

L 4 KR 2382/07

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Konstanz (BWB)
Aktenzeichen
S 2 KR 1032/03
Datum
22.12.2006
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 KR 2382/07
Datum
08.10.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Konstanz ([S 2 KR 1032/03](#)) vom 22. Dezember 2006 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt Erstattung von Aufwendungen für ambulante Behandlungen durch den Dermatologen und Umweltmediziner Dr. M., für die von ihm verordneten Medikamente und veranlassten Untersuchungen sowie Fahrkosten für den Zeitraum ab dem 01. Januar 2002.

Die Klägerin ist am 1968 geboren. Sie ist pflichtversichertes Mitglied der Beklagten. Sie leidet nach ihren Angaben und den von ihr vorgelegten medizinischen Unterlagen unter einer Vielzahl gesundheitlicher Beschwerden, die erstmals im Oktober 1997 und verstärkt ab Februar 1998 aufgetreten seien. Seit dem 17. Dezember 1998 befindet sich die Klägerin in Behandlung bei Dr. M. ... Dieser diagnostizierte unter anderem eine resorptive Quecksilberbelastung durch (zwischenzeitlich entfernte) Amalgam-Füllungen der Zähne bei einer Typ-IV-Allergie gegen Phenylquecksilberborat, mehrere Lebensmittelunverträglichkeiten, eine multiple Chemikalien-Unverträglichkeit (MCS - multiple chemical sensitivity -, Überempfindlichkeit gegen Hydrochinon und alltäglich in geringen Dosen vorkommende Chemikalien), eine hierauf beruhende Beschädigung der Blut-Hirn-Schranke, eine Störung der Leberfunktion und einen Zustand nach Borreliosen-Kontakt. Dr. M. war 1998 zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen, in der Zeit vom 01. Juli 1999 bis 31. Dezember 2001 ruhte seine Zulassung. Vom 01. Januar bis 30. September 2002 war er wieder als Vertragsarzt tätig. Seit dem 01. Oktober 2002 ist er nicht mehr zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen.

Die Klägerin nahm Dr. M. von Beginn der Behandlung an im Wesentlichen als Privatarzt in Anspruch und erhielt privatärztliche Rechnungen. Die Beklagte machte die Klägerin bei einer Vorsprache am 08. Oktober 1999 darauf aufmerksam, dass Dr. M. - damals - kein Vertragsarzt sei und deshalb die Aufwendungen für die Behandlung bei ihm nicht erstattet werden könnten. Die Beklagte bot jedoch an, über die Kassenärztliche Vereinigung einen Vertragsarzt zu finden und zu benennen, der Dermatologe und Umweltmediziner sei. Die Beklagte hatte bereits mit Bescheid vom 28. September 2000, bestätigt durch Widerspruchsbescheid vom 08. Februar 2001, eine Erstattung der Kosten der Klägerin für die Behandlungen bei Dr. M. und die von ihm verordneten Medikamente abgelehnt. Die Klägerin erhob Klage zum Sozialgericht Konstanz (SG; S 2 KR [438/01](#)), die mit Urteil vom 30. September 2003 abgewiesen wurde. Die Berufung der Klägerin hiergegen wies das Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG; L 11 KR 1640/04) mit Urteil vom 28. Juli 2004 zurück. Das LSG entschied in diesem Urteil über etwaige Kostenerstattungsansprüche bis zum 31. Dezember 2001, nachdem die Klägerin ihre Klage auf diesen Zeitraum beschränkt hatte. Die Nichtzulassungsbeschwerde der Klägerin wurde vom Bundessozialgericht (BSG; B 1 KR [69/04](#) B) mit Beschluss vom 05. Januar 2005 verworfen. Die von der Klägerin erhobene Verfassungsbeschwerde (1 BvR 633/05) nahm das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) mit Beschluss vom 21. April 2005 nicht zur Entscheidung an. Die Klägerin hat insoweit ihren Angaben zu Folge Individualbeschwerde zum Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte (39442/05) erhoben.

Unter dem 17. Januar 2002 teilte die Klägerin der Beklagten mit, dass Dr. M. seine Kassenzulassung wieder aufgenommen habe, und beantragte erneut Kostenübernahme. Die Beklagte teilte mit Schreiben vom 24. Januar 2002 mit, die Klägerin könne sich bei Dr. M. mit ihrer Krankenversicherungskarte behandeln lassen. Sie erhalte - vorbehaltlich von Zuzahlungen - die wesentlichen Leistungen kostenfrei. Kostenerstattung könne sie nicht verlangen. Kosten, die der Arzt nicht über die Versichertenkarte abrechnen könne, könne die Krankenkasse nicht erstatten. Die Klägerin entgegnete in einem Schreiben vom 19. Februar 2002, Dr. M. habe ihr mitgeteilt, eine Abwicklung über die Versichertenkarte sei nicht möglich. Sie, die Klägerin, brauche aber die notwendigen und dringenden Behandlungen durch Dr. M. ... Es treffe nicht zu, dass die Krankenkasse Kosten, die der Arzt nicht über die Versichertenkarte abrechnen könne, nicht

erstatten könne. In bestimmten Fällen müsse die Krankenkasse auch Kosten übernehmen, wenn keinerlei geeignete Diagnose- und Therapiemethoden zur Verfügung gestellt werden könnten und eine andere geeignete Heilbehandlung weiterhelfen könne. Die Klägerin beantragte in diesem Schreiben förmlich die Erteilung einer Kostenzusage. Die Beklagte benannte ihr unter dem 28. März 2002 zwei Umweltmediziner mit Kassenzulassung (Internist Dr. R., R., und Arzt für Allgemeinmedizin Dr. E., I.) und teilte mit, für nicht abrechenbare Leistungen könne erst dann eine sozialmedizinische Stellungnahme abgegeben werden, wenn genaue Angaben des behandelnden Arztes vorlägen. Ein Systemversagen liege nach Aussage des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK) nicht vor. Eine Kostenzusage könne nicht abgegeben werden. Mit Schreiben vom 07. August 2002 an die Beklagte teilte die Klägerin mit, sie habe die beiden benannten Ärzte inzwischen aufgesucht, Dr. R. habe ihr eine symptomatische Behandlung mit Schmerzmitteln vorgeschlagen, die nicht die Ursache der Beschwerden bekämpfe, Dr. E. sei nicht kompetent. Unter dem 25. August 2002 führte sie weiterhin aus, die Kassenärztliche Vereinigung Südwürttemberg habe ihr 2000 nur Dr. M. als Umweltmediziner in ihrem Bereich benennen können. Die Beklagte habe keine medizinische Versorgung sicherstellen können. Sie (die Klägerin) sei bis heute, also über drei Jahre, unversorgt geblieben. Hierin liege ein Systemversagen. Es gebe keine Alternative für die dringend notwendige Behandlung (bei Dr. M.). Die Klägerin bat erneut um Übernahme der Kosten. Die Beklagte holte die Stellungnahme des MDK, Dr. Ha., vom 28. August 2002 ein, wonach bei Verdacht auf Schwermetallbelastung eine ausreichende Diagnostik und Therapie im vertragsärztlichen Rahmen möglich sei. Die Beklagte teilte der Klägerin daraufhin mit Schreiben vom 10. September 2002 mit, eine Kostenübernahme der privatärztlich erbrachten Behandlungen Dr. M. sei auch nach erneuter Prüfung nicht möglich. Der Antrag der Klägerin wäre daher abzulehnen. Zuvor möge die Klägerin jedoch Rechnungen einreichen, aus denen die einzelnen ärztlichen Leistungen ersichtlich seien. Es könne auch eine ärztliche Stellungnahme eingereicht werden.

Am 29. Oktober 2002 reichte die Klägerin bei der Beklagten privatärztliche Rechnungen Dr. M. vom 26. März 2000 bis 06. Oktober 2002 über Behandlungen vom 11. Januar 2000 bis 27. September 2002 in Höhe von insgesamt EUR 2.250,67 sowie die Rechnungen der Laborärzte Privatdozent Dr. Dr. Le. und Kollegen vom 15. Mai 2002 über eine Laboruntersuchung in Höhe von EUR 26,23 und der dermatopathologischen Gemeinschaftspraxis Dr. Hü. vom 05. August 2002 über eine feingewebliche Untersuchung in Höhe von EUR 19,05 ein. Dr. M. gab mit Schreiben vom 24. Oktober 2002 unter Bezugnahme auf bereits früher eingereichte Äußerungen eine ärztliche Stellungnahme ab. Er verwies auf die 27-jährige Halbwertszeit nach chronisch resorptiver Quecksilberbelastung, die eine Nachbehandlung im zentralen Nervensystem notwendig mache sowie auf mehrere medizinische Studien und Veröffentlichungen. Er führte aus, etablierte Behandlungsverfahren hätten nicht zur Verfügung gestanden. Die Klägerin besitze bei einer Kooperation gute Chancen, ihre Gesundheitsprobleme zu regeln. Der Fortgang der Heilung scheitere am Verhalten der Beteiligten. Die Beklagte holte das Gutachten des MDK, Dr. Ba., vom 27. November 2002 ein. Hiernach bleibe eine außervertragliche Behandlung, wie sie hier beansprucht werde, solange von der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen, bis der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (nunmehr Gemeinsamer Bundesausschuss) eine Empfehlung abgebe. Eine außervertragliche Kostenübernahme sei nur bei einem Systemversagen möglich, dessen Feststellung der Rechtsprechung vorbehalten sei. Nur wenn ein Versicherter ein Urteil bzw. eine Eilentscheidung nicht mehr abwarten könne, weil nur durch die außervertragliche Methode eine innerhalb weniger Wochen auftretende akut lebensbedrohliche Situation abgewandt werden könne, komme für den MDK unter der Voraussetzung einer hinreichenden Etablierung u.U. ein positives Votum in Betracht. Hiervon sei im konkreten Fall nicht auszugehen. Zudem könnten sämtliche Positionen aus den Abrechnungen Dr. M. (Beratungen, Erörterungen, Untersuchungen, Injektionen, Infusionen), falls erforderlich, auch vertragsärztlich erbracht werden, außer der Gabe von Vitamin C. Die Beklagte bat die Klägerin noch telefonisch und unter dem 17. Dezember 2002 auch schriftlich, eine konkrete schriftliche Begründung Dr. M. einzureichen, weshalb eine Abrechnung auf Krankenversichertenkarte nicht möglich sei. Diese erfolgte nicht.

Mit Bescheid vom 24. Januar 2003 lehnte die Beklagte die Übernahme der Kosten ab. Dr. M. habe seine Behandlungen privat abgerechnet. Der MDK habe festgestellt, dass diese Leistungen mit Ausnahme der Gabe von Vitamin C auch vertragsärztlich hätten erbracht werden können, soweit sie medizinisch erforderlich seien. Ein Systemversagen liege nicht vor. Eine Kostenerstattung sei (ansonsten) nur für freiwillig Versicherte möglich, die Kostenerstattung gewählt hätten. Als Bezieherin von Arbeitslosenhilfe sei die Klägerin jedoch versicherungspflichtig.

Die Klägerin erhob Widerspruch und legte die Stellungnahme Dr. M. vom 10. Januar 2003 vor. Darin führte dieser aus, die Leistungen könnten als Kassenleistungen abgerechnet werden, wenn sie indikationsbezogen auch als Kassenleistung gälten. Wenn jedoch die Erkrankung durch die Krankenversicherung nicht akzeptiert sei, könne er weder die Beratung noch die durchgeführten Sonderleistungen der Krankenversicherung in Rechnung stellen. Er habe lange bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung versucht zu erreichen, dass die von ihm abgerechneten Leistungen tatsächlich zu Lasten der Kassen eingebracht werden könnten. Dies sei dort abgelehnt worden.

Nach Einholung der weiteren Stellungnahme des MDK, Dr. Ha., vom 05. Februar 2003, wies der bei der Beklagten bestehende Widerspruchsausschuss den Widerspruch der Klägerin am 23. April 2003 zurück. Ein Kostenerstattungsanspruch für die zumindest seit dem 10. Januar 2002 laufende Behandlung bestehe nicht, weil Dr. M. sie privatärztlich durchgeführt habe. Da die Klägerin pflichtversichertes Mitglied sei, schließe dies die Möglichkeit einer Privatversorgung mit nachfolgender Kostenerstattung aus. Eine Erstattung sei auch dann nicht möglich, wenn Dr. M. seine Behandlung nicht im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung habe erbringen können, da es sich um eine außervertragliche Behandlungsmethode handle. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die nicht im Einheitlichen Bewertungsmaßstab aufgeführt seien, dürften zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erst erbracht werden, wenn sie der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen anerkannt habe. Eine solche positive Empfehlung bezüglich einer konkreten Behandlungsmethode bei schwermetallinduzierter Systemschädigung liege nicht vor. Nach der Rechtsprechung des BSG sei die Abrechnung einer noch nicht anerkannten neuen Methode schon dann ausgeschlossen, wenn sich der Bundesausschuss - wie hier - noch nicht geäußert habe. Auch der Hinweis der Klägerin auf ein Systemversagen könne nicht zu einer anderen Entscheidung führen. Auch Dr. M. nehme lediglich als Hautarzt an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Dr. R. habe eine vertragsärztliche Behandlung durchführen wollen, die allerdings die Klägerin ablehne. Ein Versicherter könne sich zwar für oder gegen bestimmte Behandlungsmethoden entscheiden, hieraus folge aber kein Anspruch auf Kostenübernahme. Letztlich treffe es nicht zu, dass sie (die Beklagte) eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig habe erbringen können. Ferner habe die Klägerin erst nach Behandlungsbeginn einen Antrag auf Kostenübernahme gestellt, sodass die ab 10. Januar 2002 angefallenen Kosten nicht ursächlich durch eine Leistungsablehnung durch sie (die Beklagte) entstanden seien könnten.

Die Klägerin erhob am 23. Mai 2003 Klage zum SG. Sie trug - wie teilweise bereits in dem vor-angegangenen Rechtsstreit - vor, sie sei durch unsachgemäßes Herausbohren der 18 Amalgamfüllungen ohne Schutzmaßnahmen an einer resorptiven Belastung durch dentale Metalle schwer erkrankt. Sie leide an MCS und zahlreichen Gesundheitsbeeinträchtigungen. Erst eine Studie über Polymorphismen im März 2004, an

der sie durch Zufall habe teilnehmen können, habe ergeben, dass auch erhebliche Einschränkungen in verschiedenen Enzymsystemen vorlägen. Eine jüngst erstellte Studie des Robert-Koch-Instituts habe bestätigt, dass MCS eine besonders schwere Krankheit und nicht psychogen bedingt sei. Es bestehe eine Versorgungslücke, da Dr. M. der nächst erreichbare kompetente Arzt sei und die Beklagte ihr keine alternativen Versorgungswege aufgezeigt habe. Es sei dringend erforderlich, die eingeleitete Entgiftung und Behandlung bei Dr. M. fortzuführen, um eine Verschlimmerung der Beschwerden zu verhindern. Am 08. Oktober 1999 habe sie vor Inanspruchnahme eines Privatärztes die Beklagte gebeten, ihr entweder einen geeigneten Umweltmediziner mit Kassenzulassung zu benennen oder die Kosten der Behandlung bei Dr. M. zu übernehmen. Die beiden von der Beklagten nach drei Jahren benannten Ärzte Dr. R. und Dr. E. seien auf dem Fachgebiet der Schwermetall-intoxikation nach eigenen Aussagen nicht kompetent. Dr. R. wolle nur symptomatisch behandeln. Im Hinblick auf die Entscheidung des BVerfG vom 06. Dezember 2005 - 1 BvR 147/98 - ([BVerfGE 115, 25](#)) sei zumindest die Kostenerstattung für die Behandlungen in der Zeit erforderlich, in der Dr. M. zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen gewesen sei. Zur Stützung ihres Vortrags legte die Klägerin zahlreiche Atteste, Bescheinigungen und medizinische Veröffentlichungen zur MCS vor. Die Klägerin reichte ferner zusätzlich zu den bereits der Beklagten vorgelegten Rechnungen weitere Rechnungen vom 04. Dezember 2002 bis 03. Dezember 2006 über ärztliche Behandlungen bei Dr. M. in Höhe von insgesamt EUR 3.253,92 sowie der Laborärzte Dr. Wi. und Kollegen vom 02. Juni 2006 in Höhe von EUR 65,00 vor und bezifferte ihre Aufwendungen für Behandlungen und Medikamente auf insgesamt EUR 5.660,15. Außerdem machte sie Kosten für Fahrten zu den ärztlichen Behandlungen in den Jahren 2002 bis 2006 von EUR 6.163,20 geltend, wobei sie eine Hin- und Rückfahrt zu Dr. M. mit 120 km und je Fahrkilometer EUR 0,24 veranschlagte.

Die Beklagte trat der Klage entgegen.

Das SG zog das umweltmedizinische Gutachten vom 14. September 2006 des HNO-Arztes Dr. O. bei, das eine andere Kammer des SG in einem Rentenstreitverfahren der Klägerin (S 6 RA 2090/00) eingeholt hatte. Dr. O. hatte in dem Gutachten festgestellt, die Klägerin leide an MCS und zahlreichen somatischen Folgeerkrankungen und sei daher voll erwerbsgemindert.

Mit Urteil vom 22. Dezember 2006 wies das SG die Klage ab. Es führte aus, die Voraussetzungen einer Kostenerstattung (von Behandlungskosten in Höhe EUR 5.660,15 sowie Fahrkosten in Höhe von EUR 6.163,20) seien nicht gegeben. Zwar habe Dr. M. vom 01. Januar bis 30. September 2002 noch eine Kassenzulassung gehabt, er habe seine Leistungen aber privatärztlich erbracht und in Rechnung gestellt. Eine Notwendigkeit hierfür sei nicht ersichtlich. Beschwerden der Art, wie sie die Klägerin schildere, seien vertragsärztlicher Behandlung und, wenn nötig, der Behandlung in zugelassenen Krankenhäusern zugänglich. Eine Versorgungslücke, die nur Dr. M. habe schließen können, sei nicht erkennbar. Zur Begründung hierfür verwies das SG auf die Urteile von SG und LSG sowie die Beschlüsse von BSG und BVerfG in dem ersten Rechtsstreit der Klägerin. Für die Erstattung der Kosten ab dem 01. Oktober 2002, der Rückgabe der Kassenzulassung durch Dr. M., komme ein weiterer Ablehnungsgrund hinzu. Versicherte dürften, von einem - hier nicht vorliegenden - Notfall abgesehen, nur unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten wählen. Da die Klägerin außervertragliche Leistungen bzw. einen nicht mehr zugelassenen Arzt in Anspruch genommen habe, komme eine Erstattung von Fahrkosten schon aus diesem Grunde nicht in Betracht. Die Beklagte müsse auch künftig die Kosten für die Behandlung des Dr. M. nicht übernehmen. Das Urteil des SG wurde der Klägerin am 20. März 2007 zugestellt.

Am 20. April 2007 hat die Klägerin Berufung zum LSG eingelegt. Sie führt ergänzend aus, es sei nicht richtig, dass Dr. M. während seiner Kassenzulassung die erbrachten Leistungen problemlos als Sach- oder Dienstleistung über die Krankenkasse hätte abrechnen können. Wie Erfahrungen mit der Beklagten und anderen Krankenversicherungen in der Vergangenheit gezeigt hätten, hätte die Beklagte dann entsprechende Rückbelastungen bei Dr. M. vorgenommen. Zumindest die in diesen Zeitraum fallenden Kosten seien zu erstatten. Die Klägerin hat ferner weitere Rechnungen vom 01. Januar 2007 bis 25. Mai 2009 über Behandlungen bei Dr. M. vom 05. Dezember 2006 bis zum 14. Mai 2009 in Höhe von insgesamt EUR 2.703,85 vorgelegt. Sie macht außerdem weiterhin Fahrkosten geltend, wobei Dr. M. im Jahre 2008 seine Praxis verlegt hat und nach Angaben der Klägerin eine Hin- und Rückfahrt nunmehr 180 km umfasst.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Konstanz vom 22. Dezember 2006 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 24. Januar 2003 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 23. April 2003 zu verurteilen, ihr die vom 01. Januar 2002 bis zum 02. Juni 2009 für Behandlungen bei Dr. M. entstandenen Kosten von EUR 8.364,00 sowie Fahrkosten von EUR 9.374,40, zusammen mithin EUR 17.738,40, zu erstatten, sowie die für Behandlungen bei Dr. M. anfallenden Aufwendungen einschließlich der Fahrkosten auch zukünftig zu übernehmen, hilfsweise, von Amts wegen durch Einholung eines Sachverständigengutachtens Beweis darüber zu erheben, (1) ob die von Dr. M. bei der Klägerin seit dem 01. Januar 2002 durchgeführten medizinischen Behandlungen einschließlich der verordneten Medikamente medizinisch notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich waren, und (2) ob andere Behandler mit der entsprechenden fachlichen Qualifikation für die Behandlung der schwerwiegenden MCS-Erkrankung der Klägerin, die die Behandlung über die Krankenversichertenkarte der Klägerin abrechnen konnten, seit 01. Januar 2002 zur Verfügung gestanden haben.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verteidigt das angegriffene Urteil und ihre Entscheidung.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung des Senats ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die von der Beklagten vorgelegten Verwaltungsakten sowie auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte nach [§ 153 Abs. 1](#) i.V.m. [§ 124 Abs. 2](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) durch Urteil ohne mündliche Verhandlung entscheiden, nachdem sich beide Beteiligte damit einverstanden erklärt haben.

Die Berufung der Klägerin ist zulässig. Sie ist nach [§ 151 Abs. 1 SGG](#) form- und fristgerecht erhoben. Sie war nicht nach [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) (in der bis zum 31. März 2008 geltenden Fassung) zulassungsbedürftig, da die Klägerin aus dem angegriffenen Urteil mindestens um jene EUR 11.823,35 beschwert ist, die sie bereits vor dem SG als Erstattungsbetrag geltend gemacht hatte.

Die Berufung ist aber nicht begründet. Das SG hat die Anfechtungs- und Leistungsklage ([§ 54 Abs. 1 Satz 1, Abs. 4 SGG](#)) zu Recht abgewiesen.

1. Gegenstand des Rechtsstreits ist der Bescheid der Beklagten vom 24. Januar 2003 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 23. April 2003. Mit diesem Bescheid hat die Beklagte nicht nur die Erstattung der Kosten in Höhe von insgesamt EUR 2.295,95, die die Klägerin mit den der Beklagten vorgelegten Rechnungen geltend machte, abgelehnt, sondern insgesamt die Erstattung bzw. zukünftige Übernahme der Kosten der Behandlung durch Dr. M. und der durch ihn veranlassten Behandlungen anderer Ärzte. Streitgegenstand war deshalb von Anfang an die Übernahme der Kosten der Behandlung durch Dr. M. seit 01. Januar 2002 ohne Begrenzung. Die Klägerin macht deshalb für die Vergangenheit zu Recht einen bezifferten Erstattungsbetrag geltend. Für die Zukunft begehrt sie die Verurteilung der Beklagten dem Grunde nach. Dies ist nach [§ 130 Abs. 1 SGG](#) zulässig. Eine genaue Bezifferung der zukünftigen Aufwendungen ist der Klägerin nicht möglich und daher auch nicht zu verlangen (vgl. zum Ganzen BSG, Urteil vom 24. September 2002, [B 3 P 15/01 R](#), veröffentlicht in Juris, Rn. 11).

Der Übergang auf einen bezifferten Erstattungsbetrag für die Zeit seit Erlass des Urteils des SG bis zum 02. Juni 2009 ist auch keine - möglicherweise unzulässige - Klageänderung, sondern die Klägerin begehrt nach [§ 99 Abs. 3 Nr. 3 SGG](#) wegen zwischenzeitlicher Veränderungen eine nunmehr bezifferte Leistung. Der gleiche Zeitraum war schon in erster Instanz rechthängig, damals noch als Antrag zur Verurteilung zu künftigen Leistungen dem Grunde nach.

Da die Klägerin in diesem Verfahren nur ihre Aufwendungen seit dem 01. Januar 2002 geltend macht, steht ihrer Klage auch nicht die Prozesseinrede rechtskräftiger Entscheidung entgegen. In dem ersten - rechtskräftig beendeten - Prozess der Klägerin war nur über die Aufwendungen bis 31. Dezember 2001 entschieden worden.

2. Die Klägerin kann von der Beklagten weder für die Vergangenheit noch - dem Grunde nach - für künftige Behandlungen durch Dr. M. Erstattung ihrer Aufwendungen verlangen. Ebenso besteht kein Anspruch auf Übernahme der Fahrkosten.

a) Die Klägerin hat nicht nach [§ 13 Abs. 2](#) des Fünften Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB V) anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung gewählt. Als Anspruchsgrundlage für einen Kostenerstattungsanspruch kommt damit nur [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) in Betracht.

b) Auch ein Anspruch aus [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) besteht nicht.

[§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) bestimmt: Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbst beschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war.

aa) Es fehlt hier an der Voraussetzung, dass der Klägerin dadurch Kosten entstanden sind, dass die Beklagte die Leistung abgelehnt hat ([§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) Variante 2 SGB V).

Ein auf die Verweigerung der Sachleistung gestützter Erstattungsanspruch scheidet nach ständiger Rechtsprechung aus, wenn sich der Versicherte die Leistung besorgt hat, ohne die Krankenkasse einzuschalten und deren Entscheidung abzuwarten. [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) soll einen Erstattungsanspruch für den Ausnahmefall gewähren, 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 kann. 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 nicht befasst wurde, obwohl dies möglich gewesen wäre (ständige Rechtsprechung des BSG, vgl. [SozR 3-2500 § 13 Nr. 15](#); [SozR 4-2500 § 13 Nr. 8](#); [SozR 4-2500 § 13 Nr. 12](#)). Dieses Verfahren ist entgegen früherer Andeutung (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 34 Nr. 2](#)) auch zu fordern in Fällen, in denen von vornherein feststand, dass eine durch Gesetz oder Verordnung von der Versorgung ausgeschlossene Sachleistung verweigert werden würde und sich der Versicherte dadurch gezwungen gesehen hat, die Leistung selbst zu beschaffen (vgl. eingehend [BSGE 98, 26](#) unter Hinweis auf die - hier nicht einschlägige - Besonderheit der Verschreibung nicht zum Leistungskatalog gehörender Arzneimittelverordnungen auf Privatrezept). Nur bei einer Vorabprüfung können die Krankenkassen ihre - Gesundheitsgefahren und wirtschaftlichen Risiken vorbeugenden - Beratungsaufgaben erfüllen, die Versicherten vor dem Risiko der Beschaffung nicht zum Leistungskatalog gehörender Leistungen zu schützen und ggf. aufzeigen, welche Leistungen an Stelle der begehrten in Betracht kommen. Dies gilt auch bei Behandlungen, die über längere Zeiträume angelegt sind oder laufen. Wird hier die Kostenübernahme nach Beginn der Behandlung abgelehnt, stellt dies zwar eine Zäsur dar, sodass grundsätzlich für Behandlungen danach eine Kostenübernahme möglich ist. Dies gilt jedoch nur, wenn die Ablehnung noch geeignet war, das weitere Leistungsgeschehen zu beeinflussen, weil es sich nämlich bei den späteren Behandlungsschritten um selbstständige, von der bisherigen Behandlung abtrennbare Leistungen handelt (BSG, [SozR 4-2500, § 135 Nr. 1](#); [SozR 4-2500 § 13 Nr. 10](#)).

Die Klägerin ist mindestens seit dem 17. Dezember 1998 in der privatärztlichen Behandlung bei Dr. M ... Sie hatte sich jedoch erst im Oktober 1999, nach ihren Angaben im Sommer 1999, erstmals mit der Beklagten in Verbindung gesetzt. Wie der 11. Senat des LSG in seinem Urteil vom 28. Juli 2004 bereits festgestellt hat, scheitert ein Anspruch auf Kostenerstattung bereits aus diesem Grunde. Dies gilt auch für die nunmehr streitigen Behandlungen seit Januar 2002. Diese hat die Klägerin zwar in Anspruch genommen, nachdem sie der Beklagten - erstmals - von der Behandlung durch Dr. M. berichtet hatte. Die Behandlung ist aber langfristig angelegt und daher als einheitlich anzusehen. Die Klägerin hat sich von Beginn an darauf festgelegt, dass allein eine Behandlung durch Dr. M. in Frage komme. Sie war daher entschlossen, die Behandlung bei Dr. M. fortzuführen, ohne dass die Verwirklichung dieser Absicht von der Entscheidung der Beklagten über die Kostenübernahme abhängen sollte. Dadurch hat sie der Beklagten die Möglichkeit genommen, die vorgetragene Diagnose zu überprüfen und ggfs. andere Behandlungsmethoden vorzuschlagen. Auch nunmehr hat sich die Klägerin erstmals am 17. Januar 2002, also wiederum erst nach Beginn der nun geltend gemachten Behandlung am 10. Januar 2002, bei der Beklagten gemeldet und

die Kostenübernahme begehrt.

bb) Die Behandlungen durch Dr. M. vom 10. Januar 2002 bis 14. Mai 2009 waren nicht unaufschiebbar im Sinne von [§ 13 Abs. 3 Satz 1 Variante 1 SGB V](#).

Eine Leistung ist unaufschiebbar, wenn eine Leistungserbringung im Zeitpunkt ihrer tatsächlichen Durchführung so dringlich ist, dass aus medizinischer Sicht keine Möglichkeit eines nennenswerten zeitlichen Aufschubs bis zu einer Entscheidung der Krankenkasse mehr besteht. Die medizinische Dringlichkeit ist indessen nicht allein ausschlaggebend. Denn neben der Unaufschiebbarkeit wird vorausgesetzt, dass die Krankenkasse die in Rede stehenden Leistungen nicht rechtzeitig erbringen konnte. Davon kann im Regelfall nur ausgegangen werden, wenn sie mit dem Leistungsbegehren konfrontiert war und sich dabei ihr Unvermögen herausgestellt hat. Nur da, wo eine vorherige Einschaltung der Krankenkasse vom Versicherten nach den Umständen des Falles nicht verlangt werden konnte, darf die Unfähigkeit zur rechtzeitigen Leistungserbringung unterstellt werden (BSG [SozR 3-2500 § 13 Nr. 22](#); [SozR 4-2500 § 13 Nr. 15](#)). Nur bei einer Vorabprüfung können die Krankenkassen ihre Gesundheitsgefahren und wirtschaftlichen Risiken vorbeugenden - Beratungsaufgaben erfüllen, die Versicherten vor dem Risiko der Beschaffung nicht zum Leistungskatalog gehörender Leistungen zu schützen und ggf. aufzeigen, welche Leistungen an Stelle der begehrten in Betracht kommen

Die Behandlung bei Dr. M. musste nicht derart kurzfristig erbracht werden. Die Klägerin leidet ihren Angaben zu Folge an einer chronischen, langwierigen Erkrankung auf Grund einer Schwermetallintoxikation. Es ist nicht ersichtlich, dass die Behandlung 1998/1999, als die Klägerin erstmals Dr. M. in Anspruch nahm, oder zu Beginn des jetzt streitigen Zeitraums im Januar 2002, binnen weniger Tage einsetzen musste. Hinzu kommt, dass die Klägerin die Beklagte nicht rechtzeitig mit der privatärztlichen Behandlung durch Dr. M. befasst hat.

cc) Für die Zeit, in der Dr. M. Vertragsarzt war (01. Januar bis 30. September 2002), scheitert ein Kostenerstattungsanspruch der Klägerin auch am Vorrang des Sachleistungsprinzips ([§ 2 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)). Wenn die Behandlungen notwendig waren, wie die Klägerin behauptet, hätte sie, wie bereits ausgeführt, Dr. M. auch als Sach- und Dienstleistung erbringen können. Beratungen und intravenöse Injektionen, die Dr. M. nach den vorgelegten Rechnungen berechnete, sind grundsätzlich auch Bestandteil des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes und damit Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Abrechnungsfähig im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung sind sie allerdings dann nicht, wenn insoweit Behandlungsmethoden durchgeführt werden, die in der vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkasse erbracht werden können. Nach [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn diese notwendig ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst unter anderem die ärztliche Behandlung sowie die Versorgung mit Arzneimitteln ([§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1](#) und [3 SGB V](#)) durch zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechnete Behandler ([§ 76 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)). Die Krankenkassen haben jedoch nicht für jegliche Art von Behandlung aufzukommen. Ihre Leistungspflicht unterliegt vielmehr den in [§§ 2 Abs. 1](#) und [12 Abs. 1 SGB V](#) gesetzlich festgelegten Grenzen. Nach diesen Vorschriften müssen die Leistungen der Krankenkassen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen ([§ 12 Abs. 1 SGB V](#)). Außerdem müssen Qualität und Wirksamkeit der Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen ([§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#)). Zu beachten sind schließlich auch die Regelungen des Leistungserbringerrechts (Viertes Kapitel des SGB V, [§§ 69](#) bis [140h SGB V](#)), insbesondere auch die Regelungen über die Qualitätssicherung, für den ambulanten Bereich insoweit das in [§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) festgelegte Verbot mit Erlaubnisvorbehalt (vgl. dazu BSG [SozR 4-2500 § 27 Nr. 8](#); [SozR 4-2500 § 27 Nr. 12](#)). Danach dürfen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkasse nur erbracht werden und gehören auch dann nur zu den den Versicherten von der Krankenkasse geschuldeten Leistungen (ständige Rechtsprechung, BSG [SozR 4-2500 § 27 Nr. 8](#)), wenn der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V](#) Empfehlungen u.a. über die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode sowie deren medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit abgegeben hat. An die Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses sind Krankenkassen und Gerichte gebunden (BSG [SozR 4 2500 § 27 Nr. 8](#)). Ohne befürwortende Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses kommt eine Leistungspflicht der Krankenkassen nicht in Betracht (zu alledem auch LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 30. August 2006 - [L 5 KR 281/06](#) - und ausführlich m.w.N. Urteil vom 31. Oktober 2007 - [L 5 KR 2563/07](#) -, beide veröffentlicht in juris). Nach den Ausführungen des Dr. M. konnte er die von ihm bei der Klägerin zur Behandlung der Schwermetallintoxikationen erbrachten Leistungen nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen berechnen. Hieraus schließt der Senat, dass die von ihm durchgeführte Behandlungsmethode nicht zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung gehört. Dies steht auch in Übereinstimmung damit, dass Dr. M. regelmäßig privatärztliche Rechnungen gestellt hat.

Vor diesem Hintergrund erscheint auch zweifelhaft, dass Dr. M. für die Behandlungen der Klägerin überhaupt ein wirksamer Vergütungsanspruch zustand. Zwischen einem Arzt und einem Kassenpatienten setzt ein solcher Anspruch unter anderem voraus, dass vor Beginn der Behandlung eine ausdrückliche schriftliche Vereinbarung über die Leistungserbringung außerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung getroffen wird. Nach [§ 21 Abs. 1 Nr. 3](#) des Bundesmantelvertrages-Ärzte/Ersatzkassen (EKV) in der bis 31. Dezember 2003 geltenden Fassung (jetzt [§ 21 Abs. 8 Nr. 3 EKV](#)), der auf der Rechtsgrundlage des [§ 82 Abs. 1 SGB V](#) beruht und für die zugelassenen Vertragsärzte nach [§ 95 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#) in der bis 31. Dezember 2003 geltenden Fassung, seit 01. Januar 2004 [§ 95 Abs. 3 Satz 3 SGB V](#), verbindlich ist, darf der Vertragsarzt von einem Versicherten eine Vergütung nur fordern, wenn für Leistungen, die nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sind, vorher die schriftliche Zustimmung des Versicherten eingeholt und dieser auf die Pflicht zur Übernahme der Kosten hingewiesen wurde. Diese Regelung dient dem Schutz der Versicherten, als damit verhindert werden soll, dass ein Vertragsarzt aus welchen Gründen auch immer Leistungen außerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung erbringt und ohne weiteres liquidieren kann. Ein Vergütungsanspruch des Vertragsarztes gegen Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen ist die Ausnahme. Grundsätzlich wird die Leistung des Vertragsarztes von der Kassenärztlichen Vereinigung vergütet, die ihrerseits die Mittel dafür in Form einer Gesamtvergütung von den Krankenkassen erhält (vgl. u.a. [§ 2 Abs. 2](#), [§ 75 Abs. 1](#) und [2](#), [§ 85 Abs. 1](#) und [4 SGB V](#); BSG [SozR 3-2500 § 13 Nr. 14](#)). Eine solche Vereinbarung liegt nicht vor. Weder aus dem Vortrag der Klägerin noch aus den umfangreichen Ausführungen des Dr. M. im Laufe der beiden Rechtsstreite ergeben sich Anhaltspunkte für etwas anderes.

dd) Ein Kostenerstattungsanspruch der Klägerin aus [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) scheitert für die Zeit ab dem 01. Oktober 2002 bis Juni 2009 außerdem an einem weiteren Umstand:

Nach ständiger Rechtsprechung reicht der in Betracht kommende Kostenerstattungsanspruch aus [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) nicht weiter als ein entsprechender Sachleistungsanspruch; er setzt daher voraus, dass die selbst beschaffte Behandlung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 13 Nr. 11](#); [SozR 4-2500 § 13 Nr. 12](#); [SozR 4-2500 § 27 Nr. 12](#)). Zu diesen Voraussetzungen gehört auch [§ 76 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#). Nach dieser Vorschrift können Versicherte, soweit sie sich ambulant durch Ärzte behandeln lassen, - nur - unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten wählen. Zu dieser Gruppe gehörte Dr. M. ab dem 01. Oktober 2002 nicht.

Andere als die zugelassenen Ärzte dürfen Versicherte nur im Notfall in Anspruch nehmen ([§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)). Ein Notfall liegt nur dann vor, wenn ein unvermittelt aufgetretener Behandlungsbedarf sofort befriedigt werden muss und ein fachlich zuständiger Vertragsarzt nicht in der gebotenen Eile herbeigerufen oder aufgesucht werden kann (vgl. BSG [SozR 4-2500 § 13 Nr. 9](#)). Behandlungsbedürftigkeit mit der Erforderlichkeit baldiger Entscheidung bedingt noch keine Behandlungsdringlichkeit in diesem Sinne. Eine derart dringende Eilbedürftigkeit liegt bei der Klägerin nicht vor. In dem hier streitigen Zeitraum hat sie sich regelmäßig und in größeren zeitlichen Abständen von mehreren Tagen oder Wochen von Dr. M. behandeln lassen. Wie sich aus ihrem Vortrag, aber auch dem vom SG beigezogenen Gutachten von Dr. O. ergibt, sieht auch die Klägerin leichte, aber regelmäßige Verbesserungen ihres Gesundheitszustandes gegenüber der Zeit zu Beginn der angegebenen Beschwerden 1997/1998. Die Behandlung bei Dr. M. zielt daher nicht auf die Linderung akuter, erheblicher Beschwerden, sondern ist langfristig angelegt. Im Übrigen hätte Dr. M., wenn ein Notfall vorgelegen hätte, unmittelbar mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung abrechnen müssen und der Klägerin selbst keine Rechnungen über durchgeführte Notfallbehandlungen stellen dürfen (vgl. BSG, Urteil vom 18. Juli 2006 - [B 1 KR 9/05 R](#) - mwN; Beschluss vom 14. Dezember 2006 - [B 1 KR 114/06 B](#) -; beide veröffentlicht in juris). Im Übrigen wäre bei Vorliegen eines Notfalls allein die Notfallbehandlung als solche - also bis zur umgehenden Verlegung des Patienten zu einem zugelassenen Leistungserbringer - zulässig (vgl. BSG [SozR 4-2500 § 109 Nr. 6](#)).

ee) Die Klägerin kann sich schließlich auch nicht auf die Rechtsprechung des BVerfG zur Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung für neue Behandlungsmethoden in Fällen einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankung berufen ([BVerfGE 115, 25](#)). Das BSG hat die verfassungsgerichtlichen Vorgaben der Rechtsprechung des BVerfG näher konkretisiert (z.B. BSG [SozR 4-2500 § 27 Nrn. 8 und 12](#); [SozR 4-2500 § 31 Nr. 8](#)). Gerechtfertigt ist hiernach eine verfassungskonforme Auslegung der einschlägigen gesetzlichen Regelungen nur, wenn eine notstandsähnliche Situation im Sinne einer in einem gewissen Zeitdruck zum Ausdruck kommenden Problematik vorliegt, wie sie für einen zur Lebenserhaltung bestehenden akuten Behandlungsbedarf typisch ist. Das bedeutet, dass nach den konkreten Umständen des Falles bereits drohen muss, dass sich der voraussichtlich tödliche Krankheitsverlauf innerhalb eines kürzeren, überschaubaren Zeitraums mit großer Wahrscheinlichkeit verwirklichen wird. Ähnliches kann für den gleichzustellenden nicht kompensierbaren Verlust eines wichtigen Sinnesorgans oder einer herausgehobenen Körperfunktion gelten. Eine solche Situation bestand und besteht bei der Klägerin nicht.

c) Ein Kostenerstattungsanspruch außerhalb des [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) aus der Erwägung ersparter Aufwendungen heraus ([§§ 677 ff., 812 ff. des Bürgerlichen Gesetzbuchs - BGB](#)) steht der Klägerin ebenfalls nicht zu. Das BSG hat für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung in ständiger Rechtsprechung entschieden, dass die Grundsätze des Leistungserbringungsrechts einem auf den Gesichtspunkt der Geschäftsführung ohne Auftrag oder der ungerechtfertigten Bereicherung gestützten Anspruch gegen den Kostenträger entgegenstehen, wenn Leistungen an Versicherte erbracht werden, zu denen der Leistungserbringer nach diesen Grundsätzen nicht berechtigt ist (z. B. zum Leistungsrecht: [SozR 3-2500 § 13 Nr. 21](#); zum Vertragsarztrecht: [SozR 4-2500 § 39 Nr. 3](#)). Ihre Steuerungsaufgabe könnten die Regelungen über die Zulassung zur Leistungserbringung nicht erfüllen, wenn der Arzt oder der mit ihm zusammenarbeitende nichtärztliche Leistungserbringer die gesetz- oder vertragswidrig bewirkten Leistungen über einen Wertersatzanspruch aus ungerechtfertigter Bereicherung im Ergebnis dennoch vergütet bekäme. Nach der ständigen Rechtsprechung des BSG zum Vertragsarztrecht und zum Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung haben Bestimmungen, die die Vergütung ärztlicher oder sonstiger Leistungen von der Erfüllung bestimmter formaler oder inhaltlicher Voraussetzungen abhängig machen, innerhalb dieses Systems die Funktion, zu gewährleisten, dass sich die Leistungserbringung nach den für die vertragsärztliche Versorgung geltenden gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen vollzieht. Denn sonst würde die krankenversicherungsrechtliche Beschränkung auf bestimmte Formen der Leistungserbringung letztlich durch den Anspruch auf (teilweise) Kostenerstattung ohne Weiteres durchbrochen (BSG, Beschluss vom 26. Juli 2004 [B 1 KR 30/04 B](#) -, veröffentlicht in juris).

d) Für die Zukunft kann die Klägerin aus den gleichen Gründen keine Erstattung von Behandlungskosten verlangen. Ein Anspruch scheitert insoweit schon daran, dass Dr. M. nicht mehr zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist.

e) Ein Anspruch auf Erstattung der Kosten für die Fahrten zu den Behandlungen bei Dr. M. steht der Klägerin ebenfalls nicht zu.

Hiernach können Fahrkosten nur nach [§ 60 Abs. 1](#) und 2 SGB V erstattet werden. Allgemeine Voraussetzung ist nach Abs. 1 Satz 1, dass diese Kosten im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse stehen und aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind. Weiterhin setzt [§ 60 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) einschränkend voraus, dass der Versicherte eine stationäre Leistung erhält (Nr. 1), eine Rettungsfahrt zum Krankenhaus in Anspruch nimmt (Nr. 2), dass der Versicherte während der Fahrt einer fachlichen Betreuung oder der Einrichtung eines Krankenwagens bedarf (Nr. 3) oder bei Fahrten zu einer ambulanten Behandlung -, dass eine an sich gebotene voll- oder teilstationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder nicht durchführbar ist. Bei der Klägerin scheitert ein Anspruch schon daran, dass die geltend gemachten Fahrkosten nicht im Zusammenhang mit einer Leistung der Beklagten entstanden sind, sondern wegen einer privatärztlichen Behandlung, für die die Beklagte, wie ausgeführt, gerade nicht eintreten muss. Auch die Voraussetzungen des [§ 60 Abs. 2 SGB V](#) lagen nicht vor. Die Klägerin ist nicht stationär behandelt worden und hat für ihre Fahrten auch keinen Krankenwagen benutzt. [§ 60 Abs. 2 Nr. 4 SGB V](#) letztlich scheidet aus, weil die Behandlung durch Dr. M. nicht unmittelbar eine an sich gebotene stationäre Krankenhausbehandlung verhindert hat. Anhaltspunkte dafür, dass die Klägerin ohne die Behandlung durch Dr. M. akut einer stationären Behandlung bedürfte, liegen nicht vor.

3. Der Senat konnte wie geschehen in der Sache entscheiden. Eine weitere Beweiserhebung war nicht erforderlich. Den hilfsweise gestellten Anträgen der Klägerin auf weitere Beweiserhebung von Amts wegen aus dem Schriftsatz vom 10. Juni 2009 war nicht nachzukommen. Die beiden von der Klägerin unter Beweis gestellten Behauptungen, die Behandlung durch Dr. M. sei medizinisch notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich, und andere Ärzte mit entsprechender Qualifikation und vertragsärztlicher Zulassung ständen seit Januar 2002 nicht zur Verfügung, sind unerheblich. Selbst wenn sie zutreffen sollten, ergäbe sich kein Anspruch auf Kostenerstattung. Der Anspruch der Klägerin

auf Kostenerstattung scheitert daran, dass die Voraussetzungen des [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#), insbesondere das Kausalitätserfordernis zwischen dem Verhalten der Krankenkasse und den eigenen Aufwendungen des Versicherten, nicht erfüllt sind. Ein Anspruch bestände auch dann nicht, wenn es tatsächlich keine anderen geeigneten Behandler mit einer Zulassung als Vertragsarzt gäbe. Auch dann hätte die Klägerin durch das späte Einschalten der Beklagten und die Festlegung auf die Behandlung bei Dr. M. die Überprüfung der Diagnose und die Suche nach einer alternativen Behandlung, die vor Behandlungsbeginn möglich gewesen wäre, vereitelt.

4. Die Entscheidung über die Kosten beruht auf [§ 193 SGG](#). Gründe für eine Zulassung der Revision nach [§ 160 Abs. 2 SGG](#) lagen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2009-10-14