

S 9 KR 78/02

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
SG Duisburg (NRW)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
9
1. Instanz
SG Duisburg (NRW)
Aktenzeichen
S 9 KR 78/02
Datum
18.07.2003
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Klage wird abgewiesen. Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darüber, ob die Beklagte der Klägerin die Kosten einer Funktionsuntersuchung der Halswirbelsäule in einem offenen Kernspintomografen (MRT) zu erstatten hat. Hierbei handelt es sich um ein bislang in der vertragsärztlichen Versorgung nicht zugelassenes Diagnoseverfahren.

Die 1965 geborene, bei der Beklagten versicherte Klägerin erlitt im Jahre 1980 einen schweren Verkehrsunfall, bei dem sie eine Schädelbasisfraktur sowie eine zweifache Kieferfraktur erlitt und anschließend für 9 Tage im CKoma lag. Darüber hinaus leidet sie an einem Sicca-Syndrom der Schleimhäute, insbesondere der Augenbindehäute, der Schleimhauttrakte der oberen Atemwege, Chemikalienintoleranz, Erschöpfungssyndrom, Trigeminusneuralgie, Dyspep- Dyspepsien sowie Schwindelattacken. Die Ursache hierfür sieht ihr behandelnder Arzt Dr. L, Arzt für Innere Medizin und Umweltmedizin, Diagnostik- und Therapiezentrum S, in einer posttraumatischen Instabilität im ersten Halswirbelsäulengelenk mit überwiegend cervico-cephalem Syndrom, die die Folgekrankheiten hervorgerufen habe.

Im August 2000 beantragte Dr. L für die Klägerin bei der Beklagten die Kostenübernahme zur Durchführung einer funktionellen MRT im ersten Halswirbelsäulengelenk. Hierzu führte er aus: Er halte die Untersuchung in einem offenen MRT-Gerät für erforderlich, um alle Bewegungsabläufe im Halswirbelsäulengelenk, die Struktur der Ligamenta alaria, die Aufklappbarkeit der Halswirbelsäulengelenke sowie einen evtl. Myelonkontakt des Atlaszahnes zu erfassen. Überdies sei die Untersuchung auch deshalb indiziert, weil differenzialtherapeutische Maßnahmen sich von den bisherigen unterschieden, die Klägerin noch sehr jung sei, ohne Behandlung dieser Schädigungsnoxe weitere starke Gesundheitsschädigungen mit erhöhten Krankheitskosten anfallen würden und vor allem eine kausale Therapie möglich sei. Er empfahl den insoweit erfahrenen Radiologen Dr. W in L. Die Kosten für die Untersuchung werden mit ca. 3.500,00 DM beziffert angegeben. Auf die beigelegten Berichte des Nervenarztes Dr. C vom 07.03.2000, des Radiologen Dr. I vom 29.02.2000, des Augenarztes Dr. J vom 10.07.1996, des Hals-Nasen-Ohren-Arztes Dr. P vom 14.11.2000, des Hals-Nasen-Ohren-Arztes Dr. N vom 19.02.2001, die von Dr. L erstellte ärztliche Epikrise vom 22.02.2001 sowie einen Aufsatz mit dem Titel "Das HWS-Schleudertrauma - moderne medizinische Erkenntnisse" wird Bezug genommen. Die Beklagte holte hierzu ein sozialmedizinisches Gutachten nach Aktenlage von Frau Dr. L2 vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung - MDK - Nordrhein ein, worin sie unter dem 06.04.2001 u.a. ausführte: Zu der beantragten Maßnahme liege bislang weder ein Antrag auf Überprüfung noch eine Entscheidung des zuständigen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vor. Die Diagnostik sei überdies noch nicht abgeschlossen; angesichts der angegebenen Symptomatik sei eine weitere hals-nasen-ohren-ärztliche orthopädische, neurologische, neurochirurgische, augenärztliche und ggfs. auch kieferchirurgische Diagnostik erforderlich. Erst nach Abschluss dieser Stufendiagnostik könnten Angaben zu vertraglichen Behandlungsmöglichkeiten gemacht werden. Laut einer sozialmedizinischen Stellungnahme des MDS vom 11.02.2000 sei bezüglich des Einsatzes der offenen Kernspintomografie im Halswirbelsäulenbereich festzustellen, dass Funktionsuntersuchungen an der Halswirbelsäule in geschlossenen Kernspintomografen mit besserer Qualität möglich seien. Der Einsatz der offenen Kernspintomografie sei daher für die hier vorliegende Fragestellung medizinisch nicht notwendig. Abgesehen davon befinde sich die Funktionsdiagnostik derzeit noch im Stadium der wissenschaftlichen Erprobung und stelle keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung dar. Auch sei kein offener Kernspintomograf auf dem Markt, der die apparativen Anforderungen des [§ 135 Abs. 12 Nr. 2](#) des Sozialgesetzbuches Fünftes Buch - SGB V - erfülle. Auch von den Berufsorganisationen der Radiologen werde auf die nicht gesicherte Gerätequalität von offenen Kernspintomografen verwiesen.

In einem weiteren auf Veranlassung der Beklagten von Frau Dr. B vom MDK Nordrhein eingeholten sozialmedizinischen Gutachten nach

Aktenlage vom 23.05.2001 vertrat sie unter Berücksichtigung der vorgelegten medizinischen Unterlagen ebenfalls die Auffassung, eine Indikation für die beantragte Untersuchung bestehe nicht; es werde eine weitere orthopädische Betreuung und ggfs. Diagnostik im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung empfohlen.

Mit Bescheid vom 27.06.2001 lehnte die Beklagte die Kostenübernahme für die offene Kernspintomografie unter Bezugnahme auf die vom MDK eingeholten Gutachten ab. Im übrigen führte sie aus: Da die offenen Kernspintomografen vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen noch nicht beurteilt und bewertet worden seien und deren diagnostischer und therapeutischer Nutzen bezogen auf ein bestimmtes Krankheitsbild noch nicht medizinisch-wissenschaftlich anerkannt sei, gehöre die offene Kernspintomografie nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Da die fehlende Anerkennung der offenen Kernspintomografie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung auch nicht auf einen Mangel des gesetzlichen Leistungssystems beruhe, seien die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme nicht gegeben. Insoweit ständen vertragliche Untersuchungsmöglichkeiten wie die Funktionsuntersuchung in einem geschlossenen Kernspintomografen zur Verfügung.

Hiergegen erhob die Klägerin am 25.07.2001 bei der Beklagten Widerspruch und trug durch ihren Prozessbevollmächtigten vor: In Anbetracht ihres außergewöhnlichen Krankheitsbildes und des Umstandes, dass die beantragte Methode durchaus von namhaften Radiologen bei ihrem Krankheitsbild befürwortet werde, sei eine Kostenübernahme angezeigt, zumal sich die für eine sichere Diagnose und eine daran anschließende erfolgversprechende Therapie notwendige Untersuchung bei ihr wegen den erforderlichen Bewegungen nicht in einem geschlossenen Kernspintomografen, sondern nur in einem teilweise offenen Gerät durchführen ließe, welches die notwendigen Drehungen und Bewegungen zulasse. Sie verwies auf eine Stellungnahme des Radiologen Prof. Dr. M vom 28.12.2001 nebst Anlagen, auf die Bezug genommen wird.

Zwischenzeitlich ließ die Klägerin die Funktionsuntersuchung am 22./24.08.2001 durch den Radiologen Dr. W in L durchführen. Die hierfür von der Klägerin aufgewandten Kosten belaufen sich auf 3.557,96 DM.

Mit Widerspruchsbescheid vom 20.06.2002 wies die Beklagte den Widerspruch unter Darstellung der insoweit einschlägigen gesetzlichen Vorschriften, der Ergebnisse der vom MDK eingeholten Gutachten und der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts - BSG - zu den nicht anerkannten Methoden sowie zum Systemversagen aus den Gründen des Ausgangsbescheides zurück. Ergänzend führte sie aus: Voraussetzung für eine Kostenerstattung sei, dass der therapeutische Nutzen der Untersuchungsmethode objektiv unstrittig nachgewiesen sei; hierfür sei ein allgemein wissenschaftlicher Nachweis erforderlich; der Erfolg im Einzelfall reiche nicht aus. Gem. höchstrichterlicher Rechtsprechung sei grundsätzlich die Feststellung der Wirksamkeit in einer für die sichere Beurteilung ausreichenden Zahl von Behandlungsfällen aufgrund wissenschaftlich einwandfrei geführter Statistiken vorgeschaltet. Nur ausnahmsweise, wenn ein Wirksamkeitsnachweis wegen der Art oder des Verlaufs der Erkrankung oder wegen unzureichender wissenschaftlicher Erkenntnisse auf erhebliche Schwierigkeiten stoße, dürfe darauf abgestellt werden, ob sich die in Anspruch genommene Therapie in der Praxis durchgesetzt habe. Dieser besondere Ausnahmefall bestehe bei der in Rede stehenden offenen Kernspintomografie allerdings nicht.

Die Klägerin hat am 18.07.2002 durch ihren Prozessbevollmächtigten Klage erhoben, mit der sie an ihrem Begehren auf Kostenerstattung festhält. Sie trägt unter Wiederholung ihres Vorbringens im Verwaltungs- und Widerspruchsverfahren ergänzend vor: Die MRT-Funktionsuntersuchung in der Facharztpraxis für diagnostische Radiologie Dr. W habe den Nachweis von Instabilitätszeichen im Rahmen einer funktionell pathologischen Befundkonstellation sowie aussagekräftige neuro-radiologische Befunde erbracht. Die anlässlich dieser Untersuchung festgestellten Symptome, die als Anhaltspunkte für ihre erfolgreiche medizinische Behandlung dienen, wären mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit bei konservativen Untersuchungen und Diagnosemethoden nicht gefunden worden. Bislang gebe es außer der offenen Kernspintomografie noch keine ausreichenden vertraglichen Methoden. Auch sei die Wirksamkeit des offenen Kernspintomografen so verbessert worden, dass sichere Ergebnisse vorliegen, zu dem finde die offene Kernspintomografie immer breitere Resonanz. Schließlich sei zu berücksichtigen, dass in ihrem Falle ein Diagnoseerfolg eingetreten sei. Andere Möglichkeiten einer vertragsärztlichen Versorgung seien nicht gegeben gewesen. Des weiteren sei zu bedenken, dass es sich bei dem von Dr. W verwandten Gerät zwar um ein sog Niederfeldgerät, aber um ein Ganzkörpergerät handele, das komplexe Funktionsabläufe darstellen könne, auf die es im vorliegenden Fall in besonderem Maße angekommen sei. Zudem sei dieser Gerätetyp im europäischen Ausland und in den USA für Funktionsuntersuchungen zugelassen. Durch die genannten Umstände werde die medizinische Notwendigkeit der Untersuchung im offenen Kernspintomografen belegt, zumal im konservativen vertraglichen Bereich die vorhandenen Diagnosemöglichkeiten nicht ausreichend gewesen seien. Gerade in ihrem speziellen Fall sei es nicht um die Frage der Strahlenqualität gegangen, sondern vielmehr um die Abbildung der möglicherweise verletzten Stellen der Halswirbelsäule in unterschiedlichen Lagen und Rotationen. Mittlerweile werde diese Methode von einer erheblichen Anzahl von Ärzten angewendet, wie der Blick in die einschlägige Literatur und das Internet zeige. Im übrigen erscheine die bislang fehlende Anerkennung durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen angesichts der weiteren zunehmenden Verbreitung, der unbestreitbaren Erfolge, generell und in ihrem Falle willkürlich. Schließlich sei sie von einem zugelassenen Arzt an eine ebenfalls zugelassene Einrichtung überwiesen worden, so dass der Vorwurf der Nichteinhaltung des Beschaffungsweges fehlgehe. Bei dieser Sachlage habe die Beklagte die Kostenübernahme zu Unrecht abgelehnt, so dass ein Anspruch auf Kostenerstattung gegeben sei. Auf die beigelegten Berichte des Radiologen Dr. W vom 24.08. sowie die der Klägerin erteilten Rechnungen wird Bezug genommen.

Die Klägerin hat schriftsätzlich beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 27.06.2001 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20.06.2002 zu verurteilen, ihr die anlässlich einer von Dr. W vorgenommenen Untersuchung am 23./24.08.2001 in einem offenen Kernspintomografen entstandenen Kosten in Höhe von 1.814,04 Euro zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte verbleibt demgegenüber bei ihrer in der ablehnenden Entscheidung vertretenen Rechtsauffassung. Sie trägt vor: Eine Beratung der streitigen Methode habe nach Auskunft des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (Schreiben vom 11.12.200) bislang nicht stattgefunden. Im übrigen habe sich die Klägerin die Leistung selbst beschafft, ohne zuvor die abschließende Entscheidung der

Beklagten abzuwarten, so dass ein Kostenerstattungsanspruch ausscheiden müsse. Die Beklagte verweist des weiteren auf eine Mitteilung von Dr. W vom 06.03.2002, der zufolge die Niederfeldgeräte oder offenen Kernspintomografen nicht den Anforderungen der Richtlinien für die apparative Mindestausstattung zur Abrechnung im kassenärztlichen System entsprechen, so dass eine Abrechnung über die kassenärztliche Vereinigung nicht möglich sei. Gleiches ergibt sich aus beigefügten Schreiben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 08.04. und 13.09.1999. Die Beklagte weist darüber hinaus auf eine Stellungnahme der kassenärztlichen Vereinigung Schwaben vom 30.04.2003, der zufolge Dr. W nicht über die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen am offenen Kernspintomografen verfügt.

Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen Arbeitsausschuss "Ärztliche Behandlung" hat auf Anfrage des Gerichts in seinen Schreiben vom 12.11.2002 und 22.01.2003 u.a. mitgeteilt, dass das hier streitige Verfahren bislang auf die gegebene Indikationsstellung nicht überprüft worden sei. Ein entsprechender Überprüfungsantrag sei nicht gestellt worden und für absehbare Zeit auch nicht zu erwarten.

Der Bewertungsausschuss der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hat in seinem Schreiben vom 06.02.2003 auf Anfrage des Gerichts u.a. ausgeführt, dass die Abrechnungsfähigkeit nach dem EBM sich danach richte, ob das Gerät zugelassen sei oder nicht bzw. ob es die Voraussetzungen der Kernspintografie-Richtlinien erfülle.

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 die Streitsache in Abwesenheit der Klägerin und ihres Prozessbevollmächtigten verhandeln und entscheiden, denn sie sind in den ordnungsgemäß zugestellten Terminladungen auf diese Möglichkeit ausdrücklich hingewiesen worden. (vgl. hierzu: BSG in SozR 110 des Sozialgerichtsgesetzes - SGG Nr. 5)

Die als kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 1](#) und 4 des Sozialgerichtsgesetzes - SGG - zulässige Klage ist nicht begründet. Es ist nicht zu beanstanden, dass die Beklagte es mit dem angefochtenen Bescheid abgelehnt hat, der Klägerin die ihr im Zusammenhang mit der Durchführung der Diagnostik in einem offenen Kernspintomografen entstandenen Kosten zu erstatten.

Die Klägerin ist hierdurch nicht im Sinne des [§ 54 Abs. 2 S 1 SGG](#) beschwert, denn die Entscheidung der Beklagten ist nicht rechtswidrig. Die Klägerin hat unter keinem ersichtlichen rechtlichen Gesichtspunkt Anspruch gegenüber der Beklagten auf Erstattung der ihr in Rechnung gestellten Kosten für die Privatbehandlung in der von Dr. W in L betriebenen Facharztpraxis für Diagnostische Radiologie. Insoweit hat es dabei zu verbleiben, dass die streitbefangene Behandlung mittels einer in der kassenärztlichen Versorgung nicht anerkannten Therapieform durch einen insoweit nicht zur vertraglichen Behandlung zugelassenen Leistungserbringer nicht zu den von einer gesetzlichen Krankenkasse geschuldeten Leistungen gehört. Der von der Klägerin geltend gemachte Erstattungsanspruch setzt zunächst voraus, dass ein entsprechender Sachleistungsanspruch bestanden hat. Nach dem das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung beherrschenden Sachleistungsprinzip, [§ 2 Abs. 2 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. 2 i.V.m. § 2 Abs. 2 SGB V](#). Auf eine solche Regelung kann die Klägerin ihr 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 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](#). Mit der Durchbrechung des Sachleistungsgrundsatzes trägt [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) dem Umstand Rechnung, dass die gesetzlichen Krankenkassen eine umfassende medizinische Versorgung ihrer Mitglieder sicherstellen müssen und infolgedessen für ein Versagen des Beschaffungssystems einzustehen haben. (vgl. hierzu: Urteil des BSG vom 16.09.1997, Az: [1 RK 28/95](#)) Wortlaut und Zweck dieser Vorschrift lassen eine Abweichung vom Sachleistungsprinzip nur in dem Umfang zu, in dem sie durch ein etwaiges Systemversagen verursacht ist.

Diejenigen Voraussetzungen, die nach Maßgabe der in [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) getroffenen Regelungen ausnahmsweise einen Kostenerstattungsanspruch begründen, können im vorliegenden Fall jedoch nicht festgestellt werden. Zum einen handelt es sich bei der streitbefangenen Behandlung nicht um eine unaufschiebbare Leistung. Von einer Notfallbehandlung kann nur dann ausgegangen werden, wenn die Art der eingetretenen gesundheitlichen Störung sofortiges ärztliches Handeln erfordert und es dem Versicherten im Hinblick auf die Art der gesundheitlichen Beeinträchtigung nicht zugemutet werden kann, sich sofort zur Verfügung stehende nichtkassen- oder nichtvertragsärztliche Behandlungsmöglichkeiten entgehen zu lassen, um sich in die Behandlung eines Kassenarztes oder eines Vertragsbehandlers zu begeben, deren Hilfe vielleicht zu spät käme. Eine solche Fallkonstellation kann z. B. bei einer lebensbedrohlichen Verletzung auftreten. Von einer vergleichbaren Situation ist im Hinblick auf die bei der Klägerin vorliegenden Störungen chronischer Art nicht auszugehen. Insoweit hat die Klägerin nicht dartun können, dass wegen der beschriebenen Gefahr im Verzuge und der besonderen Dringlichkeit einer sofortigen Intervention gerade die Diagnostik durch Einsatz eines offenen Kernspintomografen unaufschiebbar war.

Zum anderen hat die Beklagte die von der Klägerin begehrte Leistung nicht zu Unrecht verweigert, so dass sie hierdurch gezwungen war, sich die Behandlung auf eigene Kosten zu verschaffen. Der insoweit begehrten Kostenerstattung steht, was die Behandlung am 23./24.08.2001 anbelangt, bereits der Umstand entgegen, dass die Klägerin den vorgesehenen Beschaffungsweg nicht eingehalten hat. Da sie ihren Anspruch auf [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) stützt, muss zwischen dem die Haftung der Krankenkasse begründenden Umstand (bei Alternative 1: Unvermögen zur rechtzeitigen Leistung; bei Alternative 2: rechtswidrige Ablehnung) und dem Nachteil der Versicherten (Kostenlast) ein Kausalzusammenhang bestehen, ohne den die Bedingung des [§ 13 Abs. 1 SGB V](#) für eine Ausnahme vom Sachleistungsgrundsatz nicht

erfüllt ist. (vgl. hierzu: Entscheidungen des BSG Band 79, 125 ff.) Dies bedeutet zunächst, dass die Krankenkasse nur für solche Leistungen aufzukommen hat, die sie auch bei rechtzeitiger bzw. ordnungsgemäßer Bereitstellung der geschuldeten Leistung hätte gewähren müssen. Des Weiteren folgt hieraus, dass Kosten für eine selbstbeschaffte Leistung, soweit sie nicht ausnahmsweise unaufschiebbar war, nur zu ersetzen sind, wenn die Krankenkasse die Leistungsgewährung vorher abgelehnt hat.

Ein Kausalzusammenhang und damit eine Kostenerstattung scheiden demzufolge immer dann aus, wenn sich Versicherte die streitige Behandlung aufgrund eines privaten Behandlungsvertrages selbst beschafft haben, ohne sich zuvor mit der Krankenkasse in Verbindung zu setzen 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. Den Krankenkassen muss mithin zur Vermeidung von Missbräuchen vorab die Prüfung ermöglicht werden, ob die beanspruchte Behandlung im Rahmen des vertragsärztlichen Versorgungssystems bereitgestellt werden kann, und, falls dies nicht möglich ist, ob sie zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung gehört, insbesondere den Anforderungen der Geeignetheit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung genügt. Die Versicherten sind deshalb vor Inanspruchnahme einer Behandlung außerhalb des Systems gehalten, sich an ihre Krankenkasse zu wenden und die Leistungsgewährung zu beantragen. Sie dürfen der Entscheidung der Krankenkasse insbesondere nicht dadurch vorgreifen, dass sie die erstrebte Behandlung zunächst privat durchführen lassen und die erforderliche Prüfung in das Verfahren der Kostenerstattung verlagern. Bereits der Wortlaut der vorgenannten Vorschrift zeigt, dass das Gesetz von dem Erfordernis einer vorherigen Einschaltung der Krankenkasse ausgeht, denn die zu ersetzenden Kosten müssen "dadurch" entstanden sein, dass die Krankenkasse eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat. Erst die endgültige Weigerung der Krankenkasse gibt dem Versicherten im Einzelfall das Recht, sich die benötigte Behandlung selbst zu beschaffen und die Erstattung der dafür aufgewendeten Kosten zu verlangen, soweit die Leistung notwendig war. Bei einem anderen Verständnis hätte es der differenzierenden Regelung mit der Unterscheidung zwischen unaufschiebbaren und sonstigen Leistungen nicht bedurft. Zwar hat das BSG zum früheren Recht der Reichsversicherungsordnung die Auffassung vertreten, der Versicherte brauche die Leistung dann nicht vorher zu beantragen, wenn von vornherein feststehe, dass die Beklagte sie ihm verweigern werde. Diese Rechtsprechung kann für das geltende Recht jedoch nicht übernommen werden. Der jetzige eindeutige Gesetzeswortlaut lässt eine solche Ausnahme nicht mehr zu. Demzufolge scheidet eine Kostenerstattung für die Zeit vor der endgültigen Leistungsablehnung mit Widerspruchsbescheid vom 20.06.2002 bereits von vornherein aus. (vgl. hierzu: Urteil des BSG vom 11.10.1994, Az: [1 RK 26/92](#); Urteil vom 24.09.1996, Az: [1 RK 33/95](#); Urteil vom 06.02.1997, Az: [3 RK 9/96](#); Urteil vom 10.02.1993, Az: [1 RK 31/92](#) sowie Beschluss vom 15.04.1997, Az: [1 BK 31/96](#))

Das Gericht hält die vorstehend dargelegten Grundsätze für zutreffend. Die Klägerin hat zwar die Kostenübernahme vor Durchführung der Behandlung bei der Beklagten beantragt, sie hat aber die Diagnostik in Kenntnis der Ablehnung der Kostenübernahme durch die Beklagten durchführen lassen, ohne die Erteilung des Widerspruchsbescheides abzuwarten. Insoweit sind die ihr im August 2001 entstandenen Kosten aufgrund ihrer eigenen Entscheidung über die vorzeitige Durchführung der Untersuchung entstanden und nicht etwa dadurch, dass die Beklagte die beantragte Leistung abgelehnt hat. Wie ausgeführt, hat die Klägerin den Beschaffungsweg vor Inanspruchnahme der Leistungen von Dr. W nicht eingehalten. Eine solche Verfahrensweise begründet keinen Ausnahmefall, in dem die Rechtsprechung eine Umwandlung eines Sachleistungsanspruchs in einen Kostenerstattungsanspruch zulässt.

Auch im übrigen sind die Voraussetzungen für eine Kostenerstattung nicht erfüllt. Dem steht zum einen entgegen, dass die streitige Behandlung auf privater Grundlage durch einen für diese ambulante Behandlungsform nicht zugelassenen Leistungserbringer erfolgt ist. Unstreitig verfügt Dr. W bereits seinen eigenen Angaben zufolge (so im Schreiben vom 06.03.2002 an das Sozialgericht Hildesheim) und den Ausführungen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, Bezirksstelle Schwaben (Schreiben vom 30.01.2003) nicht über die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Kernspintomografie am offenen Kernspintomografen, da diese Apparaturen nicht die Anforderungen an die apparative Ausstattung gem. Anlage 1 der Kernspintomografie-Vereinbarung erfüllen. Zum anderen handelt es sich bei der Therapieform um eine in der kassenärztlichen Versorgung nicht anerkannte Behandlungsmethode, die deshalb nicht zu den von der Beklagten geschuldeten Vertragsleistungen gehört.

Die Klägerin hat als Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse keinen Anspruch gegenüber der Beklagten auf Kostenerstattung für selbstbeschaffte 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 zugelassenen Leistungserbringern im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung. (vgl. hierzu: Urteil des BSG vom 10.05.1995, Az: [1 RK 14/94](#)) Die Kostenerstattung stellt eine bedeutende Ausnahme vom Sachleistungsprinzip als einem Strukturelement der sozialen Krankenversicherung dar. Die Möglichkeit der Privatbehandlung auf eigene Kosten mit nachfolgender Kostenerstattung war und ist dem System der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung fremd. Derjenige Versicherte, der einen privaten Behandlungsvertrag mit einem Arzt oder einem sonstigen Behandler abschließt, muss sich deshalb auch hinsichtlich der Kostentragung wie ein Privatpatient behandeln lassen. Da Vertragsleistungen von Vertragsärzten und Vertragsbehandlern ohne weitere zusätzliche Vereinbarungen zwischen Arzt/Behandler und Patient gegen Vorlage des Berechtigungsausweises bzw. aufgrund entsprechender Verordnung erbracht werden, ist den Versicherten in solchen Fällen auch bewusst, dass die begehrte Leistung nicht Bestandteil der kassenärztlichen Versorgung ist. Die Beklagte ist demzufolge aus dem zwischen ihr und der Klägerin bestehenden Versicherungsverhältnis nicht verpflichtet, die von der Klägerin in Anspruch genommenen Leistungen der Facharztpraxis für Diagnostische Radiologie Dr. W als Sachleistungen zu erbringen. Welche Behandlung, durch welchen Personenkreis, in welcher Einrichtung die Beklagte als gesetzliche Krankenkasse zu gewähren verpflichtet ist, richtet sich nach den geltenden gesetzlichen Vorschriften und der hierzu ergangenen Rechtsprechung.

Nach [§ 27 Abs. 1 S 1 SGB V](#) haben Versicherte einen Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten und Krankheitsbeschwerden zu lindern. Zur kassenärztlichen Versorgung gehört die hier streitige Methode ausdrücklich nicht.

Die Anwendung von sog Außenseiterheilmethoden und neuen Behandlungsmethoden zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung ist aber erst dann zulässig, wenn der zuständige Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen Empfehlungen über die Anerkennung des diagnostischen und/oder 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 i.V.m. § 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 bzw. eines Heilmittels nach Überprüfung gem. den hierfür erlassenen Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden - BUB-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. Hinsichtlich des einzuhaltenden Verfahrens gilt, dass der jeweils zuständige Arbeitsausschuss auf Antrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, einer Kassenärztlichen Vereinigung oder eines Spitzenverbandes der Krankenkassen dazu Stellung nimmt, ob die für die Anerkennung einer neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode erforderlichen Voraussetzungen vorliegen. Diese Stellungnahmen sind gem. § 23 Abs. 2 S 1 des Bundesmantelvertrages-Ärzte von den Ärzten und den Krankenkassen zu beachten. Zu der hier streitigen Diagnostik mittels einer offenen Kernspintomografie hat sich der zuständige Arbeitsausschuss bislang nicht geäußert.

Fehlt es - wie im vorliegenden Fall - an einer positiven Stellungnahme des zuständigen Ausschusses zur Frage des Einsatzes der streitigen Methode, so hat der Arzt gegenüber der Krankenkasse grundsätzlich die Pflicht, eine solche Behandlungsmethode nicht anzuwenden und die Krankenkasse ist im Verhältnis zur Kassenärztlichen Vereinigung verpflichtet, gegenüber den Versicherten eine solche Behandlungsmethode als Sachleistung abzulehnen. Eine Diagnostik mittels der streitigen Methode gehört demzufolge nicht zu den von den gesetzlichen Krankenkassen geschuldeten Leistungen. Dies ergibt sich aus [§ 135 SGB V](#) i.V.m. den Vorschriften der BUB-Richtlinien. Nach der Rechtsprechung zu diesem Problemkreis sind solche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden solange von der Abrechnung zulasten der gesetzlichen Krankenkassen ausgeschlossen, bis der zuständige Bundesausschuss sie als zweckmäßig anerkennt und die Voraussetzungen für ihre Erbringung geregelt 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](#)). Als Teil der Regelungen des Vierten Kapitels des SGB V über die "Beziehungen der Krankenkassen zu ihren Leistungserbringern" steht [§ 135 SGB V](#) zwar nicht unmittelbar mit den Leistungsansprüchen der Versicherten im Zusammenhang. Wie das BSG in seinem Urteil vom 16.09.1997, in dem 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, zutreffend ausgeführt hat, wird durch [§ 135 SGB V](#) ebenso wie durch andere kassenärztliche Vorschriften, die bestimmte Arten von Behandlungen aus der vertragsärztlichen Versorgung ausschließen oder ihre Anwendung an besondere Bedingungen knüpfen, aber 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 eine Behandlungsmethode nicht als Kassenleistung abrechnen, weil sie in Richtlinien entweder ausgeschlossen oder nicht empfohlen ist, gehört sie auch nicht zur Behandlung im Sinne des [§ 27 Abs. 1 SGB V](#), die der Versicherte als Sachleistung oder ausnahmsweise unter den Voraussetzungen des [§ 13 SGB V](#) im Wege der Kostenerstattung beanspruchen kann. Solange der Bundesausschuss keine positive Empfehlung über die Anerkennung einer neuen Behandlungsmethode abgegeben hat, so ist seine Entscheidung für die Verwaltung, d.h. für die Krankenkassen und für die Gerichte, verbindlich. Ein Versicherter, der sich eine nicht anerkannte Diagnosemethode auf eigene Rechnung verschafft, kann auch in einem nachfolgenden Kostenerstattungsverfahren nicht mehr mit Erfolg einwenden, die Methode sei gleichwohl zweckmäßig und in seinem konkreten Fall auch wirksam bzw. weiterführend gewesen. Seine noch im Urteil vom 05.07.1995 (Az: [1 RK 6/95](#)) vertretene Ansicht, ein Kostenerstattungsanspruch könne bestehen, wenn eine neue Methode sich auch ohne Anerkennung durch den Bundesausschuss als generell zweckmäßig erwiesen habe, hat das BSG in seinen Urteilen vom 16.09.1997 nicht aufrecht erhalten. Insoweit kann auch nicht mehr auf den Erfolg im Einzelfall abgestellt werden. Im Falle des Fehlens einer Anerkennung durch den Bundesausschuss ist deshalb jede Abrechnung von nicht anerkannten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zulasten der gesetzlichen Krankenkassen ausgeschlossen.

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. Die Klägerin hat demgemäß nach [§ 27](#) i.V.m. [§ 28 SGB V](#) Anspruch auf Kostenübernahme nur im Rahmen des für die Beklagte verbindlichen EKV, der zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Verband der Angestellten-Krankenkassen 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 bereits aus diesem Grunde entfällt, wie der Bewertungsausschuss der Kassenärztlichen Bundesvereinigung auf Anfrage des Gerichts mitgeteilt hat. 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](#) i.V.m. [§ 135 Abs. 2 SGB V](#) besagt nicht, dass es dem Bundesausschuss völlig freigestellt ist, ob und wann er sich mit einem Antrag auf Anerkennung einer neuen Untersuchungs- und/oder Behandlungsmethode befassen und hierzu eine Empfehlung abgeben will. Wird die Einleitung oder Durchführung des Verfahrens willkürlich oder aus sachfremden Erwägungen blockiert oder 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 geschlossen werden. Vielmehr ist der Bundesausschuss weder in der Vergangenheit noch derzeit mit der indikationsbezogenen Prüfung der Aussagefähigkeit einer offenen Kernspintomografie befasst gewesen bzw. beauftragt. Insoweit sind keine Anhaltspunkte dafür erkennbar, dass der Bundesausschuss das Anerkennungsverfahren verzögerlich durchführt. Solche Fehlerquellen sind für das Gericht nicht nachvollziehbar und werden auch nicht durch Tatsachen belegt.

Im vorliegenden Sachverhalt ist kein zu berücksichtigender Systemmangel vorgetragen oder ersichtlich. Es bleibt Sache der Anwender, dem zuständigen Arbeitsausschuss "Ärztliche Behandlung" die entsprechenden prüffähigen Unterlagen und Studienergebnisse vorzulegen, damit der Ausschuss entsprechend seinem Auftrag tätig werden kann. Demgegenüber trägt die Klägerin nichts dazu vor, dass es insoweit erhebliche Erkenntnisse gebe, die der Bundesausschuss bislang unberücksichtigt gelassen habe. 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 gesetzlichen Krankenkassen zu bezahlen ist. In diesen Fällen ist für die Anerkennung der therapeutischen oder diagnostischen Zweckmäßigkeit einer Methode notwendig, dass sie sich in der Praxis durchgesetzt hat. Veröffentlichungen zu dieser Methode in der

ärztlichen Fachliteratur sowie eine Berichterstattung in den Medien vermögen die geforderten wissenschaftlichen Studien nicht zu ersetzen. Neue Verfahren, die noch nicht hinreichend erprobt sind oder Außenseitermethoden, die zwar bekannt sind, sich aber nicht bewährt haben, lösen keine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen aus, denn es ist nicht deren Aufgabe, die medizinische Forschung zu finanzieren. Es hat daher dabei zu verbleiben, dass auch wenn die Ursache der Krankheit unbekannt ist, anerkannte Behandlungsmethoden fehlen und die gewählte Behandlung bzw. Diagnostik im Einzelfall zu einem Behandlungserfolg geführt hat oder ein solcher wissenschaftlich zumindest eine gute Möglichkeit hatte, dies grundsätzlich keine weitere Ausnahme vom Sachleistungsprinzip rechtfertigt, etwa durch generelle Zuordnung zu den Fällen einer unaufschiebbaren Behandlung oder eines Mangels im Versorgungssystem, für die die Krankenkasse uneingeschränkt einzustehen hätte.

Bei dieser Sachlage kann das Begehren der Klägerin auf Kostenerstattung 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 entsprechende Leistungen von Kassenärzten oder Vertragskrankenhäusern erspart worden sind. Soweit die Klägerin zur Begründung ihres Erstattungsanspruchs 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 veranlassten 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 Vertragsärzte bzw. Vertragskliniken festgesetzte Budget belasten und schmälern.

Der Beklagten ist diesbezüglich auch kein Ermessensspielraum dergestalt eingeräumt, der ihr eine Kostenerstattung für Behandlungen außerhalb des Systems ermöglicht.

Das Gericht vermag auch die verfassungsrechtlichen Bedenken der Klägerin gegen die dem Bundesausschuss übertragenen Befugnisse nicht zu teilen, denn insoweit handelt es sich um ein paritätisch besetztes sachverständiges Gremium, dem ein Beurteilungsspielraum zubilligen ist. Auch das BSG sieht den Bundesausschuss aufgrund seiner Struktur als gemeinsames Gebilde der ihn tragenden Körperschaften als verbandsdemokratisch legitimiert an, verbindliche Regelungen nicht nur gegenüber den Mitgliedern der Körperschaften, sondern auch mit Außenwirkung auf die Vertragsärzte und die Versicherten zu schaffen.

Anhaltspunkte dafür, dass die Verfahrensweise des Bundesausschusses der gesetzlichen Ermächtigung widerspricht oder das Verfahren rechtsstaatliche Grundsätze verletzt hätte, liegen dem Gericht nicht vor. Nach [§ 92 Abs. 1 S 1 SGB V](#) haben die Richtlinien auch die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu berücksichtigen. Bei seiner Entscheidung steht dem Bundesausschuss wie jedem Normgeber ein durch die gesetzliche Ermächtigung begrenzter Gestaltungs- und Beurteilungsspielraum zu. Seine Entscheidung ist nur daraufhin zu überprüfen, ob sie höherrangigem Recht widerspricht und ob das Verfahren rechtsstaatlichen Grundsätzen genügt. Hieran zu zweifeln, sieht die Kammer indessen keinen Anlass, zumal auch prüfungsrelevante Grundrechtsverstöße nicht vorgetragen sind.

Im vorliegenden Fall fehlt es demzufolge an den Voraussetzungen für eine Kostenerstattung jedenfalls deshalb, weil die Klägerin weder durch eine unrechtmäßige Leistungsablehnung noch aufgrund eines Systemversagens gezwungen gewesen war, sich eine notwendige Therapie selbst zu beschaffen.

Es bleibt daher festzuhalten, dass die Klägerin keinen Anspruch auf Kostenerstattung hat, denn sie hat sich Leistungen außerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung privatärztlich selbst beschafft, ohne dass ihr hierfür - über nachvollziehbare und verständliche persönliche Gründe hinaus - ein rechtlich beachtlicher Grund zugebilligt werden kann.

Nach alledem ist die Klage abzuweisen.

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

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2004-09-07