

## S 9 KR 87/00

Land  
Nordrhein-Westfalen  
Sozialgericht  
SG Duisburg (NRW)  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
9  
1. Instanz  
SG Duisburg (NRW)  
Aktenzeichen  
S 9 KR 87/00  
Datum  
15.12.2000  
2. Instanz  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Aktenzeichen  
L 5 KR 87/00  
Datum  
-  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie  
Urteil  
Die Klage wird abgewiesen. Kosten sind nicht zu erstatten.

### Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darüber, ob der Kläger Anspruch auf Kostenerstattung bzw. -beteiligung für eine Elektronenstrahlcomputertomographie (im folgenden: EBT) hat.

Der 0000 geborene Kläger ist Mitglied der Beklagten. Im April 1997 stellte ein Mitarbeiter der Beklagten dem Kläger auf dessen Anfrage hin mündlich in Aussicht, sich an den voraussichtlichen Kosten einer EBT in Höhe von 800,00 DM mit etwa 550,00 DM zu beteiligen. Im Februar 1998 wandte sich der Kläger unter Vorlage einer Bescheinigung vom 06.02.1998 über einen geplanten Untersuchungstermin am 27.05.1998 an die Beklagte und bat um Mitteilung, in welcher Höhe sich die Beklagte an den nunmehr angegebenen Kosten in Höhe von 1.233,10 DM beteiligen könne. Aus den Ausführungen der Ärzte der Medizinischen Klinik II der Friedrich-Alexander-Universität F vom 06.02.1998 geht hervor, dass es sich bei der EBT bislang nicht um eine allgemein anerkannte Untersuchungsmethode handele und deshalb kein Erstattungsanspruch gegenüber der Krankenkasse bestehe. Im Schreiben vom 11.03.1998 teilte die Beklagte dem Kläger mit, dass eine Kostenbeteiligung nicht möglich sei, nachdem zwischenzeitlich im Rahmen der Pflegesatzverhandlung über EBT an der Universität F mit dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. und der Universität F eine Kostenübernahme abgelehnt worden sei. Bei der EBT handele es sich deshalb nicht um eine allgemeine Krankenhausleistung, die über die Versicherungskarte abgerechnet werden könne. Demgegenüber wies der Kläger auf die ihm in der Vergangenheit telefonisch zugesagte Kostenbeteiligung hin.

Die Beklagte entgegnete, die damals erteilte Auskunft sei nach dem entsprechenden Verhandlungsstand erfolgt; in der Folgezeit habe sich der Sachverhalt insoweit geändert, dass eine vertragliche Regelung nicht zustande gekommen und somit eine Kostenübernahme nicht möglich sei.

Der Kläger ließ die EBT am 27.05.1998 im Klinikum der G F durchführen und entrichtete die hierfür anfallenden Kosten in Höhe von 1.233,10 DM. Hinsichtlich dieser Kosten beantragte er sodann die Kostenerstattung bzw. -beteiligung bei der Beklagten.

Mit Bescheid vom 13.11.1998 lehnte die Beklagte eine Kostenerstattung bzw. -beteiligung unter Wiederholung ihrer Ausführungen in dem vorangegangenen Schriftverkehr ab. Hiergegen erhob der Kläger am 10.12.1998 bei der Beklagten Widerspruch und trug vor, die Beklagte sei an ihre anfängliche Zusicherung einer teilweisen Kostenübernahme gebunden. Mit Widerspruchsbescheid vom 19.04.2000 wies die Beklagte den Widerspruch unter Darstellung der gesetzlichen Vorschriften und der hierzu ergangenen höchstrichterlichen Rechtsprechung zurück. In den Gründen führte sie u.a. aus: Die EBT werde privatärztlich außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung erbracht; hierbei handele es sich um eine Maßnahme, die im Rahmen der geltenden Verträge nicht abrechnungsfähig sei. Zähle aber eine Diagnostikmethode nicht zur vertragsärztlichen Versorgung, könne für eine entsprechende Privatbehandlung keine Kostenerstattung vorgenommen werden. Auch fehle es hinsichtlich dieser Diagnosemethode an einer Empfehlung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen in Bezug auf die Anerkennung des diagnostischen Nutzens, so dass bereits aus diesem Grunde keine Kostenbeteiligung erfolgen könne. Auch soweit die Beklagte in der Vergangenheit eine entsprechende Beteiligung zugesagt habe, könne dieser Umstand zu keiner Entscheidung führen. Ansprüche auf Leistungen könnten aus einem früheren - möglicherweise - fehlerhaften Verwaltungshandeln nicht hergeleitet werden.

Die Beklagte habe unter dem Gesichtspunkt der Gesetzmäßigkeit der Verwaltung die Pflicht, bei einem neuen Antrag das Vorliegen der Voraussetzungen für eine Kostenerstattung erneut zu prüfen. Aus einer fehlerhaften Entscheidung des Versicherungsträgers könne weder ein Anspruch auf Gleichbehandlung noch auf Beibehaltung eines rechtswidrigen Verwaltungshandelns abgeleitet werden. Auch der Einwand

der Kostenersparnis im Hinblick auf sonst durchzuführende Maßnahmen führe zu keinem anderen Ergebnis.

Der Kläger hat am 08.05.2000 Klage erhoben, mit der er an seinem Begehren auf Kostenerstattung bzw. -beteiligung festhält. Er trägt unter Wiederholung seines Vorbringens im Verwaltungs- und Widerspruchsverfahren vor, die Beklagte habe ihr Wort gebrochen.

Der Kläger hat seinem erkennbaren Interesse nach schriftsätzlich beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 13.11.1998 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19.04.2000 zu verurteilen, ihm die Kosten der EBT in Höhe von 1.233,10 DM zu erstatten bzw. sich hieran zu beteiligen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte verbleibt demgegenüber bei ihrer in der ablehnenden Entscheidung vertretenen Rechtsauffassung.

Auf Anfrage des Gerichts hat der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, Arbeitsausschuss "Ärztliche Behandlung" im Schreiben vom 08.08.2000 u.a. mitgeteilt: Zur Untersuchung mittels EBT lägen der Geschäftsführung des Arbeitsausschusses nur wenige Veröffentlichungen vor, die den Stellenwert und die klinische Bedeutung dieser Diagnostik für Herzerkrankungen zudem kritisch oder widersprüchlich beleuchteten. Z. Zt. könne auch nicht annähernd abgeschätzt werden, ob es sich hier um eine medizinische Methode handele, die die gesetzlich für die vertragsärztliche Versorgung vorgegebenen Kriterien erfülle. Die bisher vorliegenden Berichte sprächen vielmehr dafür, dass diese diagnostische Methode das Stadium von Forschung und Erprobung noch nicht verlassen habe. Langzeituntersuchungen über die Aussagefähigkeit dieser Untersuchung fehlten und zwischenzeitlich würden wirtschaftlich günstigere Alternativen diskutiert. Bislang sei weder von Ärzte- noch von Krankenkassenseite ein Antrag auf Überprüfung eingebracht worden. Da eine Anerkennung des Bundesausschusses für die vertragsärztliche Versorgung nicht vorliege, könne diese Untersuchungsmethode derzeit nicht zulasten der gesetzlichen Krankenkassen durchgeführt und abgerechnet werden. Dies gelte zumindest für die ambulante Anwendung; für Krankenhausbehandlungen habe der Bundesausschuss keine Regelungsbefugnis.

Die Beklagte sieht sich durch die Ausführungen des Bundesausschusses in ihrer bisher vertretenen Auffassung bestätigt. Der Kläger verbleibt bei seiner Auffassung, die Beklagte sei bereits aufgrund ihrer mündlichen Zusage leistungs verpflichtet.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und den der Verwaltungsakte der Beklagten, die sämtlich vorgelegen haben und ihrem wesentlichen Inhalt nach Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer konnte in Abwesenheit des Klägers die Streitsache verhandeln und entscheiden, denn er ist in der ordnungsgemäß zugestellten Terminsmitteilung auf diese Möglichkeit ausdrücklich hingewiesen worden. (vgl. hierzu: Bundessozialgericht - BSG - in SozR [§ 110](#) des Sozialgerichtsgesetzes - SGG - Nr. 5)

Die als kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 1 und 4 SGG](#) zulässige Klage ist nicht begründet. Es ist nicht zu beanstanden, dass die Beklagte es mit dem angefochtenen Bescheid abgelehnt hat, dem Kläger die ihm im Zusammenhang mit der diagnostischen Abklärung mittels EBT entstandenen Kosten zu erstatten bzw. sich hieran zu beteiligen. Der Kläger ist hierdurch nicht im Sinne des [§ 54 Abs. 2 S 1 SGG](#) beschwert, denn die Entscheidung der Beklagten ist nicht rechtswidrig. Der Kläger hat unter keinem ersichtlichen rechtlichen Gesichtspunkt Anspruch gegenüber der Beklagten auf Erstattung der ihm in Rechnung gestellten Kosten für die durchgeführte Diagnostik mittels EBT. Der insoweit begehrten Kostenerstattung steht bereits entgegen, dass die streitige Diagnostik zum einen auf privatärztlicher Grundlage erfolgt ist; zum anderen handelt es sich bei dieser Form der Diagnostik um eine in der kassenärztlichen Versorgung nicht anerkannte Diagnosemethode. Der von dem Kläger geltend gemachte Erstattungsanspruch setzt zunächst voraus, dass ein entsprechender Sachleistungsanspruch bestanden hat. Nach dem das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung beherrschenden Sachleistungsprinzip, [§ 2 Abs. 2](#) des Sozialgesetzbuches Fünftes Buch - SGB V -, haben die Versicherten gegen ihre Krankenkasse, soweit das Gesetz oder zulässigerweise die Satzung nicht ausdrücklich Ansprüche auf Geldleistungen vorsehen, keinen Anspruch auf Kostenersatz für selbstbeschaffte Leistungen. Die grundsätzlich zur Erbringung von Sachleistungen verpflichteten Krankenkassen sind nur dann berechtigt, einem Versicherten Aufwendungen zu erstatten, wenn dies ausdrücklich krankenversicherungsrechtlich geregelt ist, [§ 13 Abs. 1 i.V.m § 2 Abs. 2 SGB V](#). Auf eine solche Regelung kann der Kläger sein Erstattungsbegehren indessen nicht mit Erfolg stützen.

Nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) sind einem Versicherten ausnahmsweise Kosten zu erstatten, die dadurch entstanden sind, dass die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und sich der Versicherte die Leistung deshalb selbst beschafft hat, soweit die Leistung notwendig war. Insoweit wandelt sich der ursprünglich gegebene Anspruch auf die Sachleistung "Krankenbehandlung" im Sinne des 27 SGB V nach Erbringung der Leistung in einen Erstattungsanspruch nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) um, soweit die selbstbeschaffte Leistung ihrer Art nach zu denjenigen Leistungen gehört, die von den gesetzlichen Krankenkassen als Naturalleistungen zu erbringen sind, [§ 2 Abs. 1 S 1 SGB V](#). Die Voraussetzungen des [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) sind jedoch nicht erfüllt, denn die Beklagte hat die streitbefangene Leistung nicht zu Unrecht abgelehnt. Die Behandlung mittels einer nicht zugelassenen Diagnosemethode gehört nicht zu den von den gesetzlichen Krankenkassen geschuldeten Leistungen. Der Kläger hat als Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse, unabhängig davon, ob eine Pflicht- oder eine freiwillige Versicherung besteht, keinen Anspruch gegenüber der Beklagten auf Kostenerstattung für selbstbeschaffte privatärztliche Leistungen außerhalb des kassen- bzw. vertragsärztlichen Versorgungssystems, sondern nur auf Inanspruchnahme der im Rahmen des für die gesetzliche Krankenversicherung geltenden Sachleistungsprinzips zur Verfügung gestellten Leistungen von Vertragsärzten und Vertragskliniken im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung. (vgl. hierzu: Urteil des BSG vom 10.05.1995, Az.: [1 RK 14/94](#)) Zur kassenärztlichen Versorgung gehört die hier streitige Diagnostikmethode indessen ausdrücklich nicht. Vielmehr handelt es sich bei ihr um eine in der kassenärztlichen Versorgung bislang nicht anerkannte Diagnoseform, die deshalb grundsätzlich nicht zu den von der Beklagten geschuldeten Vertragsleistungen gehört und infolgedessen auch nicht Bestandteil des

Sachleistungsanspruchs ist.

Welche Behandlung, durch welchen Personenkreis, in welcher Einrichtung die Beklagte als gesetzliche Krankenkasse zu gewähren verpflichtet ist, richtet sich nach den gesetzlichen Vorschriften sowie den ggfs hierzu ergangenen Richtlinien sowie der Rechtsprechung. Die ärztliche Behandlung wird im Rahmen des für die Beklagte nach [§ 72 SGB V](#) verbindlichen Arzt-/Ersatzkassenvertrages - EKV - gewährt. Die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung als Sachleistung ist der Kassenärztlichen Bundesvereinigung übertragen worden. Durch den EKV ist eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Beachtung der gesetzlichen Bestimmungen gewährleistet. Der Kläger hat demgemäß nach [§ 27 iVm § 28 SGB V](#) Anspruch auf Kostenübernahme nur im Rahmen des für die Beklagte verbindlichen EKV, der zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Verband der Angestelltenkrankenkassen e.V. geschlossen worden ist. Danach sind Vertragsleistungen nur diejenigen Leistungen, die in den Gebührentarifen dieses Vertrages aufgeführt sind. Für die hier streitige Behandlung finden sich indessen keine entsprechenden Gebührenregelungen, so dass deren Abrechnungsfähigkeit grundsätzlich ausgeschlossen ist. Die Anwendung von sog Außenseiterheilmethoden und neuen Behandlungsmethoden zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung ist erst dann zulässig, wenn der zuständige Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen Empfehlungen über die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode, die notwendige Qualifikation der sie anwendenden Ärzte und die apparativen Anforderungen abgegeben hat. Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen beschließt gem. [§ 135 Abs. 1 iVm § 92 Abs. 1 S 2 Nr. 1 und Nr. 6 SGB V](#) in Richtlinien Empfehlungen über die Anerkennung des diagnostischen und/oder therapeutischen Nutzens einer neuen Methode nach Überprüfung gem. den hierfür erlassenen Richtlinien über die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden - NUB-Richtlinien-. Diese Überprüfung hat das Ziel festzustellen, ob eine Untersuchungs- oder Behandlungsmethode das Stadium von Wissenschaft, Forschung und Erprobung verlassen hat und als allgemein anerkanntes gesichertes medizinisches Verfahren in die ambulante vertragsärztliche Versorgung übernommen werden kann oder nicht. Der zuständige Arbeitsausschuss nimmt auf Antrag dazu Stellung, ob die für die Anerkennung einer Untersuchungs- oder Behandlungsmethode erforderlichen Voraussetzungen vorliegen. Diese Stellungnahmen sind gem. [§ 23 Abs. 2 S 2](#) des Bundesmantelvertrages Ärzte - BMVÄ - von den Ärzten und Krankenkassen gleichermaßen zu beachten. Zu der hier streitigen EBT hat sich der zuständige Arbeitsausschuss bislang nicht abschließend geäußert, wie aus der auf Anfrage des Gerichts erteilten Auskunft vom 08.08.2000 hervorgeht. Nach der neueren Rechtsprechung des BSG zu diesem Problemkreis sind solche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden jedoch solange von der Abrechnung zulasten der gesetzlichen Krankenkassen ausgeschlossen, bis der zuständige Bundesausschuss sie als zweckmäßig anerkannt hat. (vgl. hierzu grundlegend: Urteile des BSG vom 16.09.1997, Az: [1 RK 28/95](#), [1 RK 17/95](#), [1 RK 14/96](#), [1 RK 30/95](#) und [1 RK 32/95](#)) Fehlt es - wie im vorliegenden Fall - an einer entsprechenden positiven Stellungnahme des Ausschusses, so hat der Arzt gegenüber der Krankenkasse grundsätzlich die Pflicht, eine solche Behandlungsmethode nicht zu ihren Lasten anzuwenden und die Krankenkasse ist im Verhältnis zur Kassenärztlichen Vereinigung verpflichtet, gegenüber den Versicherten eine solche Behandlungsmethode als Sachleistung abzulehnen. Dies ergibt sich aus [§ 135 SGB V](#) iVm den NUB-Richtlinien. Als Teil der Regelungen des Vierten Kapitels des SGB V über die "Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern" steht [§ 135 SGB V](#) zwar nicht unmittelbar mit den Leistungsansprüchen der Versicherten in Zusammenhang. Wie das BSG in seinen Entscheidungen vom 16.09.1997, aaO, in denen es um die Frage der Kostenerstattung bei Anwendung von Therapieverfahren ging, die bislang nicht zum allgemein akzeptierten Standard der medizinischen Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung gehören, aber zutreffend ausgeführt hat, wird durch diese Vorschrift ebenso wie durch andere kassenarztrechtliche Vorschriften, die bestimmte Arten von Behandlungen aus der vertragsärztlichen Versorgung ausschließen oder ihre Anwendung an besondere Bedingungen knüpfen, zugleich der Umfang der den Versicherten von den Krankenkassen geschuldeten Leistungen festgelegt. Das BSG hat die Verbindlichkeit dieser Richtlinien bislang immer ausdrücklich bestätigt; sie haben demzufolge die Qualität von Rechtsnormen und regeln im Rahmen der gesetzlichen Ermächtigung den Umfang und die Modalitäten der Krankenbehandlung mit bindender Wirkung sowohl für die behandelnden Vertragsärzte als auch für die Versicherten. Darf ein Arzt demzufolge eine Behandlungs- oder Diagnosemethode nicht als Kassenleistung abrechnen, weil sie nach den genannten Richtlinien ausgeschlossen oder nicht empfohlen ist, gehört sie auch nicht zur Behandlung im Sinne des [§ 27 Abs. 1 SGB V](#), die der Versicherte entweder als Sachleistung oder ausnahmsweise unter den Voraussetzungen des [§ 13 SGB V](#) im Wege der Kostenerstattung beanspruchen kann. Die EBT ist derzeit nicht als abrechnungsfähige ärztliche Leistung im einheitlichen Bewertungsmaßstab - EBMÄ - enthalten, so dass eine Abrechnung nur im Wege einer privatärztlichen Liquidation nach der Gebührenordnung für Ärzte - GOÄ - möglich ist. Ein entsprechender Antrag auf Aufnahme dieser Methode in die kassenärztliche Versorgung liegt nach der vom Gericht im Klageverfahren eingeholten Auskunft des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen nicht vor. Eine Beschlussfassung bezüglich dieser Methode war deshalb mangels Vorlage von aussagekräftigen Unterlagen und Studien, die den diagnostischen Nutzen belegen, nicht möglich. Der Ausschuss hat ausdrücklich darauf hingewiesen, dass aufgrund der vorliegenden Veröffentlichungen eine Beurteilung des Nutzens, der medizinischen Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der Diagnosemethode nicht möglich sei. Das BSG hat in den oben zitierten Entscheidungen auch klargestellt, dass dem Versicherten, der sich eine vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nicht empfohlene Behandlung auf eigene Rechnung beschafft, im Kostenerstattungsverfahren der Einwand abgeschnitten ist, die Methode sei gleichwohl zweckmäßig und in seinem konkreten Fall auch angezeigt und erfolgreich gewesen.

Nur ausnahmsweise kann ein Kostenerstattungsanspruch dennoch gegeben sein, wenn die fehlende Anerkennung der neuen Methode auf einem Mangel des gesetzlichen Leistungssystems beruht. Ein solcher Systemmangel kann darin bestehen, dass das Anerkennungsverfahren trotz Erstellung der für eine Überprüfung notwendigen formalen und inhaltlichen Voraussetzungen nicht oder nicht zeitgerecht durchgeführt wird. Die Ermächtigung in [§ 92 Abs. 1 S 2](#) iVm [§ 135 Abs. 2 SGB V](#) besagt nicht, dass es dem Bundesausschuss gänzlich freigestellt ist, ob und wann er sich mit einem Antrag auf Anerkennung einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode befassen und hierzu eine Empfehlung abgeben will. Da grundsätzlich auch neue medizinische Verfahren zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung gehören können, dürfen sie den Versicherten nicht vorenthalten werden, bis sie sich als zweckmäßig und wirtschaftlich erweisen. Wird die Einleitung oder die Durchführung des Verfahrens willkürlich oder aus sachfremden Erwägungen blockiert und verzögert und kann deshalb eine für die Behandlung benötigte neue Therapie nicht eingesetzt werden, wäre dem Auftrag des Gesetzes widersprochen und muss eine sich daraus ergebende Versorgungslücke zugunsten des Versicherten mit Hilfe des [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) geschlossen werden. Im vorliegenden Sachverhalt ist indessen kein im oben beschriebenen Sinne zu berücksichtigender Systemmangel ersichtlich. Insbesondere fehlt es bereits an einem den Anforderungen entsprechenden Antrag auf Anerkennung bzw. einer Beschlussvorlage bei dem zuständigen Ausschuss. Insoweit sind keine Anhaltspunkte dafür erkennbar, dass der Bundesausschuss die Anerkennung der streitigen Methode aus systemfremden Gesichtspunkten versagt oder das Anerkennungsverfahren verzögerlich oder überhaupt nicht durchgeführt hat. Solche Fehlerquellen sind für das Gericht nicht ersichtlich und werden auch nicht durch Tatsachen belegt. Es bleibt Sache der Anwender, dem zuständigen Arbeitsausschuss "Ärztliche Behandlung" die entsprechenden prüffähigen Unterlagen und Studienergebnisse vorzulegen, damit der Ausschuss tätig werden kann.

Auch soweit es um Erkrankungen geht, deren Entstehung und Verlauf noch weitgehend unerforscht sind und die mit den herkömmlichen Mitteln nicht wirksam zu beeinflussen oder zu erkennen sind, kann die Unkenntnis der Ursache und des Verlaufs einer Krankheit nach den gesetzlichen Vorgaben nicht dazu führen, dass jedwede Untersuchungs- bzw. Behandlungsmethode, die in der ärztlichen Praxis erprobt oder vereinzelt angewandt wird, von den Krankenkassen zu bezahlen ist. In diesen Fällen ist für die Anerkennung der therapeutischen Zweckmäßigkeit einer neuen Methode notwendig, dass sie sich in der Praxis durchgesetzt hat. Davon kann aber nur ausgegangen werden, wenn sie in der medizinischen Fachdiskussion eine breite Resonanz gefunden hat oder von einer erheblichen Zahl von Ärzten angewandt wird. In Anbetracht des Umstandes, dass es sich bei der EBT um ein verhältnismäßig neues Diagnoseverfahren handelt, das noch keine weite Verbreitung gefunden hat und hinsichtlich dessen Aussagekraft noch keine verlässlichen Langzeitstudien vorliegen, kommt eine Kostenerstattung nach Maßgabe der gesetzlichen Regelungen nicht in Betracht. Veröffentlichungen zu dieser Methode in der ärztlichen Fachliteratur sowie eine Berichterstattung in den Medien vermögen die genannten wissenschaftlichen Langzeitstudien nicht zu ersetzen. Neue Verfahren, die noch nicht ausreichend erprobt sind oder Außenseitermethoden, die zwar bekannt sind, sich aber nicht bewährt haben, lösen keine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen aus; denn es ist nicht Aufgabe der Krankenkassen, die medizinische Forschung zu finanzieren oder zu unterstützen. Bei dieser Sachlage kann das Begehren des Klägers auf Erstattung der angefallenen Kosten für die EBT der Sache nach keinen Erfolg haben, denn ein Versicherter hat keinen Anspruch auf Erstattung solcher Kosten, die durch eine selbstbeschaffte Leistung außerhalb des Systems entstanden sind, und zwar auch dann nicht, wenn die Leistungen nach Art und Umfang den Rahmen der kassenüblichen Versorgung nicht überschreiten und entsprechend Leistungen von Kassenärzten oder Vertragskrankenhäusern erspart worden sind.

Soweit der Kläger zur Begründung seines Erstattungsanspruchs auch Kostengesichtspunkte anführt, ist dem entgegenzuhalten, dass solche Kompensationserwägungen dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung fremd sind. Auch die Vorschriften über die Budgetierung der von Vertragsärzten und Vertragskrankenhäusern zulasten der gesetzlichen Krankenkassen verauslagten Ausgaben setzen voraus, dass als Sachleistungen ausgeschlossene Leistungen nicht privat liquidiert und im Wege der Kostenerstattung gegenüber der Krankenkasse geltend gemacht werden. Es liegt insbesondere nicht im Willen des Gesetzgebers, dass außervertragliche Behandlungen aufgrund privater Behandlungsverträge erbracht und abgerechnet werden, die über die Kostenerstattung das für die Vertragsärzte bzw. Vertragskliniken festgesetzte Budget belasten und schmälern.

Soweit der Kläger den Erstattungsanspruch auf eine ihm anlässlich eines Telefonates mit einem Mitarbeiter der Beklagten im April 1997 mündlich erteilte Kostenzusage stützt, ist dieser Vortrag nicht geeignet, hieraus einen Anspruch herzuleiten, denn eine Zusicherung bedarf zu ihrer rechtlichen Verbindlichkeit gem. [§ 34 Abs. 1 S 1](#) des Sozialgesetzbuches Zehntes Buch - SGB X - der Schriftform, an der es hier jedoch fehlt. Überdies wäre auch eine im April 1997 schriftlich erfolgte Zusicherung einer Kostenbeteiligung an der EBT nicht mehr rechtswirksam, denn zwischenzeitlich haben sich die rechtlichen Verhältnisse geändert. Während seinerzeit noch Verhandlungen über die Frage der Abrechnungsfähigkeit der EBT liefen, sind diese zwischenzeitlich gescheitert mit dem Ergebnis, dass die EBT keine Kassenleistung darstellt. In einem solchen Fall wäre die Beklagte selbst bei einer vorausgegangenen schriftlichen Kostenzusage hieran nicht mehr gebunden. Denn gem. [§ 34 Abs. 3 SGB X](#) gilt für den Fall, dass sich nach Abgabe der Zusicherung die Sach- oder Rechtslage derart ändert, dass die Behörde bei Kenntnis der nachträglich eingetretenen Änderung die Zusicherung nicht gegeben hätte oder aus rechtlichen Gründen nicht hätte geben dürfen, die Behörde an die Zusicherung nicht mehr gebunden ist.

Schließlich kann der Kläger den geltend gemachten Erstattungsanspruch auch nicht aus dem von der Rechtsprechung entwickelten sozialrechtlichen Herstellungsanspruch wegen unterlassener Beratung und Aufklärung herleiten. Der Kläger hat die Untersuchung mittels EBT in Kenntnis der nicht gewährleisteten Kostenerstattung vornehmen lassen, denn hierauf hatte ihn die Beklagte zuvor im Schreiben vom 11.03.1998 hingewiesen. Ein Fehlverhalten der Beklagten, das einen sozialrechtlichen Herstellungsanspruch begründen könnte, liegt bei dieser Sachlage nicht vor, denn eine Verletzung der der Beklagten obliegenden Beratungspflicht ist nicht erkennbar.

Nach alledem ist die Klage abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs. 1 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2004-03-12