

L 11 KR 713/10

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
11
1. Instanz
SG Mannheim (BWB)
Aktenzeichen
S 11 KR 511/07
Datum
13.01.2010
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 11 KR 713/10
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Mannheim vom 13. Januar 2010 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten auch des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Kostenerstattung einer von der Klägerin privat durchgeführten Therapie nach individuellem Behandlungskonzept (Arzneimittel, Zahnbehandlung, Blutuntersuchungen, Bioresonanzbehandlung) zur Beseitigung der Folgen einer möglichen Schwermetall/Amalgamintoxikation in Höhe von insgesamt 4485,50 EUR streitig.

Die 1956 geborene Klägerin ist bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert. Ihren Angaben zufolge leidet sie seit 1998 an unspezifischen Beschwerden (ua Schwindelanfällen, Herzrasen, Schweißausbrüchen, Schmerzen am ganzen Körper etc), die sie auf eine Amalgamvergiftung zurückführt. Der Zahnarzt H. entfernte nach bioenergetischer Testung die Zähne 17, 45 und 47 bis September 2003, dann im Herbst 2004 die Zähne 26 und 27 (persistierende Zahnschmerzen), woraufhin sich die Beschwerden nach Angaben der Klägerin verstärkten.

Die Klägerin verklagte deswegen ihren Hausarzt Dr. K., bei dem sie von 1990 bis April 2003 in regelmäßiger Behandlung stand, auf die Zahlung von Schmerzensgeld in Höhe von 25.000 EUR sowie den Ersatz aller materieller und immaterieller Schäden aus fehlerhafter Behandlung. In dem daraufhin von der Bezirksärztekammer Nordbaden veranlassten Gutachten der Gutachterkommission und Schlichtungsstelle für Fragen ärztlicher Haftpflicht vom 7. Dezember 2005 (Az GNB 81/05) führte die Gutachterkommission aus, es gäbe für eine Quecksilbervergiftung und die Verursachung des Leidenszustandes durch eine solche nach Aktenlage keinen Beweis. Der Pharmakologe und Toxikologe Prof. Dr. Sch. stellte in seinem Gutachten im anschließenden Zivilrechtsstreit beim Landgericht Mosbach (Az [2 O 199/06](#)) fest, dass lediglich die psychische Erregbarkeit als Parameter auffällig gewesen wäre. Diese könne aber unterschiedlichste Ursachen haben und keineswegs als Leitsymptomatik einer akuten oder chronischen Quecksilbervergiftung dienen. Eine Quecksilberintoxikation sei eher unwahrscheinlich, sie könne nur durch entsprechende Blut- und Urinuntersuchungen nachgewiesen werden. Diese Analysen hätte die Klägerin nicht durchführen lassen. Die im Dezember 2004 durchgeführte Analyse ergebe keinen solchen Hinweis auf eine Vergiftung. Zugleich lägen keine Befunde vor, die auf eine extrem seltene allergische Reaktion gegenüber Amalgam hindeuteten, insbesondere keine Reaktion der Mundschleimhaut, wie sie in sehr seltenen Fällen in direkter Nachbarschaft zu Amalgamfüllungen auftreten könne. Die von der Klägerin geschilderten Symptome ließen daher eher den Schluss zu, dass eine entsprechende Intoxikation nicht vorgelegen habe. Gestützt hierauf hat das Landgericht Mosbach mit Urteil vom 13. November 2007 die Klage auf Schmerzensgeld und Feststellung der Ersatzpflicht von zukünftigen Schäden aus einer behaupteten ärztlichen Falschbehandlung durch Dr. K. zurückgewiesen. Der Rechtsstreit befindet sich in der Berufungsinstanz vor dem Oberlandesgericht Karlsruhe (Az: 7 U 263/07).

Die Klägerin ließ bei dem Nervenarzt Dr. B., T., am 29. August 2005 unter Berücksichtigung einer begleitenden testpsychologischen Untersuchung eine Diagnostik durchführen. Er führte aus: "Vom 5. bis zum 15. Lebensjahr regelmäßig begeisterte Schwimmbadgängerin. Das genügt alleine schon für lebenslange schwere immuntoxische Schäden." Er diagnostizierte eine chemische Überempfindlichkeit, Neuropathie, Leistungsstörungen in Teilbereichen nach langjähriger toxischer Belastung (Schwimmbad, Putzmittel, Amalgam und andere Zahnmaterialien). Der Verlauf sei noch relativ günstig, aber es sei sicherlich sinnvoll, sich jetzt auf das Wesentliche zu beschränken, nämlich Vermeidung von Auslösern. Die Angst davor, an Alzheimer zu erkranken, sei grundsätzlich begründet, aber bei den recht guten Leistungen und der geordneten Lebensführung sei nicht damit zu rechnen.

Am 23. Dezember 2005 wandte sich die Klägerin an die Beklagte unter Vorlage ihrer 2004 verfassten mehrseitigen Krankheitsgeschichte und beantragte unter Vorlage des Gutachtens von Dr. B. und Hinweis auf den Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 6. Dezember 2005, die Bereitstellung von Untersuchungen und Behandlungen außerhalb des Leistungskatalogs. Hierauf reagierte die Beklagte nicht.

Am 19. Mai 2006 beantragte die Klägerin die nachträgliche Kostenerstattung aller bisherigen Untersuchungen und Therapien, die sie in ihrer Notsituation selbst hätte bezahlen müssen. In der Zwischenzeit habe sie sich alle Zähne ziehen lassen müssen. Der Kiefer sei in einem äußerst schlechten Zustand. Schulmedizinische Untersuchungen hätte jahrelang keine richtigen Resultate erzielt, obwohl sie permanent unter Schmerzen gelitten habe. Ihre Amalgamvergiftung sei erst durch die Kinesiologie und Elektroakupunktur nach Voll offengelegt worden. Dem Antrag beigefügt waren Rechnungen und Rezepte für die durchgeführte Therapie (Arzneimittel, Zahnbehandlung, Blutuntersuchungen, Bioresonanzbehandlung, BI 60 V-Akte) über insgesamt 4485,50 EUR. Diese beliefen sich für die Therapien in der Zeit vom 20. Oktober 2003 bis 13. Februar 2006 auf Kosten von insgesamt 3.532,60 EUR; die Rezepte datierten vom 10. September 2004 bis 9. Januar 2006 und beliefen sich auf eine Gesamtkostenhöhe von 952,90 EUR.

Mit Bescheid vom 24. Juni 2006 lehnte die Beklagte die Kostenerstattung der eingereichten Privatrechnungen mit der Begründung ab, die neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gehörten nicht zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Denn der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) habe die beantragten Methoden entweder noch nicht beurteilt und bewertet oder als ausgeschlossene Methode bewertet (wie zB die PET).

Mit ihrem dagegen eingelegten Widerspruch machte die Klägerin geltend, herkömmliche Diagnoseverfahren hätten keinen eindeutigen Befund ergeben, während die von ihr selbst bezahlten Untersuchungen eine genetisch gestörte Entgiftungskapazität sowie neurologische Beschwerden belegt hätten. Die Besserung ihres Gesundheitszustandes habe sie allein den Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu verdanken, die nicht Bestandteil des Leistungskatalogs der GKV seien. Die angefallenen Kosten seien geringer als diejenigen, die anfallen würden, wenn sie sich nicht hätte präventiv behandeln lassen.

Mit Widerspruchsbescheid vom 16. Januar 2007 wies der Widerspruchsausschuss der Beklagten den Widerspruch mit der Begründung zurück, die gesetzlichen Krankenkassen dürften alle Leistungen, die im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgeführt seien, erbringen. Andere Leistungen dürften nur dann übernommen oder bezuschusst werden, wenn vom GBA eine Empfehlung dafür abgegeben worden sei. Dies sei bei den von der Klägerin durchgeführten Behandlungen nicht der Fall. Bei dem vorliegenden Krankheitsbild handle es sich auch nicht um eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankung. Die Klägerin habe die Krankenkasse erst nach Beginn der Behandlung informiert, so dass keine Möglichkeit bestanden habe, rechtzeitig über die maßgebende Rechtslage aufzuklären. Auch die angesprochene Kostenersparnis begründe keinen Anspruch, da eine Aufrechnung mit alternativ hypothetisch entstehenden Kosten im Sinne von ersparten Aufwendungen nicht möglich sei.

Mit ihrer dagegen am 9. Februar 2007 beim Sozialgericht Mannheim (SG) erhobenen Klage hat die Klägerin ihr Begehren unter Wiederholung und Vertiefung ihres bisherigen Vortrages weiter verfolgt. Sie leide seit 1998 an zahlreichen schwerwiegenden Gesundheitsstörungen, denen eine zahnprothetische Versorgung mit Amalgam vorausgegangen sei. Ihr Gesundheitszustand habe sich derart verschlechtert, dass sie teilweise nicht mehr in der Lage gewesen sei, ihren familiären Aufgaben und dem Haushalt nachzukommen. Die schulmedizinische Behandlung habe keinen Erfolg gebracht. Erst 2003 habe man dann die chronische Schwermetallvergiftung diagnostiziert. Im Oktober 2004 habe sie sich an die Beklagte wegen der Kostenübernahme für ein Gutachten zwecks genauer Abklärung der Krankheitsursache gewandt. Diese sei jedoch von der Beklagten abgelehnt worden. Sie sei deswegen davon ausgegangen, dass die Beklagte nicht bereit sei, für die anstehenden notwendigen Untersuchungs- und Behandlungsverfahren kassenärztliche Leistungen zur Verfügung zu stellen. Deswegen habe sie die streitgegenständlichen Untersuchungen und Behandlungen vorfinanziert. Die Beklagte hätte sie darauf hinweisen müssen, dass sie vor Einleitung einer Therapie einen Antrag stellen müsse. Ein Kostenerstattungsanspruch sei wegen des bestehenden Systemmangels gegeben. Denn eine Vergiftung mit hochtoxischen Substanzen wie Quecksilber, welches zu 50 % in Amalgamfüllungen enthalten sei, sei im Hinblick auf die Auswirkungen auf den Organismus nicht kalkulierbar.

Zur weiteren Aufklärung des Sachverhaltes hat das SG die behandelnden Ärzte als sachverständige Zeugen befragt.

Die Allgemeinmedizinerin Dr. Hö., bei der die Klägerin wegen einer berichteten Amalgam-Intoleranz seit 2003 in Behandlung steht, hat angeben, der Klägerin ginge es seit Entfernung der überkronten Zähne 2002 schlagartig besser. Sie hat über die Durchführung verschiedener Schmerztherapien berichtet, die jeweils Bestandteil der GKV seien. Darüber hinaus habe sie Ausleitungstherapien wie DMPS-Injektionen, Stärkung der Nieren- und Leberfunktion und Lymphwege sowie Bioresonanztherapien durchgeführt, die als individuelle Gesundheitsleistungen gelten würden. Unter der Therapie sei es jeweils zu einer Beschwerdelinderung gekommen. Der Zahnarzt H., der die Klägerin seit 2003 behandelt, hat die verschiedenen Krankheitssymptome der Klägerin nach Entfernung der Amalgamfüllungen beschrieben. Er habe daraufhin verschiedene Testverfahren veranlasst, die eine erhöhte Schwermetallkonzentration belegt hätten. Die Füllungen seien zunächst durch Kunststoff, dann durch Zement ausgetauscht worden, was aber keine Besserung erbracht hätte. Daraufhin seien bis März 2005 alle verbliebenen Zähne von einem kieferchirurgisch tätigen Kollegen entfernt, Ober- und Unterkiefer seien mit Totalprothesen versorgt worden. Erst nach Entfernung sämtlicher Zähne sei es zu einer deutlichen Linderung der Beschwerden gekommen. Der Zahnarzt Dr. Kr. hat über chirurgische Eingriffe 2004 bei Osteomyelitis im rechten Oberkiefer mit Schwermetalleinlagerungen berichtet, die Anlass zu einer Kiefersanierung gegeben hätten. Der Allgemeinarzt Dr. K. hat berichtet, dass die Symptome einer akuten oder chronischen Quecksilbervergiftung bei der Klägerin zu keinem Zeitpunkt beobachtet oder belegt hätten werden können. Ihre Laborwerte seien weitestgehend unauffällig gewesen, insbesondere was Blutbild und Niere betreffe. Auch eine Zahnfleischentzündung oder neurologische Veränderungen seien nie feststellbar gewesen. Die Krankheitsgeschichte habe nach den ihm vorliegenden Arztberichten weit vor dem Jahr 1998 begonnen und ihre Ursache in einer Überforderung der Klägerin insbesondere durch die Kindererziehung gehabt. Vorrangig hätte sie an psychosomatischen Beschwerden gelitten. Die von ihm durchgeführte Therapie sei nur symptomatisch und begrenzt erfolgreich gewesen, da die Klägerin fest von einer organischen Ursache ihrer Beschwerden überzeugt gewesen wäre. Dies betreffe auch die Therapieempfehlungen der Fachkollegen, die sowohl er wie auch die später befassten Ärzte immer wieder versucht hätten umzusetzen. Insbesondere habe sich die Klägerin nicht zu einer begleitenden und stützenden Psychotherapie entschließen können. Die Allgemeinmedizinerin Dr. Ko. hat über 2003 durchgeführte Behandlungen wegen Gesichtsschmerzen und Hypertonus berichtet. Dr. J., bei dem sich die Klägerin seit 1988 wegen rechtsseitiger Gesichtsschmerzen seit August 2002 in Behandlung befand, hat ausgeführt, eine eindeutige Diagnose sei nicht erstellbar gewesen. Daher habe man auch keine therapeutischen Maßnahmen durchführen können. Die

Zahnärztin Dr. L. hat berichtet, dass sie 2003 verschiedene nicht mehr vitale Zähne entfernt habe. Aufgrund der Kürze der Behandlungsdauer und des gestörten Vertrauensverhältnisses seitens der Klägerin könne sie nicht beurteilen, welche Faktoren für die geklagten Taubheitsgefühle, den Schwindel und die Schmerzen im Kiefer und Gesichtsbereich verantwortlich seien. Die Klägerin habe nach der Extraktion darüber berichtet, dass es zu einer deutlichen Besserung der Beschwerden gekommen sei. Lediglich die Kunststofffüllungen seien nicht im Leistungskatalog enthalten gewesen. Sie habe der Klägerin hierüber eine Rechnung in Höhe von 197,10 EUR gestellt.

Nach vorheriger Anhörung hat das SG die Klage mit Gerichtsbescheid vom 13. Januar 2010, der klägerischen Bevollmächtigten zugestellt am 18. Januar 2010, mit der Begründung abgewiesen, Anhaltspunkte für eine Notfallbehandlung bestünden nicht. Bei der Klägerin hätte lediglich eine Behandlungsnotwendigkeit aufgrund der attestierten und diagnostizierten Symptome bestanden, die nach ihren Angaben als unmittelbare Folge der Überkronung der Zähne im Jahre 1998 und Entfernung der Kronen im Jahr 2002 aufgetreten wären. Sie habe dann im Jahr 2003 die Therapie nach individuellem Behandlungskonzept eingeleitet, die auf mehrere Jahre angelegt sei. Daraus ergebe sich keine solche Dringlichkeit, die es unzumutbar gemacht hätte, sich vor Beginn der Therapie an die Beklagte zu wenden und den vorgesehene Beschaffungsweg einzuhalten. Die Ablehnung der Beklagten sei auch nicht kausal für die der Klägerin entstandenen Kosten gewesen. Denn die Klägerin habe 2005 die Beklagte nur davon in Kenntnis gesetzt, dass sie eine Behandlung beginnen wolle. Sie habe nicht eine Entscheidung der Beklagten abgewartet. Das wäre der Klägerin aber möglich gewesen, nachdem ihre Beschwerden bereits 1998 bzw 2002 begonnen hätten. Der Antrag vom 23. Dezember 2005 sei nicht auf eine konkrete Sachleistung gerichtet gewesen, deren Kostenerstattung nunmehr geltend gemacht werde. Deswegen hätte eine konkrete Prüfung des Begehrens durch die Beklagte überhaupt nicht erfolgen können. Auch sei der Antrag erst deutlich nach Beginn der Therapien und Behandlungen erfolgt. Er sei damit auch nicht geeignet, eine Kausalität zwischen ablehnender Entscheidung und Kostenlast herzustellen. Gleiches ergebe sich für die vorgetragene Anfrage im Oktober 2004, die die Klägerin aber nicht belegen könne. Ein sozialrechtlicher Herstellungsanspruch werde durch das Verhalten der Beklagten ebenfalls nicht begründet, zumal dieser in Fällen der Kostenerstattung nach höchstrichterlicher Rechtsprechung ausgeschlossen sei. Mangelnde Kenntnis vom Erfordernis einer Antragstellung sei auch in der Regel unbeachtlich. Denn die Klägerin hätte sich rechtzeitig entsprechende Kenntnis verschaffen können, indem sie sich über die Voraussetzungen der Kostenerstattung selbst beschaffter Leistungen hätte erkundigt. Dies folge bereits daraus, dass nahezu das gesamte Sozialversicherungsrecht durch das Erfordernis einer vorherigen Antragstellung geprägt sei und ein Wissen darüber den Versicherten abverlangt werden könne.

Mit ihrer dagegen am 11. Februar 2010 eingelegten Berufung macht die Klägerin geltend, sie sei aufgrund der im Oktober 2004 erteilten Auskunft davon ausgegangen, dass die Beklagte außervertraglich entstehende Untersuchungs- und Behandlungskosten nicht übernehmen werde. Auch habe sie nicht eine von vornherein festgelegte einheitliche Behandlung durchgeführt, so dass der übliche Kausalitätsgedanke nicht greifen könne. Sie habe sich aufgrund ihrer Schwermetallintoxikationen in einem Notfall befunden, da sie seit 1998 an unerträglichen gesundheitlichen Störungen gelitten habe. Die Beklagte hätte sie auch zur Konkretisierung ihres Antrages anhalten müssen. Schriftliche Honorarvereinbarungen habe sie nicht geschlossen. Dies könne ihr aber nicht entgegengehalten werden. Sie hat weitere privatärztliche Rechnungen über Untersuchungen und Behandlungen nach Bescheiddatum vorgelegt, mit denen die Beklagte bislang nicht befasst war.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Mannheim vom 13. Januar 2010 sowie den Bescheid der Beklagten vom 24. Juni 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16. Januar 2007 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, die ihr entstandenen Kosten in Höhe von insgesamt 4485,50 EUR zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie erachtet die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend.

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

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz sowie die von der Beklagten vorgelegten Verwaltungsakten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die nach den [§§ 143, 151 Abs 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung, über die der Senat im Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entschieden hat, 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 Bescheid der Beklagten vom 24. Juni 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16. Januar 2007 ([§ 95 SGG](#)) ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Sie hat keinen Anspruch auf Kostenerstattung in Höhe von 4485,50 EUR für die im streitigen Zeitraum durchgeführte private Therapie (Arzneimittel, Zahnbehandlung, Blutuntersuchungen, Bioresonanzbehandlung) nach individuellem Behandlungskonzept zur Beseitigung der Folgen einer möglichen Schwermetall/Amalgamintoxikation.

Die Klägerin ist familienversichertes 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 die Klägerin 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 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 den vom SG eingeholten sachverständigen Zeugenaussagen lassen sich keine Anhaltspunkte dafür entnehmen, dass es sich um eine unaufschiebbare Leistung gehandelt hat. An den von der Klägerin geschilderten Erkrankungen leidet sie schon seit Jahren, zumindest seit 1998, nach Dr. K. bereits davor. 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 der Dr. Hö., dass es bereits 2002 zu einer deutlichen Besserung gekommen ist und die Schmerzen teilweise schulmedizinisch mit Erfolg behandelt werden konnten. Die eingereichten Rechnungen und Rezepte datieren aber sämtlich nach diesem Datum. Selbst wenn man mit dem Zahnarzt H. erst nach Entfernung sämtlicher Zähne im Frühjahr 2005 von einer deutlichen Linderung der Beschwerden ausgeht, so ändert dies nichts an dieser Bewertung. Denn dann handelt es sich um eine auf viele Jahre angelegte Behandlung, während derer es immer wieder zu einer Besserung gekommen ist. Aus diesen Gesamtumständen ergibt sich, dass erst recht 2006 kein Notfall im Sinne von [§ 76 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) vorlag.

Auch die Voraussetzungen des [§ 13 Abs 3 Satz 1](#) 2. Alternative SGB V sind nicht erfüllt. 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 24. Juni 2006, nämlich der Ablehnungsentscheidung der Beklagten, fehlt es - wie das SG zutreffend ausgeführt hat - an der Voraussetzung, dass der Klägerin 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.

Dessen ungeachtet bestand ein Sachleistungsanspruch auf diese Behandlung nicht und die Beklagte hat mithin die Kostenübernahme für diesen Zeitraum nicht zu Unrecht abgelehnt.

Denn der Klägerin sind wirksam Kosten - soweit es um die ärztliche und zahnärztliche Behandlung geht - nicht entstanden. Nach der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 18. Juli 2006 - [B 1 KR 24/05 R](#) - und Urteil vom 18. Juli 2006 - [B 1 KR 9/05 R](#) -) sind Vereinbarungen, die vom Prinzip der kostenfreien Dienst- und Sachleistung außerhalb des Kostenerstattungsverfahrens nach [§ 13 Abs 2](#) oder 4 SGB V abweichen, regelmäßig nach [§ 32 SGB I](#) nichtig. Es widerspricht dem Sinn und Zweck der gesetzlichen Ausgestaltung des Naturalleistungsprinzips, das dahin geht, den Versicherten grundsätzlich kostenfreie Leistungen zu verschaffen, wenn diese hiervon abweichende Honorarvereinbarungen treffen könnten (so auch LSG Berlin-Brandenburg Urteil vom 09. Januar 2009, [L 1 KR 475/07](#)). Nach der Rechtsprechung des BSG, welcher der Senat aus eigener Überzeugung zustimmt, ist an Ausnahmen hiervon - also wirksamen privatrechtlichen Honorarvereinbarungen - allenfalls zu denken, wenn ein Versicherter vollständig über die Risiken aufgeklärt wurde und in dem Bewusstsein den Vertrag eingeht, dass er hier eine entsprechende Leistung gleicher Qualität auch ohne eigene Kosten bei einem zugelassenen behandelnden Vertragsarzt in Anspruch nehmen könnte (BSG, Urteil vom 18. Juli 2006 - [B 1 KR 24/05 R](#) - RdNr 27). Eine vertragliche Ausgestaltung unter dieser Prämisse trägt die Klägerin aber nicht vor. Die Verpflichtung zum Abschluss einer privatärztlichen/privatzahnärztlichen Honorarvereinbarung bei Leistungen außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung ergibt sich aus §§ 3 Abs 1 S 3 BMV-Ä, 4 Abs 5 b BMV-Z, der nach der Rechtsprechung des BSG, der sich der erkennende Senat angeschlossen hat, für den Leistungsanspruch des Versicherten verbindlich ist und ohne den eine wirksame Kostenverpflichtung nicht entstehen kann. Überdies muss die Abrechnung auch nach der GÖA erfolgen, was bei den von der Klägerin vorgelegten Rechnungen ebenfalls teilweise nicht der Fall ist (vgl bereits BSG [SozR 3-2500 § 13 Nr 4](#), [SozR 4-2500 § 116 b Nr 1](#)).

Soweit es um die vorgelegten Privatrezepte geht, so hat sich die Klägerin zwar Präparate auf eigene Kosten in einer Apotheke verschafft. Nach dem klaren Wortlaut des [§ 31 Abs 1 S 1 SGB V](#) ist aber Voraussetzung für einen Anspruch auf Arzneimittel, dass es um die Versorgung mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln geht. Der Umstand, dass die Präparate der Klägerin auf Privatrezept verordnet wurden, belegt, dass diese Voraussetzungen nicht vorliegen, entweder weil es sich nicht um Arzneimittel handelt oder weil diese nicht apothekenpflichtig sind.

Hinsichtlich der von Dr. Hö. durchgeführten Bioresonanztherapie fehlt es an der erforderlichen Empfehlung des GBA. Denn der Anspruch eines Versicherten auf Behandlung nach [§ 27 Abs 1 Satz 2 Nr 1 SGB V](#) unterliegt weiter 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 GBA 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](#)).

Dies ergibt sich hinsichtlich der von Dr. Hö. durchgeführten Bioresonanztherapie daraus, dass das Verfahren vom GBA nach der Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung Anlage II, Nr 17 von der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen wurde (vgl Richtlinie des GBA 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 (vgl auch Urteil des Senats vom 20. Juli 2010, [L 11 KR 1799/09](#))

Ein Ausnahmefall, in dem es keiner Empfehlung des GBA bedarf, besteht im Falle der Klägerin 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 stehenden Krankheitssymptome nicht mit einer lebensbedrohlichen Krankheit gleichgesetzt werden können. 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 mitgeteilten unspezifischen Beschwerden (ua Schwindelanfällen, Herzrasen, Schweißausbrüchen, Schmerzen am ganzen Körper etc) handelt es sich offensichtlich nicht um lebensbedrohliche Krankheiten im Sinne der Rechtsprechung des BSG und des BVerfG.

Insbesondere steht in Auswertung der in sich schlüssigen, die gesamte Krankheitsgeschichte der Klägerin berücksichtigenden Gutachten von Prof. Dr. Sch. ebenso wie dem der Gutachterkommission auch zur Überzeugung des Senats fest, dass die Klägerin nicht an einer Quecksilbervergiftung, sondern am ehesten an psychosomatischen Beschwerden leidet, für die es konkrete Behandlungsalternativen gab und gibt. Es ist nicht ersichtlich, dass sie Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung in Anspruch genommen hat. Selbst Dr. B. erwägt, die Beschwerden der Klägerin auf die Schwimmbadbesuche, aber auch den Gebrauch von Putzmitteln zurückzuführen.

Es ist weiter unbeachtlich, dass teilweise die behandelnden Ärzte als auch die Klägerin 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.

Soweit die Klägerin ihren Kostenerstattungsanspruch auf eine angebliche Falschberatung seitens der Beklagten oder ihrer Ärzte stützt, so begründet das ebenfalls nicht ihr Begehren. Nach der Rechtsprechung des BSG stellen sich die in [§ 13 Abs 3 SGB V](#) und [§ 15 Abs 1 SGB IX](#) geregelten Ansprüche auf Kostenerstattung als abschließende gesetzliche Regelung der auf dem Herstellungsgedanken beruhenden Kostenerstattungsansprüche im Krankenversicherungsrecht dar; für einen sozialrechtlichen Herstellungsanspruch ist daneben kein Raum (BSG, Urteil vom 02. November 2007 - [B 1 KR 14/07 R - SozR 4-2500 § 13 Nr 15](#)). Überdies begründen ärztliche Aufklärungsfehler keinen Kostenerstattungsanspruch, sondern schließen ihn aus.

Ein Kostenerstattungsanspruch besteht schließlich auch nicht deshalb, weil die Beklagte dadurch, dass die Klägerin Leistungen außerhalb des Leistungssystems der GKV in Anspruch genommen hat, vermeintlich Aufwendungen anderer Art 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

2010-10-07