

L 4 KR 1230/06

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 8 KR 4991/03
Datum
30.01.2006
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 KR 1230/06
Datum
20.04.2007
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 30. Januar 2006 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten auch des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Klägerin erhebt Anspruch auf Übernahme der Kosten für eine Diskographie und eine Bandscheibenoperation in der Privatklinik Dres. Copf GmbH in Stuttgart (im Folgenden Privatklinik).

Die am 1950 geborene Klägerin ist pflichtversichertes Mitglied der Beklagten. Sie litt seit etwa zehn Jahren an Kreuzschmerzen, die sich seit Februar 2002 akut manifestierten. Ab 25. Juni 2002 bestand Arbeitsunfähigkeit. Die Klägerin begab sich in ambulante Behandlung des Neurochirurgen/Neurologen Dr. Copf, der zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist und daneben die Privatklinik betreibt, die nicht im Krankenhausplan aufgenommen ist und keinen Versorgungsvertrag unterhält. Dr. Copf stellte als Diagnose (Arztbrief vom 29. Oktober 2002) eine Lumbago im Bereich der mittleren Lendenwirbelsäule und beiderseits L4/L5-Symptomatik infolge Diskopathie LWK 3/4 und 4/5 mit degenerativer Instabilität, mäßige Spinalkanalstenose in Höhe LWK 3/4 und Spondylarthrose in beiden Etagen sowie ISG-Affektion links und empfahl eine Diskographie zur Prüfung, ob mittels des von ihm praktizierten mikrochirurgischen Verfahrens eine künstliche Bandscheibenprothese eingesetzt werden könne. Die sodann im Rahmen eines stationären Aufenthalts in der Privatklinik vom 03. bis 05. November 2002 erfolgte Provokations-Diskographie zeigte Diskopathien in Höhe LWK 3/4 und LWK 4/5 mit klarer Schmerzprovokation und Identifikation in der Etage LWK 4/5, die somit die verantwortliche Etage für die Beschwerden sei (Bericht vom 11. November 2002). Dr. Copf und die Privatklinik berechneten über eine privatärztliche Verrechnungsstelle für die vom 03. bis 05. November 2002 erfolgte Behandlung EUR 676,02 und den Tagespflegesatz von insgesamt EUR 660,00 (zweimal EUR 330,00). Des Weiteren stellte die Anästhesistin K. für am 04. November 2002 erbrachte ärztliche Leistungen EUR 73,32 in Rechnung. Unter Vorlage dieser Rechnungen beantragte die Klägerin am 10. Dezember 2002 bei der Beklagten die Erstattung der Kosten von insgesamt EUR 1.409,74. Dies lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 17. Dezember 2002, der keine Rechtsbehelfsbelehrung enthält, ab. Die Privatklinik sei kein zugelassenes Krankenhaus. In Wohnortnähe gebe es als zugelassene Kliniken das Katharinenhospital Stuttgart, die Orthopädische Klinik Markgröningen und das Kreiskrankenhaus Waiblingen.

Nachdem die Klägerin vom 19. Dezember 2002 bis 16. Januar 2003 eine stationäre Heilmaßnahme in Bad Buchau durchlaufen hatte, beantragte sie mit Schreiben vom 24. Januar 2003 an die Hauptverwaltung der Beklagten die Kostenübernahme für die vorgesehene Operation. Die ablehnende Auffassung der Beklagten sei zwar bekannt, jedoch sei dennoch auf eine günstige Entscheidung zu hoffen. Die Hauptverwaltung der Beklagten bestätigte die Auffassung der örtlichen Geschäftsstelle und kündigte an, eine kurzfristige Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung zu veranlassen (Schreiben vom 04. Februar 2003). Sodann fand während eines stationären Aufenthalts in der Privatklinik vom 07. bis 21. Februar 2003 am 10. Februar 2003 die Operation statt (Sequestrotomie und Nukleotomie, Implantation einer Bandscheibenvollprothese Modell Pro Disc Segmente LWK 4/5; vgl. Operationsbericht vom 11. Februar 2003). Die Klägerin reichte am 25. Februar 2003 die entsprechenden ärztlichen Berichte bei der Beklagten ein. Diese holte die Sozialmedizinischen Stellungnahmen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK) in Waiblingen (Dr. R.) vom 04. März und 10. März 2003 ein. Dr. R. äußerte, die Wirksamkeit des von Dr. Copf angewandten Modells sei wissenschaftlich noch nicht erwiesen und demgemäß noch nicht allgemeiner Standard. Neben den bereits genannten Kliniken werde eine vergleichbare Operation etwa auch in der Charité in Berlin oder im Universitätsklinikum Tübingen durchgeführt. Hierauf gestützt lehnte die Beklagte durch Bescheid vom 17. März 2003, der wiederum keine Rechtsbehelfsbelehrung enthält, eine Kostenübernahme ab. Mit dem Widerspruch brachte die Klägerin vor, sie habe vor Beginn der Behandlung Herrn F. von der Geschäftsstelle der Beklagten in Waiblingen unterrichtet, der keine konkrete Auskunft

haben geben können. Die übliche Versteifungsoperation sei für sie keine Alternative zur Implantation einer Prothese gewesen. In der von der Beklagten veranlassten weiteren Stellungnahme des MDK vom 07. April 2003 führte Dr. S., MDK in F., aus, die Versorgung mit einer Bandscheibenendoprothese stelle zur Zeit noch keine gewöhnliche Operationsmethode dar. Eine Behandlung der Erkrankung im Vertragswesen sei wohnortnah in neurochirurgischen bzw. orthopädischen Universitätskliniken möglich. Welches Verfahren dort angewandt werde, müsse entsprechend den wissenschaftlich erbrachten Wirksamkeitsnachweisen und den anatomischen Verhältnissen geprüft und entschieden werden. Mit dem (mit Rechtsbehelfsbelehrung versehenen) Bescheid vom 11. April 2003 hielt die Beklagte unter Bezugnahme auf ihre Schreiben vom 17. Dezember 2002, 04. Februar 2003 und 17. März 2003 an ihrer Auffassung fest, die Kosten der außervertraglichen stationären Behandlung in der Privatklinik könnten nicht übernommen werden. Den von der Klägerin erneut eingelegten Widerspruch wies die Widerspruchsstelle der Beklagten zurück (Widerspruchsbescheid vom 10. September 2003). Auf die bisherigen Ablehnungsgründe wurde Bezug genommen. Im Übrigen sei eine Leistung oder Kostenübernahme nicht vorher beantragt und eine ablehnende Entscheidung abgewartet worden.

Mit der am 19. September 2003 zum Sozialgericht Stuttgart (SG) erhobenen Klage begehrte die Klägerin die Übernahme der Kosten der stationären Behandlungen in der Privatklinik vom 03. bis 05. November 2002 und vom 07. bis 21. Februar 2003 in Höhe von insgesamt EUR 17.861,99. Sie trug vor, bereits vor dem ersten Klinikaufenthalt habe sie die Geschäftsstelle der Beklagten in Waiblingen aufgesucht und habe sich über die Behandlungsmöglichkeiten beraten lassen. Der Mitarbeiter der Beklagten N. F. habe keine Auskunft zu der Kostenübernahme einer Diskographie und einer späteren Bandscheibenoperation in der Privatklinik sowie nach alternativen Ärzten, Krankenhäusern oder Operationsmethoden erteilen können und allein mitgeteilt, nach Durchführung der Diskographie die Rechnungen zur Überprüfung einzureichen. Die falsche Auskunft des Mitarbeiters habe sie zur Inanspruchnahme der Leistungen in der Privatklinik veranlasst. Hierin liege ein Systemversagen. Das von Dr. Copf angewandte Verfahren werde in keiner der von der Beklagten genannten Kliniken in gleich erfolgreicher Form durchgeführt. Jedenfalls sei über Behandlungsalternativen in einem Vertragskrankenhaus nicht aufgeklärt worden. Sie sei allein auf die nachträgliche Kostenerstattung verwiesen worden.

Die Beklagte trat der Klage mit den bereits bekannten Gründen entgegen. Sie legte die schriftlichen Stellungnahmen ihres Bediensteten Norbert F. vom 17. Dezember 2003 und 05. Mai 2004 vor, der angab, an das Gespräch könne er sich nicht mehr erinnern. Er informiere die Versicherten grundsätzlich, dass für die Privatklinik keine Kosten übernommen werden könnten. Eine falsche oder unvollständige Beratung könne er nicht getätigt haben. Wenn angeregt worden sei, die Rechnungen einzureichen, sei das im Hinblick auf eine mögliche Einzelfallentscheidung nach ärztlicher Prüfung ausgesprochen worden. Eine Zusage habe er sicherlich nicht getroffen. Möglicherweise habe er an die "Barmer Greenline" verwiesen.

Dr. Franz Copf jun. gab die schriftliche Zeugenaussage vom 06. April 2004 ab. Er habe darauf hingewiesen, dass seine Privatklinik kein zugelassenes Krankenhaus sei und die Behandlung deshalb nur über Privatrechnung abgerechnet werden könne. Nach seiner Kenntnis werde die von ihm erfolgreich angewandte Methode in Baden-Württemberg nirgendwo durchgeführt. Er legte u.a. den von der Klägerin unterzeichneten Vertrag über die stationäre Behandlung vom 03. Februar 2003 vor, der einen Hinweis enthält, dass ein Versorgungsvertrag mit den gesetzlichen Krankenkassen nicht besteht.

Durch Urteil vom 30. Januar 2006 wies das SG die Klage ab. Zur Begründung legte es dar, eine Zusage oder Genehmigung könne Herr F. nicht erteilt haben. Der Klägerin sei bekannt gewesen, dass die Privatklinik nicht zugelassen sei. Auch eine unaufschiebbare Maßnahme habe nicht vorgelegen. Schließlich habe die Klägerin keinen ablehnenden Bescheid vor Inanspruchnahme der Leistungen abgewartet. Ein Beratungsverstoß der Beklagten sei nicht festzustellen. Anlass für weitergehende Spontanberatungen habe es nicht gegeben. Ein Systemversagen sei nicht zu erkennen. Die Beklagte schulde auch nur Behandlungsmethoden nach dem anerkannten Stand der Wissenschaft, nicht jedoch eine Optimalversorgung.

Gegen das am 02. März 2006 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 10. März 2006 beim Landessozialgericht Berufung eingelegt. Sie hat zur Begründung vorgetragen, es sei ihr nicht bekannt gewesen, dass nur in Ausnahmefällen eine Kostenerstattung in Frage komme. Die Beklagte habe sie falsch beraten. Richtigerweise hätte der Mitarbeiter F. ihr mitteilen müssen, dass sie jede Erstattungsmöglichkeit verliere, wenn sie sich in der Privatklinik behandeln lasse. Er habe den Eindruck erweckt, sie könne nach erfolgter Behandlung auf eine Begleichung der Rechnungen vertrauen. Auch eine weitere Abklärung, ob die dort angebotene Behandlungsmethode auch von Vertragskrankenhäusern angeboten werde, habe der Mitarbeiter der Beklagten nicht eingeleitet. Die im Widerspruchsverfahren eingeleitete Überprüfung sei zu spät erfolgt. Alternativen seien nicht genannt worden. Andernfalls hätte sie die Behandlung in der Privatklinik nicht in Anspruch genommen. Im Übrigen müsse sich die Beklagte zurechnen lassen, dass auch der für die ambulante Versorgung zugelassene Vertragsarzt Dr. Copf über den Ausschluss stationärer Behandlungen nicht unmissverständlich aufgeklärt habe.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 30. Januar 2006 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung der Bescheide vom 17. Dezember 2002, 04. Februar 2003, 17. März 2003 und 11. April 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 10. September 2003 zu verurteilen, ihr Kosten in Höhe von EUR 17.861,99 gemäß [§ 13 Abs. 3](#) des Fünften Buches des Sozialgesetzbuchs zu erstatten, hilfsweise die Revision zuzulassen, weiter hilfsweise die Beweisanträge aus dem Schriftsatz vom 19. September 2006.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil und ihre Entscheidungen für zutreffend. Mängel der Beratung seien nicht erkennbar.

Zur weiteren Darstellung wird auf den Inhalt der Berufungsakten, der Klageakten und der Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung der Klägerin hat in der Sache keine Erfolg. Es besteht kein Anspruch auf die Erstattung der für die Behandlung in der Privatklinik entstandenen Kosten.

1. Gegenstand des Rechtsstreits sind die Bescheide der Beklagten vom 17. Dezember 2002, 04. Februar 2003, 17. März 2003 und 11. April 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 10. September 2003. Auch die der äußeren Form nach nur als Schreiben und ohne Rechtsbehelfsbelehrung versehene Mitteilungen der Beklagten vom 17. Dezember 2002, 04. Februar 2003 und 17. März 2003 sind Bescheide im Sinne des [§ 31](#) des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB X). Denn sie treffen die Regelung, dass von der Klägerin begehrte Kosten einer stationären Behandlung nicht erstattet werden. Auf Grund der fehlenden Rechtsbehelfsbelehrung waren die Bescheide nicht bestandskräftig, weil die Rechtsbehelfsfrist ein Jahr betrug. Die Widersprüche der Klägerin erfassten erkennbar beide stationären Behandlungen, die in der Privatklinik erfolgten. Die Beklagte hat dies auch so verstanden. Denn der Widerspruchsbescheid geht auf beide stationären Behandlungen ein.

2. Anspruchsgrundlage für den von der Klägerin geltend gemachten Kostenerstattungsanspruch ist [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) des Fünften Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB V). Danach sind dem Versicherten Kosten einer selbst beschafften Leistung in der entstandenen Höhe zu erstatten, wenn die Leistung unaufschiebbar war und die Krankenkasse sie nicht rechtzeitig erbringen konnte oder wenn die Krankenkasse die Leistung zu Unrecht abgelehnt hatte. Der Anspruch aus [§ 13 Abs. 3 Satz 1 Fall 1](#) und [2 SGB V](#) reicht nicht weiter als ein entsprechender Sachleistungsanspruch des Versicherten gegen die Krankenkasse. Er setzt daher im Regelfall voraus, dass die selbst beschaffte Behandlung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben (ständige Rechtsprechung, vgl. zuletzt etwa Bundessozialgericht - BSG -, Urteil vom 26. September 2006 - [B 1 KR 1/06 R](#) - m.w.N.).

2.1. Dem geltend gemachten Kostenerstattungsanspruch steht schon entgegen, dass die Klägerin sich die Leistung selbst beschafft hat, ohne sich vorher an die Beklagte gewandt und auch deren Entscheidung abgewartet zu haben. Ein auf die unrechtmäßige Verweigerung der Sachleistung gestützter Erstattungsanspruch scheidet regelmäßig aus, wenn sich der Versicherte die Leistung besorgt hat, ohne die ablehnende Entscheidung der Krankenkasse abzuwarten. [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) gewährt einen Erstattungsanspruch für den Ausnahmefall, dass eine von der Krankenkasse geschuldete notwendige Behandlung in Folge eines Mangels im Leistungssystem der Krankenversicherung 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. Dies setzt eine ablehnende Entscheidung der Krankenkasse voraus (ständige Rechtsprechung, vgl. etwa BSG [SozR 4-2500 § 13 Nr. 1](#); Urteil vom 14. Dezember 2006 - [B 1 KR 8/06 R](#) -). Die frühere Rechtsauffassung, eine ablehnende Entscheidung müsse nicht herbeigeführt werden, wenn die Leistungsverweigerung von vornherein feststand, etwa auf Grund vorangegangener allgemeiner Meinungsäußerungen der Krankenkasse, ist wegen des eindeutigen Gesetzeswortlauts in [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) nicht übernommen worden (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 13 Nr. 15](#) m.w.N.).

Hinsichtlich der Rechnungen für die vom 03. bis 05. November 2002 im Rahmen einer stationären Behandlung durchgeführte Diskographie beantragte die Klägerin eine Erstattung mit Schreiben vom 07. Dezember 2002, bei der Beklagten am 10. Dezember 2002 eingegangen, mithin erst nach durchgeführter Behandlung. Eine Ablehnung erfolgte mit dem Bescheid vom 17. Dezember 2002. Hinsichtlich der Kosten der weiteren stationären Behandlung vom 07. bis 21. Februar 2003, bei der die Bandscheibenoperation erfolgte, beantragte die Klägerin zwar jedenfalls sinngemäß - die Übernahme mit ihrem an den damaligen Vorstandsvorsitzenden der Beklagten gerichteten Schreiben vom 24. Januar 2003. Der ablehnende Bescheid erging aber erst unter dem 17. März 2003, also ebenfalls nach durchgeführter Behandlung.

Der Vortrag der Klägerin zu dem Beratungsgespräch, das sie vor Inanspruchnahme der Leistungen mit dem Bediensteten F. von der Geschäftsstelle der Beklagten in Waiblingen geführt haben will, erfordert keine andere Beurteilung. Der Bedienstete hat danach mit Deutlichkeit darauf hingewiesen, dass es sich bei der Privatklinik nicht um ein zugelassenes Krankenhaus handelt und mit einer Kostenübernahme grundsätzlich nicht gerechnet werden darf. Dies hat die Klägerin auch im Schreiben vom 24. Januar 2003 zum Ausdruck gebracht hat. Im Übrigen muss die Klägerin bereits vor Beginn der stationären Behandlungen in der Privatklinik Hinweise gehabt haben, dass die Kosten einer stationären Behandlung in der Privatklinik von den gesetzlichen Krankenkassen nicht übernommen werden. Denn Anlass für die Klägerin, bei der Beklagten vorzusprechen, kann nur die Frage der möglichen Übernahme der Kosten durch die Beklagte gewesen sein. Jedenfalls hinsichtlich der zweiten stationären Behandlung vom 07. bis 21. Februar 2003 war der Klägerin die Rechtslage bekannt. Denn zu diesem Zeitpunkt war der ablehnende Bescheid der Beklagten vom 17. Dezember 2002 ergangen. Darüber hinaus wurde sie von der Privatklinik vor Beginn der stationären Behandlung ausführlich darüber informiert, dass eine Kostenübernahme durch die gesetzlichen Kassen nicht erfolgen kann (vgl. schriftliche Zeugenaussage des Dr. Copf jun. vom 6. April 2004). Der von der Klägerin am 03. Februar 2003 unterzeichnete Vertrag über stationäre Behandlung enthält unter der Überschrift "Wichtige Hinweise" (Hervorhebungen im Original) Folgendes: "Ihre Behandlung in der Privatklinik erfolgt ausschließlich als Privatpatient/in. Ein Versorgungsvertrag mit den gesetzlichen Krankenkassen besteht nicht. Die Privatklinik ist nicht in dem Krankenhausbedarfsplan des Landes Baden-Württemberg aufgenommen. Die Behandlungsabrechnung erfolgt an Sie und ist von Ihnen zu bezahlen. Bitte klären Sie mit Ihrem Kostenträger ab, ob und inwieweit dieser die Kosten Ihrer Behandlung übernimmt oder sich an den Behandlungskosten beteiligt ..."

Selbst wenn Dr. Copf - wie die Klägerin vorträgt - als ambulant tätiger Arzt in das Leistungssystem der Beklagten einbezogen ist, hat er keine hieraus fließende Pflicht verletzt. Er hat die Klägerin eindeutig auf die bezüglich der stationären Behandlung abweichende Rechtslage hingewiesen. Unter diesen Umständen hätte es sich der Klägerin aufdrängen müssen, von sich aus nach Behandlungsalternativen zu fragen.

Wenn der Bedienstete F. angeregt hat, ohne förmliches Verfahren nachträglich Rechnungen zur Prüfung einzuleiten, so war dies ersichtlich keine Zusage für den Erfolg des Erstattungsbegehrens, sondern das Angebot - wie von den Krankenkassen vereinzelt praktiziert -, im Rahmen einer Kulanzermäßigung unter Verzicht auf die förmliche Antragstellung die Übernahme der Kosten oder eines Teils hiervon zu prüfen.

2.2. Die Voraussetzungen des Kostenerstattungsanspruchs liegen des Weiteren nicht vor, weil die Beklagte nicht verpflichtet ist, der Klägerin eine stationäre Behandlung in einem nicht zugelassenen Krankenhaus zu verschaffen.

Versicherte haben gemäß [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Nach Nr. 5 der Vorschrift umfasst die

Krankenbehandlung (notwendige) Krankenhausbehandlung im Sinne des [§ 39 SGB X](#). Gem. [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus im Sinn von [§ 108 SGB V](#). Außer Hochschulkliniken (Nr. 1) und Plankrankenhäusern (Nr. 2) gehören hierzu (Nr. 3) Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben. Die Privatklinik ist weder im Krankenhausplan aufgenommen noch unterhält sie einen Versorgungsvertrag. Die Beschränkung der zugelassenen Leistungserbringer kann auch nicht durch einen Anspruch auf (teilweise) Kostenerstattung durchbrochen werden (vgl. BSG, Beschluss vom 26. Juli 2004 - [B 1 KR 30/04 B](#) - m.w.N.). Ausnahmen gelten für Notfälle (vgl. hierzu [BSGE 89, 39 = SozR 3-2500 § 13 Nr. 25](#)) und im Fall von Systemstörungen.

Keiner dieser Tatbestände lag hier vor. Wie der zeitliche Ablauf zeigt (Voruntersuchung mit Diskographie Anfang November 2002, stationäre Behandlung mit Operation im Februar 2003), kam es auf wenige Tage oder Wochen zur Vermeidung eines weitergehenden Schadens nicht an; eine Behandlungsalternative hätte in angemessener Zeit geprüft werden können. Ebenso wenig kann von einer Systemstörung gesprochen werden. Die Klägerin litt nicht etwa an einer seltenen Erkrankung, für welche keine Behandlungsalternativen bestanden; die Diagnose (Arztbrief Dr. Copf vom 29. Oktober 2002) lautete auf Lumbago im Bereich der mittleren Lendenwirbelsäule und beiderseits L 4/L 5-Symptomatik infolge Diskroopathie LWK 3/4 und 4/5 mit degenerativer Instabilität, mäßige Spinalkanalstenose in Höhe LWK 3/4 und Spondylarthrose in beiden Etagen sowie ISG-Affektion links. Die von Dr. Copf bei diesem Krankheitsbild praktizierte Methode (künstliche Bandscheibenprothese aufgrund mikrochirurgischen Verfahrens) stellt lediglich gegenüber den herkömmlicherweise in der vertragsärztlichen Versorgung angewandten Methoden eine möglicherweise günstigere Prognose in Aussicht, ist jedoch - wie Dr. R. vom MDK in den Stellungnahmen vom 04. März und 10. März 2003 darlegte - wissenschaftlich noch nicht erwiesen und demgemäß noch nicht allgemeiner Standard.

Unter diesen Umständen lässt sich eine Einzelfallentscheidung zu Gunsten der Klägerin nicht begründen. Die Krankenkasse schuldet, wie das SG zutreffend dargelegt hat, Leistungen nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und unter Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts (vgl. [§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#)), nicht jedoch eine Optimalversorgung mit nur von einzelnen Ärzten - wie von Dr. Copf gerade für sich in Anspruch genommen - praktizierten Methoden.

Die Klägerin kann ihr Begehren auf Erstattung der Kosten auch nicht auf den sozialrechtlichen Herstellungsanspruch stützen. Ein Herstellungsanspruch kommt nicht in Betracht (BSG SozR 4 2500 § 13 Nr. 8).

3. Auf Grund der dargestellten Sach- und Rechtslage ist eine weitere Beweiserhebung nicht erforderlich, weshalb den hilfsweise von der Klägerin gestellten Beweisansprüchen nicht nachzukommen ist.

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

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2007-05-07