

## L 4 KR 242/02

Land  
Freistaat Bayern  
Sozialgericht  
Bayerisches LSG  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
4  
1. Instanz  
SG München (FSB)  
Aktenzeichen  
S 44 KR 414/00  
Datum  
02.08.2002  
2. Instanz  
Bayerisches LSG  
Aktenzeichen  
L 4 KR 242/02  
Datum  
25.09.2003  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil

I. Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 02. August 2002 wird zurückgewiesen.  
II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.  
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist, ob die Beklagte verpflichtet ist, Kosten i.H. von insgesamt 4.127,95 DM (in Euro) für die Krankenbehandlung des Klägers durch Privatdozent Dr. P. W. zu erstatten.

Der 1919 geborene Kläger ist als Rentner freiwilliges Mitglied der Beklagten. Kostenerstattung hat er nicht gewählt. Er litt an Arthrose und hat sich mit Schreiben vom 25.01.2000 an die Beklagte gewendet und mitgeteilt, er habe sich den Sportmedizinern und Orthopäden Privatdozent Dr. W. und Dr.med. G. in D. vorgestellt. Beide Ärzte hätten eine erfolgreiche Therapie auf dem Gebiet schmerzhafter Arthrosen entwickelt. Es werde ein Produkt Namens Orthokin verwendet. Bei Dr. W. handele es sich um einen Vertragsarzt, die D. Geschäftsstelle der DAK zahle eine Kostenpauschale.

Nachdem der Medizinische Dienst der Krankenversicherungen (MDK) am 27.01.2000 mitgeteilt hatte, es handele sich um keine Leistung der Krankenkasse, lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 27.01.2000 eine Kostenübernahme ab. Hiergegen richtete sich der Widerspruch des Klägers, zu dessen Begründung er mitteilte, durch die Behandlung des Dr. W. mit neuen Methoden sei er innerhalb von sechs Tagen gesund geworden und habe der DAK viele Kosten erspart. Er legte hierzu Rechnungen des Dr. W. vom 06.03.2000 vor. Danach begann die Behandlung am 24.01.2000. Die in Rechnung gestellte Summe von 4.127,95 DM (1456,53 plus 2.671,42 DM) hat der Kläger nach seinen eigenen Angaben bereits bezahlt.

Die Behandlung gegen Privatrechnung wurde am 24.01.2000 vereinbart und begonnen.

Der Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 08.06.2000 zurückgewiesen.

Hiergegen richtete sich die zum Sozialgericht München erhobene Klage, mit der der Kläger geltend machte, die Erkrankung Arthrose sei mit Cortison ergebnislos behandelt worden, die Orthokinbehandlung durch Dr. W. habe nicht nur die Befreiung von Schmerzen gebracht, sondern er könne auch seine Finger wieder uneingeschränkt bewegen. Eine andere erfolgreiche Behandlungsmethode gebe es nicht. Da Dr. W. Vertragsarzt sei, müsse zumindest die Rechnung vom 06.03.2000 in Höhe von 1.456,53 DM, bei der es sich um Kassenleistungen handele, erstattet werden.

Die Geschäftsführerin des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen teilte dem Sozialgericht am 29.07.2000 mit, dass es sich bei Orthokin nicht um ein zulassungspflichtiges Arzneimittel, sondern um ein aus Eigenblut hergestelltes Rezepturarzneimittel handele. Der Geschäftsführung lägen keine Informationen vor, die Anlass zu einer Prüfung der Behandlung ergeben hätten oder nahelegten, die Methode könne nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse als wirksam und wirtschaftlich angesehen werden. Seitens der antragsberechtigten Organisationen sei bisher kein für eine Prüfung erforderlicher Antrag gestellt worden.

Das Sozialgericht hat die Klage mit Urteil vom 02.08.2002 abgewiesen.

Als alleinige Anspruchsgrundlage komme [§ 13 Abs.3 SGB V](#) in Betracht. Dessen Voraussetzungen seien nicht gegeben. Die Behandlung mit

dem Präparat Orthokin gehöre nicht zu den von den gesetzlichen Krankenkassen geschuldeten Leistungen. Es handle sich hierbei um eine nicht zweckmäßige Behandlungsmethode im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebotes des [§ 12 Abs.1 SGB V](#). Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen habe in den BUB-Richtlinien, bei denen es sich um untergesetzliche Rechtsnormen handle, keine Empfehlung ausgesprochen. Ein Versicherter, der sich eine vom Bundesausschuss nicht empfohlene Behandlung auf eigene Rechnung beschaffe, könne daher im Kostenerstattungsverfahren auch nicht einwenden, die Methode sei gleichwohl zweckmäßig und in seinem konkreten Fall wirksam gewesen. Es bestehe auch kein Systemversagen dahingehend, dass der Bundesausschuss ein Prüfungsverfahren nicht oder nicht zeitgerecht durchgeführt habe. Es sei nicht einmal ein Antrag auf Prüfung der Methode gestellt worden. Der Ausschluss der Erstattung umfasse auch die angefallenen Behandlungskosten in Höhe von 1.456,53 DM. Dabei könne dahinstehen, ob es sich um ein therapeutisches Gesamtkonzept handle. Die Erstattung scheitere bereits daran, dass der Kläger auch für diese Leistung mit seinem Arzt eine private Abrechnung vereinbart hat. An dieser Vereinbarung müsse er sich festhalten lassen.

Mit der hiergegen eingelegten Berufung tragen die Bevollmächtigten des Klägers vor, seitens des behandelnden Facharztes sei überzeugend dargelegt worden, die Behandlungsmethode mit Orthokin entspreche den Kriterien des [§ 2 Abs.1 S.3 und Abs.4 SGB V](#) und sei mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot des [§ 12 Abs.1 SGB V](#) vereinbar. Das Sozialgericht gehe rechtsirrig davon aus, die Richtlinien der Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen seien untergesetzliche Rechtsnormen. Sie hätten vielmehr laut Urteil des LSG Niedersachsen vom 23.02.2000 keine normative Wirkung für die Versicherten. Dem habe das BSG in der Entscheidung vom 03.04.2001 ([B 1 KR 40/00 R](#)) im Ergebnis nicht widersprochen. Prüfungsmaßstab sei also nur [§ 27 SGB V](#). Dessen Voraussetzungen seien erfüllt. Es liege ein Systemversagen vor.

Auch schließe eine Vereinbarung den Sachleistungsanspruch des Versicherten gegenüber seiner Krankenkasse nicht aus. Bei dem behandelnden Arzt Dr. W. habe es sich unstreitig um einen zugelassenen Vertragsarzt gehandelt. Die in der besagten Rechnung aufgeführten Leistungen seien als Kassenleistung abrechenbar. Auch dem Sozialgericht dürfte bekannt sein, dass häufig zu Beginn einer ärztlichen Behandlung formularmäßige Fragebogen in den Arztpraxen an die Versicherten ausgehändigt werden, die sie unterzeichnen, ohne dabei zu berücksichtigen, dass dies möglicherweise mit einer privatärztlichen Abrechnung verbunden sei. Dies schließe jedoch nicht den grundsätzlichen Sachleistungsanspruch des Versicherten aus.

Der Kläger beantragt, das Urteil des Sozialgerichts München vom 02.08.2002 und den zugrundeliegenden Bescheid der Beklagten vom 27.01.2000 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 08.06.2000 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, die Kosten für die Krankenbehandlung des Klägers durch Privatdozent Dr. P. W. in Höhe von 2.110,58 EUR zu erstatten, hilfsweise aus der Rechnung Nummer 13751 744,71 EUR zu erstatten.

Die Beklagte beantragt, die Berufung als unbegründet zurückzuweisen.

Ein Systemmangel habe nicht vorgelegen, denn der Bundesausschuss habe die Überprüfung der neuen Behandlungsmethode nicht willkürlich oder aus sachfremden Erwägungen unterlassen oder verzögert. Dafür sei bezüglich der strittigen Behandlung nichts vorgetragen oder ersichtlich.

Beigezogen sind die Akten der Beklagten und des Sozialgerichts. Auf deren Inhalt sowie auf die Sitzungsniederschrift wird Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung, deren Beschwerde wird 1.000,00 DM (beziehungsweise 500,00 Euro) übertrifft, ([§ 44 Abs.1 SGG](#)) ist zulässig, sie erweist sich aber als unbegründet.

Das Erstgericht geht zutreffend davon aus, dass als einzige Anspruchsgrundlage [§ 13 Abs.3 SGB V](#) in Betracht kommt. Der Kläger ist zwar freiwilliges Mitglied der Beklagten, er hat jedoch Kostenerstattung nicht gewählt, so dass [§ 13 Abs.2 SGB V](#) nicht einschlägig ist.

Nach [§ 13 Abs.3 SGB V](#) sind einem Versicherten Kosten zu erstatten, die dadurch entstehen, dass die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder eine Leistung zu unrecht abgelehnt hat und der Versicherte die Leistung sich selbst beschafft. Eine unaufschiebbare Leistung wird nach allgemeiner Meinung angenommen bei Notfällen im Sinne des [§ 76 Abs.1 Satz 2 SGB V](#) sowie anderen dringlichen Bedarfslagen wie Systemversagen, Systemstörung oder Versorgungslücken (Höfler, KassKom, [§ 13 SGB V](#) Rdnr.26, 27 unter Hinweis auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts). Der Kläger war in Behandlung eines Vertragsarztes, ein Notfall scheidet deshalb aus. In allen anderen Fällen müssen Versicherte ihrerseits das Erforderliche tun, um sich die Sachleistung zu verschaffen, das heißt, sie müssen sich grundsätzlich an ihre Krankenkasse wenden, sich dort beraten lassen und entsprechende Anträge stellen (Höfler a.a.O., Rdnr.29).

Der Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs.3 SGB V](#) setzt nämlich voraus, dass der Versicherte durch die Ablehnung der Krankenkasse veranlaßt wird, sich die Behandlung auf eigene Kosten zu beschaffen (BSG, Urteil vom 19.06.2001, [SozR 3-2500 § 28 Nr.6](#) m.w.N. auf die ständige Rechtsprechung des BSG). Im Falle des Klägers fehlt es an der Ursächlichkeit zwischen Kostenentstehung und Leistungsverweigerung der Krankenkasse. Der Kläger hat, wie sich aus den zur Erstattung vorgelegten Rechnungen ergibt, die Behandlung bereits am 24.01.2000 begonnen. Für die Behandlung lediglich an diesem Tag sind 1456,53 DM in Rechnung gestellt worden. Am nächsten Tag begann dann die eigentliche Behandlung, die laut Rechnung am 11.02.2000 abgeschlossen war. Der Kläger hat sich erst mit Schreiben vom 25.01.2000 an die Beklagte gewendet. Am 24.01.2000 hat er bereits die Einverständniserklärung mit privatärztlicher Abrechnung unterzeichnet. Die Beklagte hat schnell reagiert, am 27.01.2000 wurde der MDK angehört, am selben Tag erging der streitgegenständliche Bescheid. Da die Behandlung am 24.01.2000, wie dargelegt, bereits begonnen wurde, kann die Leistungsablehnung nicht ursächlich für die Kosten sein. Der Kläger war vielmehr entschlossen, die Behandlung durchzuführen und dann die Kostenerstattung zu erstreiten. Von daher sind die sonstigen Überlegungen des Klägers zur Kostenersparnis ohne Belang. Auch auf das Leistungshindernis fehlende Zulassung durch den Bundesausschuss kommt es nicht mehr an.

Die Kostenfolge ergibt sich aus [§ 193 SGG](#).

Gründe, die Revision gemäß [§ 160 SGG](#) zuzulassen, liegen nicht vor. Der Senat folgt der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2004-02-16