

L 11 KR 4406/07

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
11
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 5 KR 3073/06
Datum
31.07.2007
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 11 KR 4406/07
Datum
19.02.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 31. Juli 2007 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Streitig ist die Kostenerstattung für eine funktionelle Magnetresonanztherapie (MRT) der Halswirbelsäule (HWS).

Die 1966 geborene, bei der Beklagten versicherte Klägerin leidet unter Schwindel- und Kopfschmerzbeschwerden. Sie sprach am 15. März 2006 auf der Geschäftsstelle der Beklagten vor und teilte mit, sich bei Dr. V. in M. mittels funktioneller MRT privatärztlich untersuchen lassen zu wollen. Da eine andere Patientin den Termin abgesagt habe, könne sie bereits am 17. März 2006 erstmals und am 20. März 2006 zum zweiten Mal untersucht werden. Der Sachbearbeiter der Beklagten D. teilte der Klägerin mit, dass eine Kostenerstattung bei einer privatärztlichen Praxis grundsätzlich ausgeschlossen sei, sagte jedoch eine Überprüfung zu.

Dr. V., der kein Vertragsarzt ist, führte die Untersuchungen wie vorgesehen durch und stellte der Klägerin hierüber eine Honorarrechnung über insgesamt 1.850,24 EUR aus, die die Klägerin unmittelbar bezahlte. Die genannte Rechnung führt die GOÄ-Nr. 5705 (MRT im Bereich der Wirbelsäule, in zwei Projektionen) und die GOÄ-Nr. 5700 (MRT im Bereich des Kopfes) und weitere GOÄ-Nrn. für ergänzende Serien, Positionswechsel, computergesteuerte Analyse, u.s.w. auf. Wegen der Einzelheiten wird auf Aktenseite 4 der Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen. Ergänzend führte Dr. V. aus, da die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) die funktionelle MRT nicht vorsehe, habe er diese der Einfachheit halber der Abrechnungsziffer für eine MRT der entsprechenden Körperregion zugeordnet und einen Steigerungsfaktor von 2,5 in Rechnung gestellt. An Fahrtkosten zur Behandlung fielen 165,00 EUR an (Deutsche Bahn, M. Verkehrsverbund).

Dr. V. wies mit der von ihm angewandten Methode eine Instabilität im Funktionsverhalten des Kopf-Gelenksverbandes als Folge eines Dens-Kapsel-Bursa-Traumas nach, die er auf Unfälle von 1977, 1986 und 1995 zurückführte (Arztbrief an den Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. S. vom 20. März 2006). Auf die Empfehlung von Dr. V. begab sich die Klägerin zu Dr. S., der ihr vorschlug, eine Atlasterapie nach A. durchzuführen. An deren Kosten beteiligte sich die Beklagte später (Bescheid vom 30. August 2006).

Der von der Beklagten um eine Stellungnahme gebetene Medizinische Dienst der Krankenversicherung B.-W. (MDK) empfahl, eine Kostenübernahme abzulehnen, und verwies auf die üblichen vertragsärztlichen Methoden der bildgebenden Diagnostik.

Am 29. März 2006 teilte die Beklagte der Klägerin telefonisch mit, dass Kosten nicht übernommen würden. Die Klägerin legte hiergegen Widerspruch ein und verwies darauf, dass ihr - nach fast einem Jahr der Arbeitsunfähigkeit und erfolgloser Suche nach einer zutreffenden Diagnose - die Untersuchung durch Dr. V. als der vermutlich einzige Weg erschienen sei, zu einer eindeutigen Diagnose, einer eventuell erfolgreichen Therapie und wieder ins Arbeitsleben zurück zu gelangen. Sie legte ein Attest ihres Hausarztes Dr. T. vor, wonach die bisherigen Therapien keine Besserung erbracht hätten, weswegen er der Klägerin zu der Untersuchung bei Dr. V. geraten habe.

Mit Widerspruchsbescheid vom 23. Mai 2006 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Die Abrechnung einer nicht allgemein anerkannten Behandlungsmethode sei grundsätzlich ausgeschlossen, solange sich nicht der Gemeinsame Bundesausschuss zur Notwendigkeit und zum therapeutischen Nutzen der Methode geäußert habe. Eine solche Empfehlung liege für die funktionelle MRT nicht vor. Da die Klägerin die Untersuchung bereits zwei Tage nach der Antragstellung habe durchführen lassen, habe die Beklagte keine Möglichkeit gehabt, sie zuvor über die vertraglichen (gemeint: vertragsärztlichen) Alternativen zu informieren.

Die Klägerin hat hiergegen Klage bei dem Sozialgericht Freiburg (SG) mit dem Ziel der Erstattung der Behandlungs- und Fahrtkosten erhoben. In der Begründung hat sie ihre zuvor durchgeführten, umfangreichen Untersuchungen und Behandlungen dargestellt, die nach ihrer Ansicht zu keiner Besserung des Krankheitsbildes geführt haben. Die funktionelle MRT der HWS entspreche dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Forschung und habe sich mittlerweile als Routineverfahren etabliert. Die Klägerin legte hierzu Kopien aus einem Lehrbuch der Neurochirurgie (Moskopp/Wassmann, S. 555 ff) und eines Artikels einer medizinischen Fachzeitschrift (Winkler et al, Der Radiologe, 2004, S. 723 ff) vor. Sie leide zwar nicht an einer lebensbedrohlichen, jedoch an einer ihre Lebensqualität auf Dauer nachhaltig und intensiv beeinträchtigenden Krankheit, weswegen die Grundsätze der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) vom 6. Dezember 2005 (1 BVR 347/98) zur Anwendung kämen. Bereits vor Beginn der Behandlung habe sie einen Antrag auf Kostenübernahme gestellt und die Dringlichkeit der Behandlung begründet. Eine förmliche Entscheidung der Beklagten abzuwarten, hätte an deren Rechtsauffassung nichts geändert. Sie, die Klägerin, hätte hierdurch jedoch wesentliche Nachteile erlitten, weil sie die Behandlung um mehrere Monate hätte verschieben müssen. Ihr sei auch kein Vertragsarzt bekannt, der die funktionelle MRT durchführe.

Die Beklagte hat darauf hingewiesen, dass vor Beginn der Behandlung eine Entscheidung der Krankenkasse abzuwarten sei. Nichtvertragsärzte dürften nur nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse in Anspruch genommen werden. Es fehle auch an einer Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses. Die Voraussetzungen der Entscheidung des BVerfG vom 6. Dezember 2005 seien nicht erfüllt.

Mit Gerichtsbescheid vom 31. Juli 2007 hat das SG die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es auf den Widerspruchsbescheid verwiesen und ergänzend ausgeführt, dass auch die Voraussetzungen der Entscheidung des BVerfG vom 6. Dezember 2005 nicht vorlägen. Es habe sich auch nicht um eine unaufschiebbare Leistung gehandelt.

Die Klägerin hat gegen den ihrem Prozessbevollmächtigten am 10. August 2007 zugestellten Gerichtsbescheid am 7. September 2007 Berufung eingelegt. Zur Begründung wiederholt und vertieft sie ihre bisherigen Angaben. Ergänzend trägt sie vor, von Anfang an keine Sachleistung, sondern nur eine Kostenerstattung begehrt zu haben. Der Sachbearbeiter D. habe bei dem Gespräch am 15. März 2005 wörtlich gesagt: "Fahren Sie, alles andere klären wir später." Auf die Vorrangigkeit einer Entscheidung der Beklagten oder einen rechtlichen Ausschluss der Kostenerstattung habe man sie nicht hingewiesen. Erst seit der Entscheidung des Bundessozialgerichts (BSG) vom 14. Dezember 2006 ([B 1 KR 8/06](#)) stehe fest, dass auch in den Fällen, in denen statt der Sachleistung ein Kostenerstattungsanspruch geltend gemacht werde, den Krankenkassen eine umfassende Beratungspflicht obliege. Die Behandlung sei auch medizinisch notwendig gewesen, nachdem diverse Untersuchungen in verschiedenen Fachbereichen keine Ursache des Krankheitsbildes erbracht hätten.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 31. Juli 2007 sowie den mündlichen Ablehnungsbescheid der Beklagten vom 29. März 2006 in der Fassung des Widerspruchsbescheids vom 23. Mai 2006 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr 2.018,24 EUR nebst 5% Zinsen über den Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu bezahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend. Die Klägerin sei ohne Kostenzusage und lediglich mit dem vagen Versprechen, im Nachhinein die Möglichkeit einer Kostenbeteiligung zu prüfen, zu Dr. V. gegangen. Dies zeige, dass sie die Untersuchung auf jeden Fall in Anspruch nehmen wollen. Damit fehle der erforderliche Zusammenhang zwischen der Leistungsablehnung und den der Klägerin entstandenen Kosten. Die der Klägerin erteilte Auskunft, die Möglichkeit einer Kostenbeteiligung im Nachhinein prüfen zu wollen, sei auch nicht falsch gewesen. Die Rechtsprechung des BSG zur Kostenerstattung habe der Sachbearbeiter D. der Klägerin nicht auseinander setzen müssen. Er habe auch die Untersuchungsmethode nicht kennen müssen. Eine lebensbedrohliche oder regelmäßig zum Tode führende Erkrankung liege nicht vor. Dass sie sich an den Kosten der Atlas-Therapie beteiligt habe, begründe kein Präjudiz.

Rückfragen der Beklagten und des Berichterstatters beim Gemeinsamen Bundesausschusses haben ergeben, dass sich dieser und der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (Vorläufergremium) lediglich mit der MRT der weiblichen Brust (MRM) beschäftigt hat, nicht mit der funktionellen MRT. Es stehe auch keine Beratung an.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf deren Schriftsätze sowie die Akten der Beklagten, des Sozialgerichts und des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß den [§§ 143, 144, 151](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) zulässige Berufung ist unbegründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen, denn die Klägerin hat keinen Anspruch auf die begehrte Kostenerstattung.

Einen Anspruch auf Kostenerstattung nach der Vorschrift des [§ 13 Abs. 2 SGB V](#) in der hier maßgeblichen Fassung vor dem GKV-Wettbewerbstärkungsgesetz vom 26. März 2007 ([BGBl I S. 378](#)) scheidet von vornherein aus. Danach können Versicherte an Stelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen (Satz 1). Für Leistungserbringer, die nicht im vierten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannt sind, also auch für Nichtvertragsärzte, ist dies jedoch nur nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse möglich (Satz 4). Eine solche Zustimmung fehlt. Aber selbst, wenn diese vorläge, würde [§ 13 Abs. 2 SGB V](#) keine Möglichkeit eröffnen, - wie hier - privatärztlich abzurechnen (BSG, Urteil vom 14. Dezember 2006, [B 1 KR 8/06 R](#), für SozR vorgesehen).

Ein Anspruch besteht auch nicht nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#). Konnte die Krankenkasse danach eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, so weit die Leistung notwendig war.

Eine unaufschiebbare Leistung (1. Fall des [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#)) lag nicht vor. Dies ist nur anzunehmen, wenn eine Leistungserbringung im Zeitpunkt ihrer tatsächlichen Durchführung so dringlich ist, dass aus medizinischer Sicht keine Möglichkeit eines nennenswerten zeitlichen Aufschubs bis zur Entscheidung der Krankenkasse mehr besteht (BSG, Urteil vom 14. Dezember 2006, [a. a. O.](#)). Die Klägerin war mit ihren Beschwerden schon längere Zeit bei den verschiedensten Ärzten in Behandlung und es ist nicht erkennbar, dass mit der durch Dr. V. durchgeführten Untersuchung nicht noch einige Zeit hätte zugewartet werden können. Den frühen Untersuchungstermin räumte Dr. V. der Klägerin auch nicht etwa deswegen ein, weil er die Untersuchung der Klägerin für besonders dringlich ansah, sondern weil eine andere Patientin abgesagt hatte. Damit liegt erst Recht kein so genannter echter Notfall vor, der zu einer Berechtigung des Nichtvertragsarztes Dr. V. zur Behandlung als Sachleistung (vgl. [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)) führen würde, was im Ergebnis dem Kostenerstattungsanspruch aber entgegenzuhalten wäre (vgl. BSG, Urteil vom 18. Juli 2006, [B 1 KR 24/05 R](#), [SozR 4-2500 § 13 Nr. 9](#)).

Die Beklagte hat die Leistung auch nicht zu Unrecht abgelehnt (2. Fall des [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#)).

Der Senat kann zunächst offen lassen, ob die Honorarvereinbarung mit Dr. V. - mangels ausreichender Aufklärung über das wirtschaftliche Risiko, die Kosten nicht von der Krankenkasse erstattet zu bekommen - nichtig ist und einem Anspruch auf Kostenerstattung nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) entgegensteht (vgl. BSG, Urteil vom 18. Juli 2006, [a. a. O.](#); Urteil vom 7. November 2006 - [B 1 KR 24/06 R](#), für SozR vorgesehen; Urteil vom 2. November 2007, [B 1 KR 14/07 R](#)). Keiner Entscheidung bedarf es auch, ob dem Anspruch entgegensteht, dass die Beklagte vor dem Behandlungsbeginn noch nicht über die Behandlung entschieden hatte (BSG, Urteil vom 14. Dezember 2006, [a. a. O.](#); Urteil vom 2. November 2007, [a. a. O.](#)). Ebenfalls nicht weiter nachgegangen werden muss der Frage, ob dem Anspruch entgegensteht, dass die Beklagte die funktionelle MRT - etwa im Rahmen einer stationären Behandlung - als Naturalleistung hätte erbringen können (BSG, Urteil vom 2. November 2007, [a. a. O.](#)), was der Vortrag der Klägerin, es handle sich um ein Routineverfahren und sei Stand der medizinischen Kenntnis, nahe legt.

In jedem Fall scheidet eine Kostenerstattung aus, weil die Beklagte nicht verpflichtet gewesen wäre, die durch Dr. V. durchgeführte Untersuchung als Sachleistung zu gewähren. Die Beklagte ist zwar nach [§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB V](#) zur Gewährung ärztlicher Behandlung der bei ihr versicherten Klägerin verpflichtet. Diese kann auch dazu dienen, die Krankheit zu erkennen (vgl. [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)), erfasst also auch Untersuchungsmethoden. Der Behandlungsanspruch eines Versicherten unterliegt allerdings den sich aus [§ 2 Abs. 1](#) und [§ 12 Abs. 1 SGB V](#) ergebenden Einschränkungen. Er umfasst folglich nur solche Leistungen, die zweckmäßig und wirtschaftlich sind und deren Qualität und Wirksamkeit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen. Die Krankenkassen sind nicht bereits dann leistungspflichtig, wenn die streitige Leistung - wie im vorliegenden Fall - nach eigener Einschätzung des Versicherten oder des behandelnden Arztes angezeigt ist oder einzelne Ärzte die Untersuchung befürwortet haben. Vielmehr muss die betreffende Leistung rechtlich von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) umfasst sein. Dies ist bei neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß [§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) nur dann der Fall, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V](#) eine positive Empfehlung über den diagnostischen und therapeutischen Nutzen der Methode abgegeben hat. Durch Richtlinien nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5](#) i. V. m. [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) wird nämlich nicht nur geregelt, unter welchen Voraussetzungen die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer (Ärzte, Zahnärzte usw.) neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu Lasten der Krankenkassen erbringen und abrechnen dürfen. Vielmehr wird durch diese Richtlinien auch der Umfang der den Versicherten von den Krankenkassen geschuldeten ambulanten Leistungen verbindlich festgelegt (BSG, Urteil vom 7. November 2006, [a. a. O.](#)).

Die hier begehrte ambulante funktionelle MRT kann als Sachleistung der ambulanten Behandlung nicht erbracht werden, weil sie bis heute vom Leistungsspektrum der GKV nicht erfasst wird. Sie ist eine neue Behandlungsmethode, weil sie als abrechnungsfähige ärztliche Leistung nicht im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen (EBM-Ä) enthalten ist (vgl. BSG, Urteil vom 4. April 2006, [B 1 KR 12/05 R](#), [SozR 4-2500 § 27 Nr. 8](#)). Die notwendige Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses fehlt.

Etwas anderes ergibt sich auch nicht nach den vom BSG entwickelten Grundsätzen zum so genannten "Systemversagen". Danach kann ungeachtet des in [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) statuierten Verbots mit Erlaubnisvorbehalt eine Leistungspflicht der Krankenkasse ausnahmsweise dann bestehen, wenn die fehlende Anerkennung einer neuen Behandlungsmethode darauf zurückzuführen ist, dass das Verfahren vor dem Gemeinsamen Bundesausschuss trotz Erfüllung der für eine Überprüfung notwendigen formalen und inhaltlichen Voraussetzungen nicht oder nicht zeitgerecht durchgeführt wurde. In Fällen, in denen die im Gesetz vorausgesetzte Aktualisierung der Richtlinien rechtswidrig unterblieben ist, muss nämlich die Möglichkeit bestehen, das Anwendungsverbot auf andere Weise zu überwinden. Ein solcher Systemmangel kann vorliegen, wenn das Verfahren vor dem Gemeinsamen Bundesausschuss von den antragsberechtigten Stellen bzw. dem Gemeinsamen Bundesausschuss selbst überhaupt nicht, nicht zeitgerecht oder nicht ordnungsgemäß betrieben wurde und dies auf eine willkürliche oder sachfremde Untätigkeit bzw. Verfahrensverzögerung zurückzuführen ist (BSG, Urteil vom 4. April 2006, [B 1 KR 12/05 R](#), [SozR 4-2500 § 27 Nr. 8](#); Urteil vom 26. September 2006, [B 1 KR 3/06 R](#), [SozR 4-2500 § 27 Nr. 10](#); Urteil vom 27. März 2007, [B 1 KR 25/06 R](#), für SozR vorgesehen).

Ein solches Systemversagen lässt sich hier nicht feststellen. Denn es bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass beim Gemeinsamen Bundesausschuss ein formelles Verfahren initiiert worden ist, er - auch vor dem Hintergrund innerhalb der GKV vorhandener Diagnoseverfahren - sonst Anlass hatte, sich mit der funktionellen MRT auseinanderzusetzen und damit letztlich die Untersuchungsmethode in den Leistungskatalog der GKV hätte aufgenommen werden müssen.

Ein Anspruch der Klägerin auf die Untersuchung kann auch nicht darauf gestützt werden, dass ihre Erkrankung so beschaffen ist, dass sie weltweit nur extrem selten auftritt und deshalb im nationalen wie internationalen Rahmen weder systematisch erforscht noch systematisch behandelt werden kann. In einem solchen Fall hat der Gemeinsame Bundesausschuss keine Befugnis, in seinen Richtlinien generalisierend zur Qualität der Untersuchung Stellung zu nehmen, weil die Sperrwirkung des in [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) vorgeschriebenen Leistungsverbots mit Erlaubnisvorbehalt nur Methoden erfasst, die bei einem bestimmten Krankheitsbild systematisch angewendet werden (BSG, Urteil vom 19. Oktober 2004, [B 1 KR 27/02 R](#), [SozR 4-2500 § 27 Nr. 1](#)).

Die Beschwerden der Klägerin sind aber nicht so einzigartig, dass sie als Einzelfall medizinisch nicht erforschbar wären. Dies würde voraussetzen, dass generelle wissenschaftliche Aussagen zur Untersuchung und ggf. zur Therapie der dahinter stehenden Krankheit infolge der geringen Zahl an Patienten so gut wie ausgeschlossen wären. Schwindelbeschwerden und Kopfschmerzen nach möglichen Verletzungen

im Bereich der HWS oder der Kopfgelenke werden jedoch - wie der Senat aus zahlreichen Verfahren weiß - nicht selten, sondern durchaus häufig beklagt.

Zu Gunsten der Klägerin folgt auch nichts aus dem Beschluss des BVerfG vom 6. Dezember 2005. Danach ist es mit den Grundrechten aus [Art. 2 Abs. 1](#) Grundgesetz (GG) in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip und aus [Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG](#) nicht vereinbar, einen gesetzlich Krankenversicherten, für dessen lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende medizinische Behandlung nicht zur Verfügung steht, von der Leistung einer von ihm gewählten, ärztlich angewandten Behandlungsmethode auszuschließen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht.

Um eine derartige Konstellation geht es bei der Untersuchung der Klägerin aber nicht. Die Erkrankung der Klägerin ist weder lebensbedrohlich noch regelmäßig tödlich verlaufend. Sie kann trotz der erheblichen, vom Senat nicht als gering angesehenen Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit und das allgemeine Wohlbefinden, hiermit auch nicht gleichgestellt werden. Hierfür sprechen auch die in der Rechtsprechung des BSG bisher diskutierten Fälle nicht (bejaht: Metastasen nach Tumorentfernung im Stadium III, BSG, Urteil vom 4. April 2006, [B 1 KR 7/05 R](#), [SozR 4-2500 § 31 Nr. 4](#); schwere sekundäre pulmonale Hypertonie wegen CREST-Syndrom, BSG, Urteil vom 26. September 2006, [B 1 KR 1/06 R](#), 8, [SozR 4-2500 § 31 Nr. 5](#); hingegen abgelehnt: Myopathie wegen Myoderylase-Deaminase-Mangel, BSG, Urteil vom 4. April 2006, [B 1 KR 12/04 R](#), [SozR 4-2500 § 27 Nr. 7](#); Prostatakarzinom im Anfangsstadium, BSG, Urteil vom 4. April 2006, [B 1 KR 12/05 R](#), [SozR 4-2500 § 27 Nr. 8](#); Störung der Nierenfunktion, BSG, Beschluss vom 19. Juni 2006, [B 1 KR 18/06](#); Restless Legs Syndrom, BSG, Urteil vom 26. September 2006, [B 1 KR 14/06](#), [SozR 4-2500 § 31 Nr. 6](#); Herzmuskelzunahme bei Friedreichscher Ataxie, BSG, Urteil vom 14. Dezember 2006, [B 1 KR 12/06 R](#), [SozR 4-2500 § 31 Nr. 8](#); chronisches Schmerzsyndrom, BSG, Urteil vom 27. März 2007, [B 1 KR 30/06 R](#), [SGb 2007, 287](#); Multiple Sklerose, BSG, Urteil vom 27. März 2007, [B 1 KR 17/06 R](#)).

Die Beklagte hat die Leistung auch nicht deswegen zu Unrecht abgelehnt, weil sie die Klägerin falsch beraten (vgl. [§ 14](#) Erstes Buch Sozialgesetzbuch) hat. Der Hinweis, dass die Kostenerstattung bei einer privatärztlichen Praxis grundsätzlich ausgeschlossen ist, war zutreffend. Die Zusage einer Überprüfung eröffnete nicht mehr als die Chance einer Kostenerstattung. Auch wenn der Sachbearbeiter D. tatsächlich gesagt haben sollte "Fahren Sie, alles andere klären wir später", was der Senat zu Gunsten der Klägerin unterstellt, auch weil die Beklagte diesen Vortrag nicht in Zweifel gezogen hat, ändert sich hieran nichts. Zum einen wäre bei dem bereits vereinbarten Untersuchungstermin am übernächsten Tag eine Prüfung durch die Beklagte kaum möglich gewesen, ob die Untersuchung durch Dr. V. eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche und das Maß des notwendigen nicht überschreitende Leistung nach [§ 12 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) ist. Zum anderen war der Hinweis auch deswegen nicht falsch, weil die Beklagte auch im Einzelfall Kosten erstattet, obwohl dies nach den gesetzlichen Vorschriften nicht vorgesehen ist. Dies zeigt der Umstand, dass die Behandlungskosten der Atlastherapie nach A. übernommen worden sind, obwohl diese Behandlung nach Nr. 40 der Anlage II der Richtlinie Methoden der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen ist. Allerdings kann die Klägerin hieraus nichts aus dem Gleichbehandlungsgebot des [Artikels 3 Abs. 1 GG](#) für den hier streitigen Anspruch ableiten, denn es handelte sich ausdrücklich um eine "Einzelfallentscheidung ohne Präjudiz". Auch Gründe des Vertrauensschutzes (vgl. etwa BSG, Urteil vom 26. September 2006, [B 1 KR 1/06 R](#), [SozR 4-2500 § 31 Nr. 5](#)) scheiden aus, denn die Kostenerstattung für die Atlastherapie war zeitlich später.

Jedenfalls fehlt es an der Kausalität einer möglichen fehlerhaften Beratung (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 23. März 2005, [B 1 KR 3/04 R](#)). Denn die Klägerin war, als sie am 15. März 2006 auf der Geschäftsstelle der Beklagten vorsprach, schon fest entschlossen, die Untersuchung durch Dr. V. durchführen zu lassen. Sowohl der Termin für beide Untersuchungen wie die Kosten hierfür standen fest. Ihre Anfrage auf der Geschäftsstelle bezweckte allein, eine mögliche Kostenbeteiligung der Beklagten prüfen zu lassen. Der Hinweis des Sachbearbeiters D., die Klägerin möge fahren, eine Überprüfung (hinsichtlich einer Kostenbeteiligung) erfolge später, beeinflusste die Entscheidung der Klägerin, sich von Dr. V. untersuchen zu lassen, nicht.

Ein Anspruch aus einem sozialrechtlichen Herstellungsanspruch scheidet schon deswegen aus, weil dieses Rechtsinstitut neben dem Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) keine Anwendung findet (BSG, Urteil vom 2. November 2007, [a. a. O.](#)).

Der Ersatz der Fahrkosten, deren Übernahme nach [§ 60 SGB V](#) bei ambulanten Behandlungen ohnehin nur unter engen Voraussetzungen möglich wäre, scheidet gleichfalls aus, nachdem schon die Behandlung - wie dargelegt - nicht der Leistungspflicht der Beklagten unterfällt.

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

Die Revision ist nicht zuzulassen, weil die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht erfüllt sind.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2008-02-21