

## B 1 KR 18/01 R

Land  
Bundesrepublik Deutschland  
Sozialgericht  
Bundessozialgericht  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
1  
1. Instanz  
SG Gießen (HES)  
Aktenzeichen  
S 9 KR 63/97  
Datum  
06.11.1997  
2. Instanz  
Hessisches LSG  
Aktenzeichen  
L 14 KR 8/98  
Datum  
31.05.2001  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
B 1 KR 18/01 R  
Datum  
19.02.2003  
Kategorie  
Urteil  
Leitsätze

Die in einem ordnungsgemäßen Verfahren getroffene Entscheidung, mit der der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine neue Untersuchungs- oder Behandlungsmethode von der Anwendung zu Lasten der Krankenversicherung ausgeschlossen hat, unterliegt keiner inhaltlichen Überprüfung durch Verwaltung und Gerichte (Bestätigung von BSG vom 28.3.2000 - [B 1 KR 11/98 R](#) = [BSGE 86, 54](#) = [SozR 3-2500 § 135 Nr 14](#)).

Die Revision der Klägerin gegen das Urteil des Hessischen Landessozialgerichts vom 31. Mai 2001 wird zurückgewiesen. Kosten des Revisionsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Gründe:

I

Die Klägerin war bis Ende August 1996 Pflichtmitglied der beklagten Krankenkasse. Sie litt nach eigenen Angaben seit 1993 an grippeähnlichen Zuständen und allgemeiner Erschöpfung. Seit Juni 1995 wurde sie deswegen von dem Vertragsarzt Dr. M. in F. auf Privatrechnung mit der Bioresonanztherapie behandelt. Diese Methode, die sowohl zur Diagnostik als auch zur Behandlung von Krankheiten eingesetzt wird, beruht auf der Hypothese, dass bei bestimmten Erkrankungen das durch spezifische Schwingungsmuster gekennzeichnete elektromagnetische Energiefeld des Körpers gestört ist. Ihre Wirkungsweise soll darin bestehen, dass die krankhaften Schwingungen mit Hilfe eines elektronisch gesteuerten Gerätes in normale, "harmonische" Schwingungen umgewandelt und als solche dem Organismus wieder zugeführt werden. Auf diesem Wege sollen die körpereigenen Regulationssysteme entlastet und die natürlichen Selbstheilungskräfte angeregt und reaktiviert werden.

Am 9. November 1995 stellte die Klägerin bei der Beklagten den Antrag, die Kosten der Bioresonanztherapie zu übernehmen, was diese nach Anhörung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung mit Bescheid vom 16. April 1996 und Widerspruchsbescheid vom 12. Dezember 1996 ablehnte. Die Klage, mit der die Klägerin die Verurteilung der Beklagten zur Erstattung der bis zum Ende des Versicherungsverhältnisses am 31. August 1996 für die Bioresonanztherapie aufgewendeten Kosten begehrt hat, hatte in den Vorinstanzen keinen Erfolg. Das Sozialgericht hat einen Anspruch verneint, weil der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen die Bioresonanztherapie in den Richtlinien nach [§ 92 Abs 1 Satz 2 Nr 5](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) von der Anwendung in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen habe. Das Landessozialgericht (LSG) hat gemeint, dies allein könne die Klageabweisung nicht rechtfertigen, da den Richtlinien des Bundesausschusses aus verfassungsrechtlichen Gründen keine verbindliche, normative Wirkung beigemessen werden könne. Als "Anhaltspunkte" hätten sie gleichwohl rechtliche Bedeutung insofern, als sich die Beweisführungslast hinsichtlich des medizinischen Nutzens einer Untersuchungs- oder Behandlungsmethode umkehre, wenn der Bundesausschuss in einem transparenten und nachprüfbar Verfahren nach Anhörung von Sachverständigen zu dem Ergebnis gekommen sei, dass sich die Methode als ungeeignet oder unwirtschaftlich erwiesen habe. Letzteres treffe für die Bioresonanztherapie zu, sodass die erstinstanzliche Entscheidung im Ergebnis zu bestätigen sei. Für die Zeit vom Behandlungsbeginn im Juni 1995 bis zur Antragstellung im November 1995 könne eine Kostenerstattung ohnehin nicht beansprucht werden, weil die Klägerin die Behandlung begonnen habe, ohne die Beklagte davon in Kenntnis zu setzen.

Mit der Revision rügt die Klägerin eine Verletzung des [Art 2 Abs 2 Grundgesetz \(GG\)](#) und der [§§ 2, 13](#) und [135 SGB V](#) sowie mangelnde Sachaufklärung. Sie sei im Sommer 1995 bereits ein Jahr arbeitsunfähig gewesen, ohne dass die bis dahin konsultierten Ärzte auch nur die Ursache ihrer Erkrankungen hätten feststellen können. Erst die Behandlung durch Dr. M. und die Anwendung der Bioresonanztherapie hätten aufgedeckt, dass ihre Krankheitsbeschwerden auf eine Holzschutzmittelvergiftung und eine Amalgam-Palladium-Toxikose

zurückzuführen gewesen seien. Mit der Bioresonanztherapie als Diagnosemethode habe sich der Bundesausschuss nicht befasst, sodass die vom LSG gegebene Begründung die Ablehnung der Kostenerstattung nicht rechtfertigen könne. Es widerspreche sowohl den Grundsätzen der gesetzlichen Krankenversicherung als auch der in [Art 2 Abs 2 GG](#) begründeten Schutzpflicht des Staates, Behandlungskonzepte aus dem Leistungskatalog auszuschließen, die es ermöglichten, verborgene Krankheitsursachen aufzuspüren und bislang therapieresistente Beschwerden erstmals wirksam zu behandeln.

Die Klägerin beantragt,  
die Urteile des Hessischen Landessozialgerichts vom 31. Mai 2001 und des Sozialgerichts Gießen vom 5. November 1997 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 16. April 1996 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12. Dezember 1996 zu verurteilen, ihr die Kosten von 12.460,05 DM für die von Dr. M. bis zum 31. August 1996 durchgeführte Bioresonanztherapie zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,  
die Revision zurückzuweisen.

Sie hält die getroffene Entscheidung für zutreffend und verweist darauf, dass der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nicht nur die Bioresonanztherapie, sondern ausdrücklich auch die Bioresonanzdiagnostik von der Anwendung in der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen habe.

II

Die Revision der Klägerin ist unbegründet.

Die umstrittenen Behandlungskosten sind zum Teil schon deshalb nicht erstattungsfähig, weil die Klägerin die privatärztliche Behandlung begonnen hat, ohne sich vorher um eine Leistungsgewährung durch die Krankenkasse bemüht zu haben. Unabhängig davon ist die Bioresonanztherapie keine wissenschaftlich anerkannte Behandlungsmethode und vermag deshalb insgesamt keine Leistungspflicht der Beklagten zu begründen.

Aufwendungen für eine selbstbeschaffte Leistung werden einem Versicherten nur erstattet, wenn die Leistung unaufschiebbar war und von der Krankenkasse nicht rechtzeitig erbracht werden konnte oder wenn die Krankenkasse die Leistung zu Unrecht abgelehnt hatte ([§ 13 Abs 3 SGB V](#)). Unaufschiebbar ist die in Anspruch genommene Behandlung nicht gewesen, wie das Berufungsgericht - von der Klägerin unbeanstandet - festgestellt hat. In einem solchen Fall scheidet eine Kostenerstattung regelmäßig aus, wenn sich der Versicherte die Leistung besorgt hat, ohne die Krankenkasse einzuschalten und ihre Entscheidung abzuwarten. [§ 13 Abs 3 SGB V](#) gewährt einen Erstattungsanspruch für den Ausnahmefall, dass eine von der Krankenkasse geschuldete notwendige Behandlung infolge eines Mangels im Leistungssystem der Krankenversicherung als Dienst- oder Sachleistung nicht oder nicht in der gebotenen Zeit zur Verfügung gestellt werden konnte. Nach Wortlaut und Zweck der Vorschrift muss zwischen dem die Haftung der Krankenkasse begründenden Umstand (rechtswidrige Ablehnung) und dem Nachteil des Versicherten (Kostenlast) ein Ursachenzusammenhang bestehen. Daran fehlt es, wenn die Kasse vor Inanspruchnahme der Behandlung mit dem Leistungsbegehren gar nicht befasst wurde, obwohl dies möglich gewesen wäre (ständige Rechtsprechung des Senats; vgl. Beschluss vom 15. April 1997 - [SozR 3-2500 § 13 Nr 15](#) S 74 mwN; Urteil vom 25. September 2000 - [SozR 3-2500 § 13 Nr 22](#) S 105 f).

Wurde wie im vorliegenden Fall während einer laufenden, noch nicht abgeschlossenen Behandlung die Kostenübernahme nachträglich beantragt, kommt eine Erstattung nur für Leistungen in Betracht, die noch nach der Ablehnung auf eigene Rechnung beschafft wurden. Voraussetzung ist dann ferner, dass die Ablehnung geeignet war, das weitere Leistungsgeschehen zu beeinflussen, was nur angenommen werden kann, wenn es sich bei den späteren Behandlungsschritten um selbständige, von der bisherigen Behandlung abtrennbare Leistungen handelt (Senatsurteil vom 19. Juni 2001 - [SozR 3-2500 § 28 Nr 6](#)). Maßgebender Stichtag ist nicht, wie vom LSG angenommen, das Datum der Antragstellung, sondern der Zeitpunkt der Ablehnung der Leistungsgewährung durch die Kasse. Für die hier zu treffende Entscheidung kann dahinstehen, ob die Beklagte eine Kostenübernahme schon im Rahmen der im Dezember 1995 durchgeführten Anhörung oder endgültig erst mit dem angegriffenen Bescheid vom 16. April 1996 abgelehnt hat und ab welchem Zeitpunkt danach eine Erstattung frühestens in Betracht käme. Denn das Begehren der Klägerin scheitert als Ganzes daran, dass die Bioresonanztherapie keine Leistung der Krankenversicherung ist und die Beklagte die Kostenübernahme deshalb nicht "zu Unrecht" abgelehnt hat.

Für eine andere Entscheidung war kein Raum, nachdem der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen einen diagnostischen oder therapeutischen Nutzen der Behandlungsweise verneint und sie von der Anwendung in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen hat. Die Zuständigkeit des Bundesausschusses und die Maßgeblichkeit seiner Entscheidung für die Leistungsgewährung durch die Krankenkasse folgt aus [§ 135 Abs 1 SGB V](#) in der hier noch maßgebenden Fassung des Gesundheitsstrukturgesetzes vom 21. Dezember 1992 ([BGBl I 2266](#)). Danach dürfen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, zu denen die Bioresonanztherapie auch nach Auffassung des LSG gehört, in der vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen nur abgerechnet werden, wenn der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Richtlinien nach [§ 92 Abs 1 Satz 2 Nr 5 SGB V](#) Empfehlungen ua über die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode abgegeben hat. Die Bestimmung regelt ungeachtet ihres Standorts im 4. Kapitel des SGB V über die Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern nicht nur Modalitäten der Leistungserbringung, sondern legt für ihren Anwendungsbereich zugleich den Umfang der den Versicherten von den Krankenkassen geschuldeten Leistungen fest, wie der Senat in mehreren Urteilen vom 16. September 1997 ([BSGE 81, 54](#), 59 ff = [SozR 3-2500 § 135 Nr 4](#) S 14 ff ua) näher ausgeführt und später wiederholt bekräftigt hat (Urteil vom 28. März 2000 - [BSGE 86, 54](#), 56 = [SozR 3-2500 § 135 Nr 14](#) S 61 f; Urteil vom 19. Februar 2002 - [SozR 3-2500 § 92 Nr 12](#) S 69).

Ob eine neue Untersuchungs- oder Behandlungsmethode dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und damit dem in [§ 2 Abs 1 Satz 3 SGB V](#) geforderten Versorgungsstandard entspricht, soll nach Wortlaut und Konzeption des Gesetzes nicht von Fall zu Fall durch die Krankenkasse oder das Gericht, sondern für die gesamte ambulante Versorgung einheitlich durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen als sachkundiges Gremium entschieden werden, um so eine an objektiven Maßstäben orientierte und gleichmäßige Praxis der Leistungsgewährung zu erreichen. Dabei hat der Bundesausschuss entgegen einem häufig anzutreffenden Missverständnis nicht selbst über den medizinischen Nutzen der Methode zu urteilen. Seine Aufgabe ist es vielmehr, sich einen Überblick über die veröffentlichte

Literatur und die Meinung der einschlägigen Fachkreise zu verschaffen und danach festzustellen, ob ein durch wissenschaftliche Studien hinreichend untermauerter Konsens über die Qualität und Wirksamkeit der in Rede stehenden Behandlungsweise besteht (siehe zum Erfordernis des Wirksamkeitsnachweises: Senatsurteil vom 5. Juli 1995 - [BSGE 76, 194](#), 199 = [SozR 3-2500 § 27 Nr 5 S 12](#); zum Begriff des "allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse": Senatsurteile vom 16. Juni 1999 - [BSGE 84, 90](#), 96 f = [SozR 3-2500 § 18 Nr 4 S 18](#) und vom 19. Februar 2002 - [SozR 3-2500 § 92 Nr 12 S 71 f](#)). Die Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (BUB-Richtlinien) vom 10. Dezember 1999 (BANz Nr 56 vom 21. März 2000 = DÄ 2000, C 680) mit der darin enthaltenen Verfahrensordnung tragen dieser Aufgabenstellung Rechnung, indem sie im Einzelnen regeln, welche Unterlagen für die Überprüfung heranzuziehen sind, nach welchen Kriterien die Bewertung zu erfolgen hat und welche Voraussetzungen für eine Anerkennung der Methode erfüllt sein müssen.

Die Bioresonanztherapie hat der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen mangels überzeugender wissenschaftlicher Nachweise eines diagnostischen oder therapeutischen Nutzens durch Beschluss vom 8. Mai 1995 (BANz Nr 126 vom 8. Juli 1995 = DÄ 1995, A 2208) von der Anwendung in der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen. Auf Grund des Beschlusses vom 10. Dezember 1999 (BANz Nr 56 vom 21. März 2000 = DÄ 2000, C 679) ist sie nunmehr in der Anlage B der BUB-Richtlinien unter den Methoden aufgeführt, die nicht als vertragsärztliche Leistungen zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden dürfen. Entgegen dem Revisionsvorbringen beschränkt sich die Ablehnung nicht auf die Bioresonanztherapie als Behandlungsleistung, sondern schließt ausdrücklich die Bioresonanzdiagnostik mit ein. Insoweit bedurfte es keiner gesonderten Begründung, da der Bundesausschuss nach Auswertung der einschlägigen Veröffentlichungen und der beigezogenen Gutachten zum Ergebnis gekommen war, dass bereits die der Methode zu Grunde liegenden theoretischen Vorstellungen und die postulierten Wirkprinzipien nicht nachvollziehbar seien und im Widerspruch zu Erkenntnissen der Anatomie und Physiologie stünden. Soweit die Klägerin kritisiert, diese Beurteilung sei unsachlich und werde der Methode nicht gerecht, bezieht sich das auf die inhaltliche Richtigkeit der Entscheidung und nicht auf das Verfahren. Die Ablehnung durch den Bundesausschuss hat nach [§ 135 Abs 1 SGB V](#) zur Folge, dass die Bioresonanztherapie von den Krankenkassen als Sachleistung nicht gewährt werden darf. Das schließt zugleich einen Freistellungs- oder Kostenerstattungsanspruch für den Fall aus, dass der Versicherte sich die Behandlung selbst beschafft (ständige Rechtsprechung, vgl zuletzt [BSGE 86, 54](#), 56 = [SozR 3-2500 § 135 Nr 14](#)).

Die abweichende Rechtsauffassung des LSG, das den Richtlinien nach [§ 92 Abs 1 Satz 2 Nr 5 SGB V](#) lediglich die Bedeutung von "Anhaltspunkten" zumessen und die dort getroffenen Entscheidungen von Fall zu Fall mit Hilfe von Sachverständigen auf ihre Richtigkeit überprüfen will, widerspricht dem Gesetz. Mit den vom Berufungsgericht formulierten verfassungsrechtlichen Einwänden gegen die Übertragung von Rechtsetzungsbefugnissen auf den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen kann möglicherweise allgemein die Verbindlichkeit der von diesem Gremium erlassenen Richtlinien für die Versicherten in Zweifel gezogen werden. Bei den Richtlinien über die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden besteht jedoch die Besonderheit, dass das Gesetz selbst eine Bindung bewirkt, indem es anordnet, dass solche Methoden ohne Empfehlung in den Richtlinien nicht zu Lasten der Krankenversicherung angewandt werden dürfen. An diese gesetzliche Regelung sind Verwaltung und Gerichte gebunden ([Art 20 Abs 3 GG](#)). Zweifel an ihrer Verfassungsmäßigkeit berechtigen nicht dazu, sie nicht zu beachten oder gegen ihren eindeutigen Wortlaut und den damit vom Gesetzgeber verbundenen Zweck auszulegen. Hängt die Entscheidung von der Anwendung der als verfassungswidrig bewerteten Vorschrift ab, bleibt dem Gericht nur der Weg der Aussetzung des Verfahrens und der Vorlage an das Bundesverfassungsgericht, damit dieses im Verfahren der Normenkontrolle nach [Art 100 Abs 1 GG](#) über die Verfassungsmäßigkeit entscheidet. Zwar geht auch der erkennende Senat davon aus, dass ungeachtet des in [§ 135 Abs 1 SGB V](#) statuierten Erlaubnisvorbehalts ausnahmsweise eine Leistungspflicht der Krankenkasse bestehen kann, wenn die fehlende Anerkennung einer neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode darauf zurückzuführen ist, dass das Verfahren vor dem Bundesausschuss trotz Erfüllung der für eine Überprüfung notwendigen formalen und inhaltlichen Voraussetzungen nicht oder nicht zeitgerecht durchgeführt wird (sog "Systemversagen"). Diese Durchbrechung beruht aber darauf, dass in solchen Fällen die in [§ 135 Abs 1 SGB V](#) vorausgesetzte Aktualisierung der Richtlinien rechtswidrig unterblieben ist und deshalb die Möglichkeit bestehen muss, das Anwendungsverbot erforderlichenfalls auf andere Weise zu überwinden (dazu Senatsurteil vom 16. September 1997 - [BSGE 81, 54](#), 65 f = [SozR 3-2500 § 135 Nr 4 S 21](#)). Hat der Bundesausschuss jedoch in einem ordnungsgemäßen Verfahren eine Entscheidung getroffen, so ist diese einer inhaltlichen Überprüfung durch die Gerichte nicht zugänglich.

Da die Bioresonanztherapie nach alledem nicht zu den Leistungen der Krankenversicherung gehört, konnte die Revision der Klägerin keinen Erfolg haben.

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

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2003-08-20