aufzuheben und die Klage abzuweisen; denn der Kläger hat keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten des autosuggestiven Logospasmus-Trainings am PHS-Institut für Naturheilkunde in P ...

Der Kostenerstattungsanspruch gemäß [§ 13 Abs.3 Sozialgesetzbuch V \(SGB V\)](#) in der Fassung des Art.1 Nr.5 b des Gesetzes vom 21.12.1992 ([BGBl. I S.2266](#)) setzt voraus, dass die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dadurch Versicherten für die selbst beschaffte Leistung Kosten entstanden sind. Die Kosten sind von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war.

Unter die erste Alternative der unaufschiebbaren Leistung fallen nach allgemeiner Meinung Notfälle, Systemstörungen und Versorgungslücken (vgl. z.B. Bundessozialgericht (BSG) vom 25.09. 2000 [B 1 KR 5/99 R](#), Die Sozialgerichtsbarkeit 2000, 672; Höfler in Kasseler Kommentar, [§ 13 SGB V](#), Rdnr.8 mit weiteren Nachweisen auf die höchstrichterliche Rechtsprechung). Von Systemstörungen und Versorgungslücken kann nicht ausgegangen werden, da der Kläger bisher eine neurologische und psychiatrische sowie logopädische Behandlung in Anspruch genommen hat. Es ist kein Grund ersichtlich, dass diese Behandlung unter Umständen durch andere zugelassene Leistungserbringer bzw. mit anderen Methoden nicht fortgeführt werden könnte.

Ebenso wenig hat ein Notfall im krankenversicherungsrechtlichen Sinne ([§ 76 Abs.1 Satz 2 SGB V](#)) vorgelegen. Er setzt voraus, dass die Behandlung durch einen Vertragsarzt nicht möglich oder nicht zumutbar war und der Versicherte daher auf die Hilfe eines Nicht-Vertragsarztes angewiesen war. Abgesehen davon, dass das Logospasmus-Training am PHS-Institut keine ärztliche bzw. ärztlich angeordnete und verantwortete Behandlung gewesen ist ([§§ 15 Abs.1, 28 Abs.1 SGB V](#)), bietet der Sachverhalt keinerlei Anhaltspunkt für eine sofortige Behandlungsbedürftigkeit (BSG a.a.O.). Denn der Kläger hat sich zur Behandlung am 18.12.1997 angemeldet und das Trainingsseminar hat Monate später, nämlich vom 30.03. bis 08.04.1998 stattgefunden.

Die Beklagte hat die streitige Leistung auch nicht zu Unrecht abgelehnt. Der geltend gemachten Kostenerstattung steht hier entgegen, dass der Kläger sich zur Teilnahme und Kostentragung gegenüber dem PHS-Institut verpflichtet hat, ohne die Entscheidung der Beklagten abzuwarten. Nach der ständigen Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 10.02.1993 [SozR 3-2200 § 182 Nr.15](#); Urteil vom 16.12.1993 [SozR 3-2500 § 12 Nr.4](#); Urteil vom 24.09. 1996 [BSGE 79, 125](#); Beschluss vom 15.04.1997 [SozSich 1998, 38](#), Urteil vom 25.09.2000, a.a.O.) sind die Kosten für eine selbst beschaffte Leistung im Regelfall nicht zu erstatten, wenn der Versicherte sich die Leistung besorgt, ohne zuvor mit der Krankenkasse Kontakt aufzunehmen und deren Entscheidung abzuwarten. Einer der Beschaffung vorgeschalteten Entscheidung der

Krankenkasse bedarf es unabhängig davon, welcher Art die in Anspruch genommene Leistung ist und in welcher Höhe dafür Kosten anfallen. Damit schließt [§ 13 Abs.3 SGB V](#) eine Kostenerstattung für die Zeit vor der Leistungsablehnung generell aus.

Die Mutter des Klägers hat, was von der Beklagten nicht bestritten wird, bereits vor der schriftlichen Antragstellung am 30.12.1997 mit der Beklagten telefonisch Kontakt aufgenommen und sich nach der Kostenübernahme für das autosuggestive Logo- spasmus-Training erkundigt. Der Kläger hätte aber vor Abschluss des Behandlungsvertrags und Zahlung der Therapiekosten in Höhe von 2.850,00 DM die Entscheidung der Beklagten abwarten und ihr die Prüfung ermöglichen müssen, ob eine andere geeignete und zweckmäßige Behandlung im Rahmen des vertragsärztlichen Versorgungssystems hätte bereitgestellt werden können. Es ist im vorliegenden Falle unerheblich, dass das autosuggestive Logospasmus-Training erst nach der Ablehnung durch die Beklagte stattgefunden hat. Denn der Kläger hat mit der Anmeldung zu der Therapie bereits die Kosten in voller Höhe bezahlt und der Vertrag ist mit Zugang der Anmeldebestätigung vom 30.12.1997 zustande gekommen. Weder die Anmeldung, noch die Anmeldebestätigung enthielten die Möglichkeit eines Rücktritts mit der Zurückzahlung der Seminarkosten. Damit liegt bereits in dem Abschluss des privaten Behandlungsvertrages eine Selbstbeschaffung der Leistung im Sinne des [§ 13 Abs.3](#) 2. Alternative SGB V.

Einer Kostenerstattung steht außerdem entgegen, dass die in der Praxis für Biologische Medizin im Lehrinstitut und Institut für Naturheilkunde, Psychotherapie und Hypnosetherapie durchgeführte Behandlung ausweislich der Seminarunterlagen und der Rechnung vom 08.04.1998 unter der medizinischen Leitung eines Heilpraktikers steht. Gemäß [§§ 15 Abs.1, 28 Abs.1 SGB V](#) wird die ärztliche Behandlung im Sinne der [§§ 27 ff.](#) SGB V von Ärzten erbracht. Sind Hilfeleistungen anderer Personen erforderlich, dürfen sie nur erbracht werden, wenn sie vom Arzt angeordnet und von ihm verantwortet werden. [§ 15 Abs.1 SGB V](#) enthält damit das Arztmonopol und den Ausschluss anderer Heilberufe von der selbständigen Behandlung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung. Auch wenn durch das am 01.01.1999 in Kraft getretene Psychotherapeutengesetz vom 16.06.1998 ([BGBl.I S.1311](#)), sowie der dadurch geänderten Regelungen des SGB V auch approbierte psychologische Therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wie Ärzte an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, ist diese Regelung im vorliegenden Fall schon deswegen nicht von Bedeutung, weil die Behandlung vor diesem Zeitpunkt stattgefunden hat. Das auf [§ 15 Abs.1 SGB V](#) beruhende Arztmonopol wird mit dem Bestreben des Gesetzgebers begründet, die Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft zur Grundlage der medizinischen Versorgung zu machen sowie ausreichende Ausbildung, Kontrolle und Überwachen der Heilpersonen zu gewährleisten (Höfler, a.a.O. [§ 15 SGB V](#), Rdnr.5 mit weiteren Nachweisen auf die ständige höchstrichterliche Rechtsprechung). Die streitige Behandlung war auch keine Hilfeleistung im Sinne des [§ 15 Abs.1 Satz 2 SGB V](#). Sie wurde weder vertragsärztlich verordnet, noch hat sie in der Praxis eines zugelassenen Arztes stattgefunden. Es ist auch nicht ersichtlich, dass die Leistungserbringung von einem Arzt im Rahmen einer ärztlichen Behandlung (Hauptleistung) überwacht und der Behandlungserfolg durch einen Arzt kontrolliert worden ist. Der Sachverhalt bietet auch keinerlei Anhalt dafür, dass das Logospasmus-Training eine im Rahmen des Delegationsverfahrens durchgeführte Therapie ist, die den in den Psychotherapie-Richtlinien (in der Fassung vom 03.07.1987 BAnz Nr.156, zuletzt geändert am 17.12. 1996 (BAnz 1997, 2946)) und in der Psychotherapie-Vereinbarung (Anlage 1 EKV über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung vom 20.09.1990) aufgestellten Anforderungen entspricht.

Einer Kostenerstattung steht außerdem entgegen, dass das Logospasmus-Training eine neue Behandlungsmethode ist, die vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nicht anerkannt worden ist ([§ 135 Abs.1 Satz 1 Nr.1 SGB V](#)). Nach dieser gesetzlichen Vorschrift dürfen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen nur erbracht werden, wenn der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Richtlinien nach [§ 92 Abs.1 Satz 2 Nr.5 SGB V](#) Empfehlungen abgegeben hat über die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode sowie deren medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit ... nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse in der jeweiligen Therapierichtung. Ebenso wie [§ 15 Abs.1 SGB V](#) will diese Vorschrift erreichen, dass die Leistungen in Qualität und Wirksamkeit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen ([§ 2 Abs.1 Satz 3 SGB V](#)). Die streitige Leistung ist in den im Zeitpunkt der Leistungserbringung noch geltenden Richtlinien über neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB-Richtlinien) des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen nicht empfohlen worden (NUB-Richtlinien in der Fassung vom 04.12.1990, BArbBl. Nr.2 (1991, zuletzt geändert durch Bek. vom 07.09.1999 BAnz Nr.214). In diesem Falle würde eine Kostenerstattung davon abhängen, dass die Wirksamkeit der Therapie wissenschaftlich nachgewiesen ist bzw. dass sich die Behandlungsweise in der medizinischen Praxis durchgesetzt hat. Hiervon ist aber nach dem Gutachten des MDK nicht die Rede.

Entgegen dem SG ergibt sich ein Anspruch auf Kostenerstattung auch nicht unter dem Gesichtspunkt des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs. Dieser Anspruch ist ein Ausgleich für die Folgen von Verwaltungsfehlern mit der Besonderheit, dass Folgen beseitigt werden, die dadurch entstehen, dass der Bürger in seinen Entscheidungen und Handlungen durch Verwaltungsfehler fehlgeleitet worden ist (Gagel, Die Sozialgerichtsbarkeit 2000, S.517 ff.). Er setzt voraus, dass ein Verwaltungsfehler vorliegt und dass ein ursächlicher Zusammenhang besteht zwischen dem Verwaltungsfehler und dem Handeln des Betroffenen. Er ist aber darauf beschränkt, das, was im Bereich des Sozialverhältnisses abgelaufen ist, so zu korrigieren, dass die Verhältnisse hergestellt werden, die bei ordnungsgemäßem Ablauf bestanden hätten. Eine weitere Grenze des Herstellungsanspruchs ist, dass er materielle Ansprüche nicht verändern kann (Gagel, a.a.O.). Ziel des Herstellungsanspruchs ist also die Vornahme einer Amtshandlung zur Herbeiführung derjenigen Rechtsfolge, die eingetreten wäre, wenn sich der Leistungsträger, hier die Krankenkasse, rechtmäßig verhalten hätte.

Ob die Beklagte ihre Beratungspflicht verletzt hat, wie das SG meint und ob sie verpflichtet ist, dem Kläger andere Behandlungsmöglichkeiten im vertragsärztlichen Versorgungssystem aufzuzeigen, was von der Beklagten bestritten wird, kann hier dahingestellt bleiben. Denn Rechtsfolge des Herstellungsanspruchs kann nur die Erfüllung des infolge des Verwaltungsfehlers beeinträchtigten oder gefährdeten, originären Hauptanspruchs sein. Daraus ergibt sich, dass das mit dem Herstellungsanspruch Begehrte rechtlich zulässig sein muss. Es muss zumindest das begehrte Handeln in seiner wesentlichen Struktur im Gesetz vorgesehen sein.

Dies ist im vorliegenden Falle zu verneinen. Denn, wie bereits oben ausgeführt wurde, enthält [§ 15 Abs.1 SGB V](#) das Arztmonopol und als Folge dessen den Ausschluss von Heilpraktikern von der selbständigen Behandlung. Dies ist verfassungsrechtlich unbedenklich (Bundesverfassungsgericht Beschluss vom 10.05.1988 SozR 2200 § 122 RVO Nr.10).

Mit dieser Entscheidung verstößt der Senat nicht gegen das Urteil des BSG vom 07.11.1979 (SozR 2200 § 182 Nr.57); denn in diesem Fall hatte das BSG darüber zu entscheiden, ob eine Krankenkasse verpflichtet gewesen war, die Möglichkeiten der Inanspruchnahme einer psychotherapeutischen Behandlung als Kassenleistung aufzuzeigen. Anders liegt jedoch der vorliegende Fall, da der Kläger bei Eingang der

Antragstellung bei der Beklagten sich bereits verbindlich für die Logospasmus-Therapie angemeldet und entsprechend der Empfehlung des Neurologen und Psychiaters Dr.B. sich allein für diese Therapie entschieden hatte. Ebenso betrifft die weitere Entscheidung des BSG vom 09.03.1982 (SozR 2200 § 182 Nr.80) einen Sonderfall, der mit dem vorliegenden Fall nicht vergleichbar ist. In dem vom BSG entschiedenen Fall ging es um die Inanspruchnahme einer Diplom-Psychologin als nicht-ärztliche Therapeutin, die darüber hinaus eine verhaltenstherapeutische Zusatzausbildung erfahren hatte, die den damals geltenden Bestimmungen des Ersatzkassen-Vertrages für eine im Rahmen des § 122 RVO liegende Delegation entsprochen hatte. Im vorliegenden Fall jedoch ist über eine entsprechende Qualifikation des Heilpraktikers bzw. einer zulässigen Delegation den vom Kläger vorgelegten Unterlagen des PHS-Instituts für Naturheilkunde nichts zu entnehmen. Vielmehr ergibt sich aus diesen Unterlagen, dass das PHS-Institut versucht hat, mit den örtlichen Krankenkassen einen Behandlungsvertrag abzuschließen. Dieser Vertrag hätte die Erstattungsfähigkeit der Therapie durch die Kassen zur Folge gehabt. Der Vertragsabschluss sei jedoch abgelehnt worden, weil die Therapie nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprochen habe.

Unerheblich ist schließlich der Einwand des Klägers, er habe nur einen Teil der Kosten geltend gemacht und dadurch der Beklagten Ausgaben erspart. Die Kosten für Fahrt und Übernachtung können als Annexleistungen mit Recht nur geltend gemacht werden, wenn die Beklagte auch zur Hauptleistung verpflichtet wäre (vgl. [§ 60 Abs.1 Satz 1 SGB V](#)). Dies ist hier nicht der Fall. Im Übrigen findet in der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund des Solidaritätsprinzips ein allgemeiner Ausgleich von Lasten und Vermögen zwischen Versicherten und Krankenkassen nicht statt (BSG vom 10.11.1977 [BSGE 45, 130](#); BSG vom 13.05.1982 [BSGE 53, 273](#)).

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor ([§ 160 Abs.2 Nrn.1, 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2004-03-15