

L 4 KR 4511/02

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Reutlingen (BWB)
Aktenzeichen
S 4 KR 01564/02
Datum
30.09.2002
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 KR 4511/02
Datum
26.02.2004
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Beschluss
Die Berufung des Klägers wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Zwischen den Beteiligten ist die Erstattung der Kosten einer manualmedizinischen Komplexbehandlung streitig.

Der am 1946 geborene Kläger ist bei der Beklagten krankenversichert. Als Folge eines im Oktober 1999 erlittenen Hinterwandinfarkts mit Herzstillstand und Reanimation besteht bei ihm ein hypoxämischer Hirnschaden, weshalb der Kläger mehrfach stationär behandelt wurde. Im Anschluss hieran erhielt er Krankengymnastik, Ergotherapie und eine logopädische Behandlung.

Mit Schreiben vom 24. Dezember 2001, bei der Beklagten eingegangen am 02. Januar 2002, beantragte der Kläger die Erstattung der Kosten für eine in der Ambulanz für manuelle Medizin der R.-klinik B. K. (im Folgenden: Ambulanz) durchgeführten manualmedizinischen Komplexbehandlung (Kombination verschiedener Einzelmaßnahmen, bestehend aus chirotherapeutischen Maßnahmen, Atlasterapie nach Arlen, myofaszialem Lösen, Extracorporalen Stoßwellen [ESWT], Massagen, sensomotorischer Entwicklungs- und Übungsbehandlung, isokinetischer Muskelfunktionstherapie). Er legte die Rechnung der Ambulanz vom 18. Dezember 2001 über die am 16. Oktober sowie in der Zeit vom 12. bis 16. und 19. bis 23. November 2001 durchgeführten Behandlungen (Kosten: DM 4.333,50 = EUR 2.215,68) vor. Mit Bescheid vom 15. Januar 2002 lehnte die Beklagte die Erstattung der Kosten im Wesentlichen mit der Begründung ab, die durchgeführte Atlasterapie sei vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (BA) nicht als für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten erforderliche Methode beurteilt worden, weshalb Kosten selbst bei einem im Einzelfall erzielten Behandlungserfolg nicht erstattet werden könnten. Dagegen legte der Kläger Widerspruch ein und übergab das an Eltern und Patienten gerichtete Informationsschreiben der Ambulanz vom 07. Februar 2002. Mit Widerspruchsbescheid des bei der Beklagten gebildeten Widerspruchsausschusses vom 08. Mai 2002 wurde der Widerspruch zurückgewiesen. In Anlage 2 Nr. 8 der Richtlinien über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittelrichtlinien) sei die Atlasterapie nach Arlen als Leistung aufgeführt, die in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ausgeschlossen sei. Im Übrigen scheidet eine Kostenerstattung aus, weil sich der Kläger eine Behandlung außerhalb des vorgesehenen Beschaffungsweges selbst besorgt habe, ohne sich vorher mit ihr ins Benehmen zu setzen und ihre Entscheidung abzuwarten. Soweit in dem vom Kläger vorgelegten Informationsschreiben auf das Urteil des Landessozialgerichts (LSG) Baden-Württemberg vom 30. November 2001 (L 4 KR 143/00) Bezug genommen werde, könne sich der Kläger hierauf nicht berufen. Denn eine Kostenzusage für diese Behandlung habe er nicht erhalten.

Hiergegen erhob der Kläger am 10. Juli 2002 beim Sozialgericht (SG) Reutlingen Klage und machte geltend, sich nach relativ erfolglos durchgeführten konservativen Behandlungen der Atlasterapie zugewandt zu haben, die mit großem Erfolg durchgeführt worden sei. Nachdem mit den zuvor in Anspruch genommenen Methoden keine Besserung habe erreicht werden können, liege eine Versorgungslücke vor, was einen Anspruch auf Übernahme der Therapiekosten begründe. Soweit sich die Beklagte im Rahmen ihres Widerspruchsbescheids auf Entscheidungen des Bundessozialgerichts (BSG) berufe, seien diese mehr als fünf Jahre alt; auch werde dort nicht erwähnt, auf welchem Wissensstand die letzte Überprüfung des BA erfolgt sei. Der Entscheidung des LSG Baden-Württemberg vom 30. November 2001 (aaO) könne im Übrigen entnommen werden, dass zahlreiche gesetzliche Krankenkassen die Kosten für Behandlungen mit der Atlasterapie in der Ambulanz übernommen hätten; dies zeige eine Verbreitung dieser Therapie sowie deren Durchführung durch eine zunehmende Zahl von

Ärzten. Der Kläger legte den Bericht des Dr. S., Assistenzarzt in der chirurgischen Klinik der Kreisklinik H., vom 26. April 2001 sowie das Schreiben der Logopädin L. an seinen Bevollmächtigten vom 31. Juli 2002 vor. Die Beklagte trat der Klage unter Vorlage ihrer Verwaltungsakten und unter Aufrechterhaltung ihres bisherigen Standpunktes entgegen. Sowohl die Atlastherapie nach Arlen als auch die eingesetzte ESWT sei nicht Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung. Die Atlastherapie sei als "neue" Untersuchungs- und Behandlungsmethode zu werten, wobei ein wissenschaftlicher Nachweis zur Wirksamkeit bisher nicht erbracht sei. In der medizinischen Fachdiskussion sei die Atlastherapie nach wie vor umstritten; sie habe sich in der medizinischen Praxis noch nicht durchgesetzt. In seiner Sitzung vom 21. Juni 2002 habe der BA zwischenzeitlich im Übrigen beschlossen, die Atlastherapie nach Arlen als Nr. 40 in die Anlage B der Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (BUB-Richtlinien) gemäß [§ 135 Abs. 1](#) des Fünften Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB V) aufzunehmen. Hierzu legte sie die Information ihrer Hauptverwaltung vom 16. Juli 2002, die entsprechende Mitteilung des AOK-Bundesverbandes vom 05. Juli 2002 sowie die Beschlussvorlage einschließlich der entsprechenden Begründung vom 21. Juni 2002 vor. Die ESWT sei bereits mit Beschluss vom 10. Dezember 1999 durch den BA von der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen worden. Das SG zog die vom SG Köln in dem Verfahren S 5 KR 43/98 eingeholte Auskunft des BA vom 14. Oktober 1998 sowie die vom SG Reutlingen in dem Verfahren S 9 KR 2028/97 eingeholte Auskunft des BA vom 21. April 1999 zu dem Verfahren bei und wies die Klage mit Urteil vom 30. September 2002 ab. Wegen der Einzelheiten der Begründung wird auf den Inhalt des dem Bevollmächtigten des Klägers am 21. Oktober 2002 gegen Empfangsbekanntnis zugestellten Urteils verwiesen.

Hiergegen hat der Kläger am 20. November 2002 schriftlich durch Fernkopie beim LSG Berufung eingelegt. Er beruft sich auf sein Vorbringen erster Instanz und macht geltend, das SG habe unberücksichtigt gelassen, dass die vorgelegte Rechnung zahlreiche Behandlungspositionen ausweise, die von der Beklagten in jedem Fall zu zahlen seien. Diesbezüglich komme es nicht darauf an, ob die Behandlung von Dr. L.-B. oder in einer anderen Einrichtung erbracht werde. Zu diskutieren sei allenfalls, ob die Atlastherapie nach Arlen und die ESWT erstattungsfähig seien. Allerdings stelle sich insoweit die Frage, ob die entsprechenden Ausschüsse nicht rechtsirrig von der Unwirksamkeit dieser Therapien ausgegangen seien. Gerade die vom SG beigezogene Stellungnahme des BA zur Atlastherapie nach Arlen vom 14. Oktober 1998 lasse nicht erkennen, warum die Behandlung keine Akzeptanz gefunden habe. Das SG gehe im Übrigen unzutreffend davon aus, dass mit der streitigen Behandlung keine notfallmäßige Versorgung stattgefunden habe. Schließlich habe er sich seinerzeit in einer tief depressiven Verstimmung befunden, da ihm das Laufen praktisch nicht mehr möglich gewesen sei und er sich diese Fähigkeit von Grund auf neu habe erarbeiten müssen. Unverständlich sei, dass selbst bei schweren Krankheiten Behandlungsmethoden ausgeschlossen sein sollten, die sich erst im Stadium der Erforschung und Erprobung befänden, wenn doch [§ 27 Abs. 1 Satz 1](#) und 2 SGB V einen Anspruch auf Linderung von Krankheitsbeschwerden einräumten. Schließlich habe in dem vom LSG entschiedenen Verfahren L 4 KR 143/00 sogar der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) eine Behandlung in der T.-klinik B. K. ausdrücklich befürwortet, so dass es keinesfalls abwegig sei, diese Behandlung als angemessen, notwendig und erforderlich anzusehen. Der Kläger legte das Attest des Dr. T. vom 08. Mai 2003, den Entlassungsbericht der Fachkliniken H. vom 11. April 2003 sowie Auszüge aus der Zeitschrift "Wachkoma" 2/01 vor.

Der Kläger beantragt (sinngemäß),

das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 30. September 2002 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 15. Januar 2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 08. Mai 2002 zu verurteilen, ihm EUR 2.215,68 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für richtig. Ergänzend zu ihrem bisherigen Vorbringen führt sie aus, die Atlastherapie sowie die ESWT seien mit den im Übrigen eingesetzten Behandlungen auf ein gemeinsames Therapieziel gerichtet gewesen, so dass sich die jeweiligen Behandlungen als einheitliches therapeutisches Vorgehen darstellten, das nicht in Einzelmaßnahmen aufgegliedert werden könne. Dr. L.-B. nehme zudem weder als zugelassener noch als ermächtigter Arzt an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Soweit mit der R.-klinik ein Versorgungsvertrag gemäß [§ 111 SGB V](#) geschlossen worden sei, betreffe dieser nicht die ambulante Behandlung. Die Beklagte legte im Übrigen eine Auflistung der seit Mai 2000 an den Kläger erbrachten Heilmittel vor.

Mit Schreiben vom 7. Oktober 2003 wurden die Beteiligten darauf hingewiesen, dass der Senat erwäge, über die Berufung gemäß [§ 153 Abs. 4](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) ohne mündliche Verhandlung durch Beschluss zu entscheiden. Der Kläger hat sich hierzu nicht geäußert. Die Beklagte hat sich mit dieser Verfahrensweise einverstanden erklärt.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten der Beklagten sowie der Akten beider Rechtszüge Bezug genommen.

II.

Die gemäß [§ 151 Abs. 1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers, über die der Senat im Rahmen des ihm zustehenden Ermessens nach Anhörung der Beteiligten gemäß [§ 153 Abs. 4 SGG](#) durch Beschluss entschieden hat, ist statthaft und zulässig; sie ist jedoch nicht begründet.

Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Denn der Bescheid der Beklagten vom 15. Januar 2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 08. Mai 2002 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Die Beklagte ist nicht verpflichtet, dem Kläger die Kosten zu erstatten, die ihm durch Behandlungen in der Ambulanz während des Zeitraums vom 16. Oktober bis 23. November 2001 entstanden sind.

Das SG hat die vorliegend allein als Anspruchsgrundlage in Betracht kommende Vorschrift des [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) dargestellt, weshalb zur Vermeidung von Wiederholungen gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) auf die entsprechenden Ausführungen in dem angefochtenen Urteil verwiesen wird. Der Kläger erfüllt die entsprechenden Voraussetzungen nicht. Der Senat lässt offen, ob der geltend gemachte Anspruch bereits daran scheitert, dass der ursächliche Zusammenhang zwischen der Leistungsablehnung durch die Beklagte einerseits und der dem Kläger entstandenen Kostenlast andererseits zu verneinen ist. Denn nach den von der Beklagten vorgelegten Verwaltungsakten ist nicht

auszuschließen, dass der Behandlung in der Ambulanz ein Antrag des Klägers und eine entsprechende Leistungsablehnung der Beklagten vorausgegangen ist. Aktenkundig ist insoweit nämlich das Informationsschreiben der Ambulanz "Aufklärung zur Komplexbehandlung zur Vorlage bei der Krankenkasse, Stand: Juni 2000", das - wie der darauf befindliche handschriftliche Vermerk des Klägers zeigt - von diesem der Beklagten offenbar am 02. Oktober 2001 mit Fernkopie übermittelt wurde; dieses Schreiben ist mit einem handschriftlichen Vermerk eines Mitarbeiters der Beklagten versehen, wonach die Kostenübernahme telefonisch abgelehnt worden sei. Demnach ist nicht auszuschließen, dass der Inanspruchnahme der streitigen Leistung eine entsprechende Leistungsablehnung der Beklagten vorausgegangen ist.

Jedoch scheidet der geltend gemachte Anspruch daran, dass die im Streit stehende Leistung von der Beklagten nicht als Sachleistung erbracht werden kann; deshalb scheidet auch ein Anspruch auf Erstattung der Kosten für die selbstbeschaffte Behandlung aus.

Bei der Komplexbehandlung handelt es sich um eine "neue" Behandlungsmethode im Sinne des [§ 135 Abs. 1 SGB V](#). Nach Satz 1 dieser Vorschrift dürfen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkasse nur erbracht werden, wenn der BA auf Antrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, einer Kassenärztlichen Vereinigung oder eines Spitzenverbandes der Krankenkassen in Richtlinien nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB V](#) u.a. Empfehlungen über die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode sowie deren medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit - auch im Vergleich zu bereits zu Lasten der Krankenkassen erbrachten Methoden - nach dem jeweiligen Stand der medizinischen Erkenntnisse in der jeweiligen Therapierichtung abgegeben hat. Bei der streitigen Behandlung handelt es sich deshalb um eine neue Behandlungsmethode in diesem Sinne, weil die Komplextherapie bisher nicht als abrechnungsfähige ärztliche Leistung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) enthalten ist. Damit gilt insoweit der Vorbehalt des [§ 135 Abs. 1 SGB V](#), so dass die streitige Behandlung mangels Empfehlung durch den BA nicht Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung und daher von der Beklagten auch nicht als Sachleistung zu erbringen ist. Eine Erstattung der durch diese Behandlung entstandenen Kosten scheidet insoweit daher gleichfalls aus.

Eine Kostenerstattung für in Anspruch genommene Einzelmaßnahmen dieser Therapie kommt gleichfalls nicht in Betracht. Mit Beschluss des BA vom 10. Dezember 1999 (Bundesanzeiger Nr. 56 vom 21. März 2000) wurde die ESWT und mit Beschluss des BA vom 21. Juni 2002 (Bundesanzeiger Nr. 179 vom 24. September 2002) die Atlastherapie nach Arlen als Methode in die Anlage B der BUB-Richtlinien aufgenommen, die nicht als vertragsärztliche Leistung zu Lasten der Krankenkasse erbracht werden darf. Danach kommen von vornherein schon weder die ESWT noch die Atlastherapie nach Arlen als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung in Betracht. Da sich die Komplexbehandlung, wie dem aktenkundigen Aufklärungsschreiben der Ambulanz zu entnehmen ist, als einheitliches Behandlungskonzept, zusammengesetzt aus verschiedenen ambulanten erbrachten ärztlichen Leistungen, darstellt, und zwar unter Einschluss der ESWT und der Atlastherapie nach Arlen, die entweder gemeinsam oder einzeln mit anderen Behandlungsteilen kombiniert werden, ist der Leistungsausschluss zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung schon dann zu bejahen, wenn einzelne integrierte Teile der neuen Behandlungsmethode ausgeschlossen sind. Insoweit ergeben sich für den Senat insbesondere keine Anhaltspunkte dafür, dass die ESWT und die Atlastherapie für das gesamte Konzept der Behandlung in der Ambulanz nur einen unwesentlichen Teil darstellen. Mithin war - entgegen der Ansicht des Klägers - nicht zu prüfen, ob einzelne Elemente der Komplextherapie, beispielsweise die chirotherapeutischen Eingriffe oder Massagen, vertragsärztliche Leistungen sind.

Der dargelegten Beurteilung steht nicht entgegen, dass der Beschluss des BA zur Atlastherapie zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme der hier streitigen Leistung im Oktober/November 2001 noch nicht vorlag. Denn die Rechtswidrigkeit der Leistungsverweigerung ließe sich nach der Rechtsprechung des BSG als so genannter Systemmangel nur mit einer rechtswidrigen Untätigkeit des BA begründen. Ein solcher Systemmangel liegt jedoch nur dann vor, wenn die Entscheidung des BA zu einer ärztlichen Behandlungsmethode trotz Erfüllung der für die Überprüfung neuer Behandlungsmethoden formalen und inhaltlichen Voraussetzungen willkürlich oder aus sachfremden Erwägungen unterblieben oder verzögert wurde (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 135 Nr. 14](#), BSG [SozR 3-2500 § 27a Nr. 2](#), BSG, Urteile vom 19. Februar 2002 - [B 1 KR 16/00 R](#) - und 19. Februar 2003 - [B 1 KR 18/01 R](#) -). Anhaltspunkte hierfür sind nicht ersichtlich und wurden vom Kläger auch nicht geltend gemacht.

Soweit der Kläger die Richtigkeit der Beschlüsse des BA anzweifelt, ist darauf hinzuweisen, dass die Entscheidung, mit der der BA eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode von der Anwendung zu Lasten der GKV ausgeschlossen hat, keiner inhaltlichen Kontrolle durch die Gerichte unterliegt (BSG, Urteil vom 19. Februar 2002 - [B 1 KR 18/01 R](#) = [SozR 4-2500 § 135 Nr. 1](#) und Beschluss vom 20. November 2003 - [B 1 KR 55/02 B](#)).

Im Hinblick auf den Einwand des Klägers, die im Streit stehende Behandlung könne schon deshalb nicht ausgeschlossen sein, weil die Vorschrift des [§ 27 Abs. 1 Satz 1](#) und 2 SGB V ihm einen Anspruch auf Linderung von Krankheitsbeschwerden einräumt, ist darauf hinzuweisen, dass dieser Anspruch auf Leistungen beschränkt ist, die hinsichtlich Qualität und Wirksamkeit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen (vgl. [§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#)). Dies ist hinsichtlich neuer Methoden, die sich noch in der Erprobung und der medizinischen Forschung befinden, aber gerade nicht der Fall. Die Finanzierung der medizinischen Forschung gehört nicht zu den Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung.

Nachdem die streitige Behandlung nach alledem schon nicht Gegenstand der Leistungspflicht der Beklagten ist, war auch nicht näher auf das Vorbringen des Klägers einzugehen, wonach er die Ambulanz notfallmäßig in Anspruch genommen habe. Denn auch als Notfallbehandlung kommen nur solche therapeutische Maßnahmen in Betracht, die grundsätzlich Bestandteil des Leistungssystems der gesetzlichen Krankenversicherung sind.

Da das SG die Klage somit zu Recht abgewiesen hat, konnte auch die Berufung des Klägers keinen Erfolg haben.

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

Für eine Zulassung der Revision bestand keine Veranlassung.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB
Saved
2008-01-07