

L 11 KR 1799/09

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
11
1. Instanz
SG Mannheim (BWB)
Aktenzeichen
S 5 KR 3358/08
Datum
19.03.2009
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 11 KR 1799/09
Datum
20.07.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Mannheim vom 19. März 2009 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten auch des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Kostenerstattung eines Bioresonanzverfahrens (Cyber-Loop-Therapie) und einer Frequenztherapie in Höhe von insgesamt 11.660,33 EUR für den Zeitraum vom 27. September 2007 bis 7. Juli 2009 streitig.

Der 1990 geborene Kläger leidet bereits seit seinem vierten Lebensjahr an asthmatischen Beschwerden. Es wurde ein mittelgradig persistierendes gemischtförmiges Asthma bronchiale, eine milde atopische Dermatitis, eine mittelschwere perenniale allergische Rhinopathie sowie eine mittelschwere saisonale allergische Rhinokonjunktivitis diagnostiziert (Entlassungsbericht des Kinderarztes Dr. G. vom 3. August 2006). Aufgrund der gesundheitlichen Beschwerden nahm der Kläger in der Vergangenheit bereits an zahlreichen stationären Rehabilitations- bzw. Kurmaßnahmen teil, ua auf Norderney, in Davos und in O./Allgäu.

Am 27. September 2007 begann der Kläger bei Facharzt für Innere Medizin Dr. S. eine Bioresonanz- und Frequenztherapie. Die Eltern des Klägers schlossen für diesen mit Dr. S. unter dem 27. September 2007 eine Vereinbarung, wonach eine von der Verordnung nach § 2 Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abweichende Gebührenhöhe für ärztliche Leistungen festgelegt werde. Vereinbart wurde eine Gebühr für die Frequenztherapie in Höhe von 41,68 EUR (Faktor 1,3), eine Gebühr für "Cybernetischer Biofeedback-Test und Therapie" in Höhe von 241,31 EUR (Faktor 1,8) und "Cybernetische Biofeedback-Folgetherapie" in Höhe von 157,38 EUR (Faktor 1,8). Bis zum 7. Juli 2009 wurden die genannte Biofeedback- und die Frequenztherapie durchgeführt.

Am 9. April 2008 beantragte der Kläger die Kostenerstattung der Cyber-Loop- und Frequenztherapie. Die bisherige schulmedizinische Behandlung habe nicht den gewünschten Erfolg gebracht. Auch eine im Jahr 1996 durchgeführte Bioresonanzbehandlung sei damals nicht erfolgreich gewesen. Er habe deshalb wieder Cortison einnehmen müssen und sei insgesamt achtmal mit seiner Mutter zur Kur gewesen. Seit September 2007 seien die Cyber-Loop-Therapie wöchentlich einmal und die Frequenztherapie wöchentlich zweimal durchgeführt worden. Hierdurch habe sich sein Gesundheitszustand wesentlich verbessert. Seit Mitte Dezember 2007 sei er nicht mehr auf seine Medikamente angewiesen. Ein Lungenfunktionstest bei Dr. G. habe am 3. April 2008 eine normale Lungenfunktion ergeben. Der Kläger hat die Rechnungen des Dr. S. vom 23. Oktober und 4. Dezember 2007 sowie vom 18. Februar und 28. März 2008 vorgelegt (Bl 1 bis 4 der Verwaltungsakte) sowie weitere ärztliche Unterlagen, ua die fachärztliche Bescheinigung des Dr. S. vom 26. März 2008, wonach der Kläger seit dem 24. September 2007 in engmaschiger Behandlung sei und die durchgeführte Therapie bereits zu einem Teilerfolg geführt habe, da die Cortisonabgabe seit Mitte Dezember 2007 nicht mehr erforderlich sei. Die Beklagte holte daraufhin das Gutachten nach Aktenlage des Medizinischen Dienstes der Krankengversicherung (MDK) B., Dr. P., vom 17. April 2008 ein. Die Gutachterin legte dar, dass eine leitliniengerechte Asthmatherapie und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung ausreichend seien. Bei der Cyber-Loop- und Frequenztherapie handele es sich um nichts anderes als um eine Bioresonanztherapie. Gestützt hierauf lehnte die Beklagte den Antrag des Klägers mit Bescheid vom 22. April 2008 ab. Die vom Kläger begehrte Behandlungsmethode zähle nicht zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen. Es reiche nicht aus, dass eine Methode im Einzelfall geholfen habe. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) habe die bioenergetische Quantenbiofeedback-Therapie beurteilt und negativ bewertet. Aus diesem Grund sei eine Kostenübernahme ausgeschlossen. Ein Ermessensspielraum bestehe nicht.

Mit seinem hiergegen am 14. Mai 2008 erhobenen Widerspruch machte der Kläger geltend, die vom MDK vorgeschlagenen vertraglichen

Untersuchungs- und Behandlungsmethoden hätten in den letzten zehn Jahren zu keinem Erfolg geführt. Die Kosten für diese Behandlungen - einschließlich der Kuren - und Medikamente beliefen sich auf viele tausend Euro. Jetzt habe er eine Therapie gefunden, die Wirkung zeige. Auch die schulischen Leistungen hätten sich verbessert. Zur weiteren Begründung wurden zahlreiche Arztberichte beigelegt und eine Beschreibung der Cyber-Loop-Therapie von Dr. S ... Die Beklagte holte daraufhin die Gutachten nach Aktenlage des MDK B.-W., Dr. B., vom 9. und 18. Juli 2008 ein. Danach handle es sich bei der computerunterstützten Cyber-Loop- und Frequenztherapie letztlich um eine Bioresonanztherapie, deren Wirksamkeit weiterhin nicht nachgewiesen sei. Eine aktuelle Literaturrecherche habe ergeben, dass eine kleine Studie, die placebokontrolliert gewesen, aber nicht ordnungsgemäß verblindet gewesen sei, durchgeführt worden sei. Es bestehe daher keine neuartige Datenlage, die an der Entscheidung des G-BA Zweifel hervorrufen könnten. Es handle sich unverändert um eine pseudowissenschaftliche Methode, die zur Kostenübernahme nicht positiv bewertet werden könne. Auch liege eine akut lebensbedrohliche oder tödlich verlaufende Erkrankung nicht vor. Eine schwere irreversible Schädigung trete ohne Anwendung der beantragten Methode nicht ein. Vielmehr sei eine leitliniengerechte Asthma-Therapie sinnvoll und zweckmäßig. Der Widerspruchsausschuss der Beklagten wies den Widerspruch des Klägers zurück (Widerspruchsbescheid vom 24. September 2008). Der Gesetzgeber habe bestimmt, dass der Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) beschrieben sei. Leistungen, die nicht im EBM enthalten seien, dürften nur übernommen werden, wenn der G-BA eine entsprechende Empfehlung dafür abgegeben habe. Eine Ausnahme könne nur dann gelten, wenn ein sogenannter Systemmangel oder eine akut lebensbedrohliche Erkrankung vorliege. Bei der beantragten Leistung handle es sich jedoch um eine unkonventionelle Methode, für die der G-BA noch keine Empfehlung ausgesprochen habe. Kosten könnten daher grundsätzlich nicht übernommen werden. Auch der MDK habe die beantragte Leistung nicht befürwortet, da die von der Rechtsprechung vorgegebenen Kriterien nicht vorlägen. Der Kläger leide nämlich nicht an einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankung. Außerdem stehe eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Behandlung zur Verfügung. Hinzu komme, dass die Beklagte erst nach Durchführung der Behandlung informiert worden sei. Auch dies stehe einer Kostenerstattung entgegen.

Mit seiner dagegen am 13. Oktober 2008 beim Sozialgericht Mannheim (SG) erhobenen Klage hat der Kläger geltend gemacht, seit Durchführung der Biofeedback-Therapie gehe es ihm besser und seit Dezember 2007 brauche er kein Cortison mehr. Auch sei er nicht mehr auf ein Inhaliergerät angewiesen, sodass er deutlich an Lebensqualität gewonnen habe. Ebenso habe er keine Fehlzeiten mehr in der Schule.

Nachdem das SG den Rechtsstreit am 18. März 2009 mit den Beteiligten erörtert hatte, hat es die Klage mit Gerichtsbescheid vom 19. März 2009 abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, eine Kostenerstattung komme nicht in Betracht, da eine unaufschiebbare Leistung im Sinne des [§ 13 Abs 3 Satz 1](#) 1. Alternative Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) nicht vorgelegen habe. Denn der Kläger habe vor Beginn der streitigen Behandlung am 24. September 2007 diese Leistung ohne Weiteres als Sachleistung bei der Beklagten beantragen können. Auch ein Fall einer unrechtmäßigen Leistungsablehnung im Sinne des [§ 13 Abs 2 Satz 1](#) 2. Alternative SGB V liege nicht vor, da der Kläger vor der Inanspruchnahme der Leistungen die Entscheidung der Beklagten nicht eingeholt habe. Im Übrigen habe der Kläger die streitbefangene Behandlung ohnehin nicht beanspruchen können. Bei der bioenergetischen Quanten-Biofeedback-Therapie handle es sich um eine neue Untersuchungsmethode, da diese im EBM nicht genannt werde. Das hier streitige Behandlungsverfahren sei vom G-BA nicht nur nicht anerkannt, sondern ausdrücklich von der Kassenleistungspflicht ausgeschlossen worden.

Mit seiner dagegen am 20. April 2009 beim Landessozialgericht (LSG) eingelegten Berufung macht der Kläger geltend, man habe die Kosten der Biofeedback-Therapie zu Beginn der Behandlung deswegen nicht beantragt, weil man vom Arzt informiert worden sei, dass es sich nicht um eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung handle. Aufgrund seines damals schlechten Gesundheitszustandes sei die Behandlung jedoch ein "Strohalm" gewesen. Trotz insgesamt zehn Reha-Maßnahmen und ständiger medikamentöser Versorgung sei es in der Vergangenheit nicht gelungen, den Gesundheitszustand zu verbessern. Zwar habe der G-BA die Biofeedbackmethode als nicht wirksames Verfahren eingestuft. Auch die Kosten für Akupunktur und Naturheilkunde bzw Antroposophische Medizin seien vor einigen Jahren noch nicht bezahlt worden. Heute vertrauten jedoch viele Menschen darauf. Die finanziellen Mittel seien jetzt völlig aufgebraucht. Es stehe daher zu befürchten, dass die erfolgreiche Behandlung abgebrochen werden müsse. Die lebenslange Behandlung eines Asthmatikers sei vor diesem Hintergrund auf keinen Fall zweckmäßig und wirtschaftlich. Schließlich sei zu berücksichtigen, dass die Behandlung - trotz fehlender wissenschaftlicher bzw schulmedizinischer Studien - sehr gut gewirkt habe. Seit Januar 2008 habe er keine Medikamente mehr für die Behandlung des Asthmas verordnet bekommen, weil er sie nicht mehr benötige. Diesbezüglich hat der Kläger die Arzneimittel-Versicherteninformation der Beklagten vom 31. Mai 2009 vorgelegt. Des Weiteren hat er die Bescheinigung des Dr. S. vom 6. November 2009 vorgelegt, wonach im Zeitraum vom 27. September 2007 bis 7. Juli 2009 für alternative ärztliche Leistungen insgesamt 11.660,33 EUR berechnet worden seien. Die Rechnungen seien auch alle beglichen worden. In diesem Zusammenhang hat der Kläger mitgeteilt, die letzte Behandlung bei Dr. S. habe am 7. Juli 2009 stattgefunden und seitdem sei keine weitere Behandlung mehr notwendig gewesen. Des Weiteren hat der Kläger die Vereinbarungen zwischen Dr. S. und seinen Eltern vom 27. September 2007 und die von ihm selbst unterschriebene Vereinbarung für Sauerstoff-Ionentherapie vom 6. Juli 2009 vorgelegt.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Mannheim vom 19. März 2009 und den Bescheid der Beklagten vom 22. April 2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 24. September 2008 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, die ihm durch die Cyber-Loop- und Frequenztherapie im Zeitraum vom 27. September 2007 bis 7. Juli 2009 entstandenen privatärztlichen Kosten in Höhe von 11.660,33 EUR zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz sowie auf die von der Beklagten vorgelegte Verwaltungsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die nach den [§§ 143, 151 Abs 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist nach [§ 144 Abs 1 S 1 Nr 1 SGG](#) statthaft und zulässig, aber nicht begründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen, denn der Bescheid der Beklagten vom 22. April 2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 24. September 2008 ([§ 95 SGG](#)) ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Er hat keinen Anspruch auf Kostenerstattung im Hinblick auf die im streitigen Zeitraum durchgeführte Cyber-Loop- und Frequenztherapie.

Streitgegenständlich ist mittlerweile nur noch der Zeitraum vom 27. September 2007 bis 7. Juli 2009, nachdem der letzte Behandlungstermin bei Dr. S. am 7. Juli 2009 stattgefunden hat. Vorliegend macht der Kläger daher nur noch einen Anspruch auf Kostenerstattung und nicht mehr auf Kostenübernahme für die Zukunft geltend.

Der Kläger ist Mitglied der Beklagten. Nach [§ 27 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Nach [§ 13 Abs 1 SGB V](#) darf die Krankenkasse anstelle der Sach- oder Dienstleistung ([§ 2 Abs 2 SGB V](#)) Kosten nur erstatten, soweit es das SGB V oder das Neunte Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) - im vorliegenden Fall nicht einschlägig, weil keine Leistungen zur Teilhabe streitig sind - vorsieht.

Da der Kläger nicht nach [§ 13 Abs 2 SGB V](#) anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung gewählt hat, kommt als Anspruchsgrundlage für einen Kostenerstattungsanspruch nur [§ 13 Abs 3 Satz 1 SGB V](#) in Betracht. Nach [§ 13 Abs 3 Satz 1 SGB V](#) gilt: 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.

Eine unaufschiebbare Leistung im Sinne des [§ 13 Abs 3 Satz 1](#) 1. Alternative SGB V steht (unstreitig) nicht in Rede. 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 (vgl BSG [SozR 3-2500 § 13 Nr 22](#)). Dies kann hier nicht bejaht werden. Aus der fachärztlichen Bescheinigung des Dr. S. vom 26. März 2008 lassen sich keine Anhaltspunkte dafür entnehmen, dass es sich um eine unaufschiebbare Leistung gehandelt hat. Er gab in dieser Bescheinigung lediglich an, dass der Kläger wegen allergischem Asthma, Exercise Induced Asthma bronchiale, an einem hyperreagiblen Bronchialsystem, an Neurodermitis und an einer Infektabwehrschwäche leide. Diese Erkrankungen bestanden bei dem Kläger jedoch schon seit Jahren. Eine derartige Verschlechterung, dass keine Möglichkeit eines nennenswerten zeitlichen Aufschubs bis zur Entscheidung der Krankenkasse mehr bestand, ist nicht nachgewiesen. Vielmehr entnimmt der Senat dem Arztbrief des Dr. I. vom 29. März 2007 (Bl 11 der Verwaltungsakte), dass der Kläger im März 2007 neben den bereits bekannten Erkrankungen an einer akuten Sinusitis bei trockenem, anfallsartigem Husten litt. Dr. I. empfahl deshalb eine weitere Symbicorttherapie. Die Sinusitis sollte lediglich mit Olynth und Solespülungen behandelt werden. Aus diesen Gesamtumständen ergibt sich auch, dass erst recht kein Notfall im Sinne von [§ 76 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) vorlag, der zu einer Berechtigung des nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Dr. S. zur Behandlung als Sachleitung führen würde, was im Ergebnis dem geltend gemachten Kostenerstattungsanspruch aber entgegenzuhalten wäre (Urteil des Senats vom 24. März 2009, [L 11 KR 308/07](#); Beschluss des Senats vom 25. März 2009, [L 11 KR 5347/08](#); vgl auch BSG, Urteil vom 18. Juli 2006, [B 1 KR 24/05 R](#), [SozR 4-2500 § 13 Nr 9](#)).

Auch die Voraussetzungen des [§ 13 Abs 3 Satz 1](#) 2. Alternative SGB V sind nicht gegeben. Nach ständiger Rechtsprechung reicht der in Betracht kommende Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs 3 Satz 1](#) 2. Alternative 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 BSGE 79, 125 = [SozR 3-2500 § 13 Nr 11](#); BSGE 97, 190 = [SozR 4-2500 § 13 Nr 12](#); BSGE 98, 26 = [SozR 4-2500 § 27 Nr 12](#)). Ist das Tatbestandsmerkmal der rechtswidrigen Ablehnung der begehrten Leistung zu verneinen, bedarf es keiner Entscheidung, ob der Ausschluss der Leistung aus materiellen Gründen rechtswidrig oder auch verfassungswidrig ist.

Für den Zeitraum bis zum 22. April 2008, nämlich der Ablehnungsentscheidung der Beklagten, fehlt es an der Voraussetzung, dass dem Kläger dadurch Kosten entstanden sind, dass die Beklagte die Leistung abgelehnt hat. 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](#); BSGE 96, 161 = [SozR 4-2500 § 13 Nr 8](#); BSGE 98, 26 = [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 jetzt 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, um gegebenenfalls aufzuzeigen, welche Leistungen anstelle der begehrten in Betracht kommen.

Wenn der Versicherte hingegen mit seinem Antrag auf Kostenerstattung zugleich eine Kostenübernahme für die Zukunft geltend macht - wie vorliegend - so stellt bei laufenden Leistungen oder sich über einen längeren Zeitraum erstreckenden Behandlungen die ablehnende Entscheidung der Krankenkasse im Allgemeinen eine Zäsur dar, sodass die Kostenerstattung nur für diejenigen Leistungen ausgeschlossen ist, die bis zum Zeitpunkt der Entscheidung auf eigene Rechnung beschafft worden sind; für spätere Leistung kann der erforderliche Kausalzusammenhang hingegen bejaht werden (vgl BVerfG, Beschluss vom 19. März 2009 - [1 BvR 316/09](#) = [NZS 2009, 376](#); BSG [SozR 4-2500 § 13 Nr 10](#) mwN).

Vor diesem Hintergrund scheitert der Kostenanspruch des Klägers für die Behandlung im Zeitraum vom 27. September 2007 bis 22. April 2008 bereits an der fehlenden Kausalität der Entscheidung der Beklagten. Denn er hatte die Behandlung bei Dr. S. bereits am 27. September 2007 begonnen und den Kostenübernahmeantrag bei der Beklagten erst am 9. April 2008 gestellt. Für die Zeit danach, dh für den Zeitraum vom 23. April 2008 (Tag nach dem Ablehnungsscheid) bis 7. Juli 2009, kann der erforderliche Kausalzusammenhang hingegen bejaht werden, da es sich bei der Cyber-Loop- und Frequenztherapie um eine laufende Therapie, die sich über einen längeren Zeitraum erstreckte, gehandelt hat.

Der Anspruch des Klägers auf Kostenerstattung für die Zeit vom 23. April 2008 bis 7. Juli 2009 scheitert jedoch daran, dass ein Sachleistungsanspruch auf diese Behandlung nicht bestand und die Beklagte mithin die Kostenübernahme für diesen Zeitraum nicht zu Unrecht abgelehnt hat.

Der Anspruch eines Versicherten auf Behandlung nach [§ 27 Abs 1 Satz 2 Nr 1 SGB V](#) unterliegt den sich aus [§ 2 Abs 1](#) und [§ 12 Abs 1 SGB V](#) ergebenden Einschränkungen. Er erfasst folglich nur solche Leistungen, die zweckmäßig und wirtschaftlich sind und deren Qualität und Wirksamkeit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen. Dies ist bei neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung nach [§ 135 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) nur dann der Fall, wenn der G-BA 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](#) iVm [§ 135 Abs 1 SGB V](#) wird nämlich nach der ständigen Rechtsprechung 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 (vgl BSG [SozR 4 - 2500 § 27 Nr 12](#)). Ärztliche "Behandlungsmethode" im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind medizinische Vorgehensweisen, denen ein eigenes theoretisch-wissenschaftliches Konzept zugrunde liegt, das sie von anderen Therapieverfahren unterscheidet und das ihre systematische Anwendung in der Behandlung bestimmter Krankheiten rechtfertigen soll (BSG [SozR 3 - 2500 § 31 Nr 5](#)).

Darum geht es bei der von dem Kläger selbst beschafften Cyber-Loop-Therapie (vgl hierzu bereits ausführlich Senatsurteil vom 24. März 2009 - [L 11 KR 3564/08](#) = veröffentlicht in Juris). "Neu" ist eine Methode, wenn sie wie hier zum Zeitpunkt der Leistungserbringung nicht als abrechnungsfähige ärztliche Leistung im EBM enthalten ist (BSG [SozR 3 - 2500 § 135 Nr 4](#)). Als nicht vom G-BA empfohlene neue Methode ist die Cyber-Loop-Therapie mithin grundsätzlich kein Leistungsgegenstand der GKV. Dies ergibt sich schon daraus, dass das Verfahren der Bioresonanztherapie vom G-BA nach der Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung Anlage II, Nr 17 von der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen wurde (vgl Richtlinie des G-BA zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung [Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung] in der Fassung vom 17. Januar 2006, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2006, Nr 48 S 1523, in Kraft getreten am 1. April 2006 und zuletzt geändert am 18. März 2010, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2010, Nr 85 S 2074, in Kraft getreten am 12. Juni 2010). Die Therapie zählt daher unstreitig nicht zum Leistungskatalog der GKV.

Ein Ausnahmefall, in dem es keiner Empfehlung des G-BA bedarf, besteht im Falle des Klägers ebenfalls nicht, insbesondere liegen keine Anhaltspunkte für eine gebotene grundrechtsorientierte Auslegung vor (BVerfG [SozR 4 - 2500 § 27 Nr 5](#); BSG [SozR 4 - 2500 § 27 Nr 12](#)). Eine solche erfordert das Vorliegen einer lebensbedrohlichen Krankheit, das Fehlen einer anwendbaren Standardtherapie und das Bestehen von mehr als bloß ganz entfernt liegenden Aussichten auf eine spürbar positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf durch die streitige Therapie.

Es fehlt schon daran, dass die im Vordergrund des Klägers stehende Erkrankung (gemischtförmiges Asthma bronchiale) nicht mit einer lebensbedrohlichen Krankheit gleichgesetzt werden kann. Denn nach der Rechtsprechung ist mit dem Kriterium einer Krankheit, die mit einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankung in der Bewertung vergleichbar ist, eine strengere Voraussetzung umschrieben, als sie etwa mit dem Erfordernis einer "schwerwiegenden" Erkrankung für die Eröffnung des sogenannten Off-Label-Use (vgl BSG [SozR 3-2500 § 31 Nr 8](#)) formuliert ist. Versicherte der GKV haben danach Anspruch auf eine verfassungskonforme Leistungserweiterung nur wegen solcher Krankheiten, die in absehbarer Zeit zum Verlust des Lebens oder eines wichtigen Sinnesorgans oder einer herausgehobenen Körperfunktion führen (BSG, Beschluss vom 14. Mai 2007 - [B 1 KR 16/07 B](#) = veröffentlicht in Juris). Bei den von Dr. S. in seiner Bescheinigung vom 26. März 2008 mitgeteilten Erkrankungen (allergisches Asthma, Exercise Induced Asthma bronchiale, hyperreagibles Bronchialsystem, Neurodermitis und Infektabwehrschwäche) handelt es sich offensichtlich nicht um lebensbedrohliche Krankheiten im Sinne der Rechtsprechung des BSG und des BVerfG.

Des Weiteren steht aufgrund der Gutachten von Dr. P. (MDK-Gutachten vom 17. April 2008) und von Dr. B. (Gutachten vom 9. und 18. Juli 2008) fest, dass es konkrete Behandlungsalternativen gab. So bestand die Möglichkeit einer leitliniengerechten Asthma-Therapie nebst Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung. In diesem Zusammenhang ist auch darauf hinzuweisen, dass nicht ersichtlich ist, dass der Kläger Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung in Anspruch genommen hat.

Dessen ungeachtet kommt es nach der Rechtsprechung des BSG vom 17. November 2006 ([B 1 KR 24/06 R](#), [SozR 4-2500 § 27 Nr 12](#)) auf die Wirksamkeit bzw günstige Prognose im Einzelfall dann nicht mehr an, wenn - wie vorliegend - der G-BA für die streitige Therapie eine negative Bewertung abgegeben hat. Der Nachweis hinreichender Erfolgsaussichten der streitigen Therapie ist nämlich regelmäßig dann nicht mehr möglich, wenn der G-BA zu dem Ergebnis gelangt ist, dass nach dem maßgeblichen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse medizinische Notwendigkeit, diagnostischer oder therapeutischer Nutzen sowie Wirtschaftlichkeit nicht hinreichend gesichert sind und er eine negative Bewertung abgegeben hat. In diesem Falle steht fest, dass ein Wirksamkeitsnachweis der streitigen Methode nicht besteht. Dies wird im Übrigen auch durch die Auswertung der aktuellen medizinischen Literatur durch Dr. B. (MDK) im Gutachten vom 18. Juli 2008 bestätigt. Danach gibt es aktuell eine kleine Studie, die placebokontrolliert gewesen, aber nicht ordnungsgemäß verblindet war (vgl die von Dr. B. genannte Quelle: Nienhaus et al in Forschende Komplementärmedizin 2006). Es besteht daher keine neuartige Datenlage, die an der Entscheidung des G-BA Zweifel hervorrufen könnte.

Es ist deswegen unbeachtlich, dass sowohl der behandelnde Arzt als auch der Kläger selbst bestätigt haben, dass es zu einer deutlichen Besserung des Gesundheitszustandes unter der streitigen Therapie gekommen ist. Würde man diese Auffassung ungeprüft zugrunde legen, so würde man sich in unzulässiger Weise lediglich auf nicht schulmedizinische Erfahrungen bzw Beurteilungen stützen.

Ein Kostenerstattungsanspruch besteht schließlich auch nicht deshalb, weil die Beklagte dadurch, dass der Kläger Leistungen außerhalb des Leistungssystems der GKV in Anspruch genommen hat, vermeintlich Aufwendungen anderer Art (etwa Cortisonmedikamente etc) erspart hat. Denn sonst könnte die krankenversicherungsrechtliche Beschränkung auf bestimmte Formen der Leistungserbringung letztlich durch den Anspruch auf Kostenerstattung ohne Weiteres durchbrochen werden (BSG, Beschluss vom 26. Juli 2004 - [B 1 KR 30/04 B](#) = veröffentlicht in juris).

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

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2010-07-28