

S 88 KR 1611/00

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
SG Berlin (BRB)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
88
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 88 KR 1611/00
Datum
06.07.2001
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 9 KR 741/01
Datum
13.09.2005
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum
-

Kategorie
Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 6. Juli 2001 geändert und die Klage in vollem Umfang abgewiesen. Die Anschlussberufung des Klägers wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten haben die Beteiligten einander für beide Instanzen nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Erstattung von Kosten für eine in der Zeit vom 25. April bis zum 5. Mai 2000 in B durchgeführte so genannte Komplexbehandlung.

Der 1985 geborene Kläger ist bei der Beklagten gegen Krankheit versichert. Er leidet an einer cerebralen Bewegungsstörung mit spastischer Tetraparese mit Athetosen sowie einem (gut eingestellten) cerebralen Anfallsleiden. Wegen dieser Leiden erhält er seit Jahren als Pflegebedürftiger der Pflegestufe III Leistungen der sozialen Pflegeversicherung sowie Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung u. a. in Form von Krankengymnastik, Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie. Darüber hinaus gewährte ihm die Beklagte in den Jahren 1997 und 1998 sowie für das Jahr 1999 Leistungen im Zusammenhang mit der Durchführung einer jeweils mehrwöchigen so genannten Komplexbehandlung in der Ambulanz in B. Diese Ambulanz, die keine stationären Betten unterhält, war bis zum 31. Mai 2000 in der Tklinik untergebracht und befindet sich seit dem 1. Juni 2000 in der Rklinik. Nach ihrer Behandlungskonzeption erbringt sie im Rahmen der von ihr angebotenen Komplexbehandlung je nach Indikation und Befund vor allem Leistungen der Manuellen Medizin, der Atlasterapie nach Arlen, des myofascialen Lösens nach Ward und Arbor, spezielle Massage- und Laufbandbehandlungen sowie Krankengymnastik auf neurophysiologischer Basis; daneben werden über sie "außer Haus und auf Rezept" Bewegungsübungen im Thermalbad angeboten. Über eine vertragsärztliche Zulassung/Ermächtigung verfügten die in der Ambulanz tätigen Ärzte im Jahre 2000 nicht.

Mit Schreiben vom 18. Oktober 1999 wandte sich der Kläger erneut an die Beklagte und beantragte, die Kosten für eine von ihm in B für die Zeit vom 25. April bis zum 5. Mai 2000 geplante neuerliche "ambulante Rehabilitationsmaßnahme" in der Ambulanz zu übernehmen; eine entsprechende Verordnung seiner behandelnden Ärztin könne er im II. Quartal 2000 nachreichen.

Diesen Antrag lehnte die Beklagte mit ihrem Bescheid vom 30. November 1999 nach Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankversicherung B e. V. (MDK) mit der Begründung ab: Die beantragte Maßnahme sei aus medizinischer Sicht nicht notwendig. Denn der Kläger könne am Wohnort in ausreichendem Maße ambulante therapeutische Maßnahmen in Anspruch nehmen.

Mit seinem hiergegen gerichteten Widerspruch überreichte der Kläger eine Auskunft des damaligen Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Manuelle Medizin Dr. T vom 14. Februar 2000 und machte geltend: Wie sich der überreichten Auskunft entnehmen lasse, werde in Berlin keine der Komplexbehandlung in B vergleichbare Therapie angeboten. Diese Therapie, bei der es sich um eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme handele, sei mit Rücksicht auf das bei ihm vorliegende komplexe Schädigungsbild medizinisch notwendig. Sie habe bei ihm bereits in der Vergangenheit zu beachtlichen Erfolgen geführt und müsse so lange jährlich wiederholt werden, wie Fortschritte noch erzielt werden könnten.

Nachdem der Kläger die beantragte Maßnahme in der vorgesehenen Zeit durchgeführt hatte, wies die Beklagte den Widerspruch nach erneuter Einschaltung des MDK mit ihrem Widerspruchsbescheid vom 6. Juni 2000 zurück. Zur Begründung vertiefte sie die bereits in ihrem Ausgangsbekleid dargelegten Gründe und führte ergänzend aus, dass die in Rede stehende Maßnahme mit der Atlasterapie und dem myofascialen Lösen verschiedene Komponenten enthalte, die nicht vom Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung erfasst würden.

Im Laufe des Klageverfahrens hat der Kläger u. a. den an seine behandelnde Ärztin in B gerichteten Therapiebericht der Ambulanz in B vom 20. Juli 2000 über die von ihm im Frühjahr 2000 durchgeführte ambulante Komplexbehandlung sowie die ihm für die Erbringung ärztlicher Leistungen nach den Bestimmungen der Gebührenordnung für Ärzte ausgestellte privat-ärztliche Rechnung der Ärzte der Ambulanz vom 18. Mai 2000 zu den Akten gereicht. Die Rechnung, die mit einer Gesamtsumme in Höhe von 1.998,10 DM (= 1.021,61 EUR) schließt, ist nach den einzelnen Behandlungstagen sowie den erbrachten Einzelleistungen gegliedert. Hierbei gehören zu den abgerechneten Leistungen neben Beratungs- und Untersuchungsleistungen vor allem chirotherapeutische Eingriffe, Manipulationen an verschiedenen Gelenken, Leistungen der Atlas-therapie nach Arlen, Leistungen des intensiven myofascialen Lösens, systematische sensomotorische Entwicklungs- und Übungsbehandlungen, Laufbandbehandlungen und Massagen.

Zur Begründung seiner Klage hat der Kläger sein bisheriges Vorbringen weiter vertieft und ergänzend vorgetragen: Dass Schwerpunkt der in Rede stehenden Maßnahme die Atlas-therapie nach Arlen gewesen sei, stehe seinem – nach Durchführung der Maßnahme nunmehr auf Kostenerstattung gerichteten – Begehren nicht entgegen. Denn der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (seit dem 1. Januar 2004 ersetzt durch den Gemeinsamen Bundesausschuss) habe die Atlas-therapie zwar 1994 als nicht verordnungsfähiges Heilmittel eingestuft. Diese Einstufung entfalte jedoch keine Bindungswirkung und sei darüber hinaus in zweierlei Hinsicht falsch. Zum einen habe der Bundesausschuss verkannt, dass es sich bei der Atlas-therapie nicht um ein Heilmittel, sondern um eine ärztliche Leistung handele. Zum anderen stelle die Atlas-therapie eine wissenschaftlich unumstrittene und dementsprechend vielfach praktizierte (ärztliche) Behandlungsmethode dar, deren diagnostischer und therapeutischer Nutzen durch den Bundesausschuss anerkannt werden müsse. Dass dies noch nicht geschehen sei, sei als Systemmangel anzusehen und dürfe nicht zu seinen Lasten gehen.

Das Sozialgericht hat eine Auskunft der den Kläger in B behandelnden Fachärztin für Innere Medizin Dr. K vom 5. November 2000 eingeholt, in der es u. a. heißt: Sie (die Ärztin) habe die in Rede stehende Behandlung in B seinerzeit ärztlicherseits empfohlen, weil die bis dahin in B ambulant durchgeführten Behandlungen nicht die erwarteten therapeutischen Erfolge nach sich gezogen hätten und eine Komplexbehandlung in einer Spezialklinik angeraten gewesen sei, um eine Verschlimmerung der körperlichen Behinderung zu verhindern. Zudem hätten die vorausgegangenen Behandlungen in B in den Jahren 1997 bis 1999 ausgesprochen positive Auswirkungen gezeitigt.

Des Weiteren hat das Sozialgericht eine Auskunft des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, Arbeitsausschuss "Ärztliche Behandlung", vom 13. Februar 2001 in das Verfahren eingeführt, die von dem Sozialgericht Berlin in dem parallel liegenden Rechtsstreit S 82 KR 1619/00 eingeholt worden ist. In dieser Auskunft wird u. a. ausgeführt, dass die von der Ambulanz angebotene Komplexbehandlung als eigenständige, in sich geschlossene Methode bislang nicht zum vertragsärztlichen Leistungskatalog gehöre und eine Beratung dieser Methode zur Zeit nicht vorgesehen sei.

Schließlich hat das Sozialgericht sich von der Beklagten Versorgungsverträge vorlegen lassen, die die Landesverbände der Krankenkassen und Verbände der Ersatzkassen mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen am 16. Februar 1998 mit der Tlinik – Rehabilitationsklinik GmbH – als Träger für die Tlinik sowie am 1. Dezember 1992 mit der Rklinik Akllinik nach [§ 111](#) des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V) abgeschlossen haben.

Durch Urteil vom 6. Juli 2001 hat das Sozialgericht sodann den Bescheid der Beklagten vom 30. November 1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 6. Juni 2000 aufgehoben und die Beklagte unter Abweisung der Klage im Übrigen verurteilt, den Antrag auf Kostenerstattung für aufgewendete Behandlungskosten vom 25. April bis zum 5. Mai 2000 in Höhe von 1.998,10 DM ermessensgerecht zu bescheiden. Zur Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt: Der Kläger habe nach [§ 13 Abs. 3](#) in Verbindung mit [§ 40 Abs. 1 SGB V](#) in der ab dem 1. Januar 2000 geltenden Fassung Anspruch darauf, dass die Beklagte über seinen Kostenerstattungsanspruch nach pflichtgemäßem Ermessen erneut entscheide. Bei dieser Entscheidung werde sie zu berücksichtigen haben, dass es sich bei der in Rede stehenden Maßnahme um eine ambulante Rehabilitationsleistung in einer wohnortnahen Einrichtung im Sinne des [§ 40 Abs. 1 SGB V](#) gehandelt habe, die im Fall des Klägers in medizinischer Hinsicht auch notwendig gewesen sei, um eine Verbesserung seiner Behinderung zu erreichen. Dass Bestandteil dieser Maßnahme die Atlas-therapie nach Arlen gewesen sei, werde die Beklagte dem Kläger bei ihrer Neubescheidung seines Antrages nicht entgegenhalten dürfen. Möglich werde es ihr demgegenüber sein zu überprüfen, ob tatsächlich alle Bestandteile der Therapie medizinisch notwendig gewesen seien. Lasse sich dies hinsichtlich einzelner Bestandteile nicht feststellen, könnten sie von der Erstattungspflicht ausgenommen werden.

Gegen dieses ihr am 1. August 2001 zugestellte Urteil richtet sich die am 30. August 2001 bei Gericht eingegangene Berufung der Beklagten. Zu ihrer Begründung trägt die Beklagte vor: Entgegen der Auffassung des Sozialgerichts lägen die Leistungsvoraussetzungen des [§ 40 Abs. 1 SGB V](#) in der ab dem 1. Januar 2000 maßgeblichen Fassung nicht vor. Denn abgesehen davon, dass die durchgeführte Therapie nicht in einer wohnortnahen Einrichtung erbracht worden sei, finde die genannte Vorschrift nur auf solche Therapien Anwendung, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung geleistet würden. Um eine derartige Therapie handele es sich bei der durchgeführten Komplexbehandlung indes nicht, weil sie nicht Gegenstand vertraglicher Regelungen mit der Rklinik (gewesen) sei. Hieraus folge, dass zwischen dem Kläger und der Klinik ein privater Behandlungsvertrag abgeschlossen worden sei, der ihre Leistungspflicht nicht tangiere. Zudem habe das Sozialgericht verkannt, dass hier ein einheitliches Therapiekonzept in Rede stehe, das in seiner Ganzheit beurteilt werden müsse und sich als unkonventionelle Methode darstelle. Für diese Methode, deren Wirksamkeit nicht feststehe, fehle es an einer Anerkennung durch den Bundesausschuss für Ärzte und Krankenkassen. Im Übrigen sei ihre Anwendung im Fall des Klägers auch nicht medizinisch notwendig gewesen, weil für ihn die ambulanten therapeutischen Maßnahmen am Wohnort ausgereicht hätten.

Nachdem der Kläger, dem das Urteil des Sozialgerichts ebenfalls am 1. August 2001 zugestellt worden ist, am 17. Dezember 2001 geltend gemacht hatte, er habe Anspruch darauf, dass die Beklagte ihm die Kosten für die durchgeführte Komplexbehandlung erstatte, beantragt die Beklagte,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 6. Juli 2001 zu ändern, die Klage in vollem Umfang abzuweisen und die Anschlussberufung des Klägers zurückzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung der Beklagten zurückzuweisen, das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 6. Juli 2001 zu ändern und die Beklagte zu verurteilen,

ihm die Kosten für die Zeit vom 25. April bis zum 5. Mai 2000 in B durchgeführte Komplexbehandlung in Höhe von 1.021,61 EUR zu erstatten.

Zur Begründung vertieft er sein bisheriges Vorbringen und überreicht zum Beleg seiner Angabem weitere Unterlagen über die von der Ambulanz in B angebotene Komplexbehandlung sowie weitere ihn betreffende Therapieberichte dieser Einrichtung über dort von ihm in früheren Jahren sowie im Jahre 2001 durchgeführte Maßnahmen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte, insbesondere die Schriftsätze der Beteiligten, sowie den Verwaltungsvorgang der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Beklagten ist zulässig und begründet. Zu Unrecht hat das Sozialgericht die Beklagte unter Aufhebung des angefochtenen Bescheides vom 30. November 1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 6. Juni 2000 dazu verurteilt, den Antrag des Klägers "ermessensgerecht zu bescheiden". Denn der vorgenannte Bescheid in der Gestalt des Widerspruchsbescheides ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten, weil ihm ein Anspruch auf Kostenerstattung nicht zusteht. Dementsprechend erweist sich die von ihm am 17. Dezember 2001 eingelegte (unselbstständige) Anschlussberufung, mit der er die Verurteilung der Beklagten zur Kostenerstattung begehrt, als unbegründet.

Als Anspruchsgrundlage für den streitigen Kostenerstattungsanspruch kommt im Fall des Klägers allein [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) in Betracht, und zwar in der vom 1. Januar 1993 bis zum 30. Juni 2001 maßgeblichen Fassung des Gesundheitsstrukturgesetzes vom 21. Dezember 1992, weil die in Rede stehende Maßnahme bereits im Frühjahr 2000 durchgeführt worden ist. Nach dieser Vorschrift hat die Krankenkasse einem Versicherten die Kosten für eine von ihm selbst beschaffte Leistung zu erstatten, wenn die Kosten dadurch entstanden sind, dass die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte (1. Alternative) oder sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat (2. Alternative). Diese Voraussetzungen liegen hier nicht vor, was unbeschadet einer genauen Zuordnung der durchgeführten Maßnahme zu einer bestimmten Leistungsart hinsichtlich der 1. Alternative des [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) schon deshalb anzunehmen ist, weil Anhaltspunkte dafür, dass eine Verweisung des Klägers auf den üblichen Beschaffungsweg mit nicht vertretbaren medizinischen Risiken verbunden gewesen wäre, nicht ersichtlich sind. Aber auch hinsichtlich der 2. Alternative des [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) sind die Voraussetzungen der Vorschrift nicht erfüllt, wobei dahinstehen kann, ob es sich – was insoweit allein in Betracht zu ziehen ist – bei der durchgeführten Maßnahme um eine ambulante Leistung zur medizinischen Rehabilitation im Sinne des [§ 40 Abs. 1 SGB V](#) in der seinerzeit maßgeblichen Fassung des GKV – Gesundheitsreformgesetzes 2000 vom 22. Dezember 1999 oder um eine Maßnahme der ambulanten Krankenbehandlung im Sinne des [§ 27 Abs. 1 SGB V](#) in der Fassung des Gesetzes über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, zur Änderung des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches und anderer Gesetze vom 16. Juni 1998 gehandelt hat.

Sollte es sich bei der durchgeführten Maßnahme – wie der Kläger gegenüber der Beklagten im Rahmen seines Antrages geltend gemacht hat – um eine ambulante Leistung zur medizinischen Rehabilitation im Sinn des [§ 40 Abs. 1 SGB V](#) gehandelt haben, scheidet der hier in Rede stehende Kostenerstattungsanspruch bereits daran, dass dem Kläger eine solche Leistung nicht gemäß [§ 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 7 SGB V](#) vertragsärztlich verordnet worden ist. Das Erfordernis einer vertragsärztlichen Verordnung ergibt sich hierbei vor dem Hintergrund, dass der Anspruch auf Kostenerstattung nach [§ 13 Abs. 1 SGB V](#) an die Stelle des Anspruchs auf die Sachleistung tritt, der seinerseits nur dadurch begründet werden kann, dass ein Vertragsarzt die in Rede stehende Leistung auf Kassenrezept verordnet und damit die Verantwortung für die Behandlung übernimmt. Denn [§ 40 Abs. 1 SGB V](#) begründet keinen unmittelbar durchsetzbaren Anspruch auf Versorgung mit ambulanten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation schlechthin, sondern lediglich ein ausfüllungsbedürftiges Rahmenrecht. Der Versicherte kann eine bestimmte Behandlung erst beanspruchen, wenn sie ihm in Konkretisierung des gesetzlichen Rahmenrechts vom Vertragsarzt unter Angabe der Diagnose, der Begründung der Indikation sowie der Beschreibung von Art und Umfang der geplanten Therapie als ärztliche Behandlungsmaßnahme verschrieben wird. Das ist in [§ 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 7 SGB V](#) dadurch klargestellt, dass die Verordnung von Behandlungen in Rehabilitationseinrichtungen zum Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung erklärt wird; nur in deren Rahmen sind die gesetzlichen Krankenkassen zur Versorgung ihrer Versicherten mit Leistungen verpflichtet (vgl. BSG SozR 3 – 2500 § 13 Nr. 13). Für den Kostenerstattungsanspruch nach der 2. Alternative des [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) gilt grundsätzlich nichts anderes. Denn das Recht zur Selbstbeschaffung reicht nur so weit, wie es zur Überwindung der den Anspruch begründenden Lücke in der Versorgung des Versicherten erforderlich ist (vgl. BSG ebenda). Wären dem Versicherten die Kosten auch ohne die Ablehnung der Krankenkasse entstanden, kann er nach der 2. Alternative des [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) keine Kostenerstattung beanspruchen. Da sich der Versicherte ohne vertragsärztliche Bestätigung der Notwendigkeit nicht zu Lasten der Krankenkasse in Rehabilitationseinrichtungen behandeln lassen kann, ist die vertragsärztliche Verordnung auch für den Kostenerstattungsanspruch unerlässlich.

An einer vertragsärztlichen Verordnung im Sinne des [§ 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 7 SGB V](#) fehlt es hier indes. Denn wie sich insbesondere der Auskunft der behandelnden Ärztin des Klägers Dr. K vom 5. November 2000 entnehmen lässt, hat sie die Maßnahme seinerzeit lediglich empfohlen, nicht jedoch vertragsärztlich verordnet.

Dass die Beklagte den Kläger nicht über die Notwendigkeit einer vertragsärztlichen Verordnung aufgeklärt hat, obwohl er bereits in seinem Antrag darauf hingewiesen hatte, er könne im 2. Quartal 2000 eine Verordnung nachreichen, führt im vorstehenden Zusammenhang zu keinem anderen Ergebnis. Insbesondere kann sich der Kläger insoweit nicht mit Erfolg auf das aus [§ 14](#) des Ersten Buches des Sozialgesetzbuches hergeleitete Rechtsinstitut des so genannten sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs berufen. Denn dieses Rechtsinstitut, das ein pflichtwidriges Verhalten eines zu einem bestimmten Verhalten verpflichteten Leistungsträger voraussetzt und dem von der Pflichtverletzung betroffenen Leistungsempfänger unter weiteren engen Voraussetzungen einen Anspruch auf Wiederherstellung des Zustandes einräumt, der bestehen würde, hätte der Leistungsträger fehlerfrei gehandelt, ist nur dann anwendbar, wenn die Folgen der Pflichtverletzung bei der Erfüllung der dem Leistungsträger obliegenden Aufgaben nach dem Sozialgesetzbuch im Gesetz weder speziell geregelt noch darin in anderer Weise, etwa durch Härtekláuseln, Wiedereinsetzungsregeln oder Fiktionen, konzeptionell mitbedacht sind. Hiernach kommt eine Anwendung des Rechtsinstitutes des sozialrechtlichen Herstellungsanspruches vorliegend nicht in Betracht, weil [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) eine spezielle und abschließende Regelung für den Bereich des Krankenversicherungsrechts enthält, die das vorgenannte Rechtsinstitut im Rahmen eines Verlangens nach Kostenerstattung verdrängt (vgl. BSG SozR 3 – 2500 § 13 Nr. 11; Urteile des

Landessozialgerichts Berlin vom 28. April 1999 und 20. August 2003 – L 9 KR 64/97 und [L 9 KR 573/01](#) –). Im Übrigen müsste hier ein tatsächliches Handeln eines Dritten, nämlich eines Vertragsarztes fingiert werden, worauf ein sozialrechtlicher Herstellungsanspruch nicht gerichtet werden kann.

Davon abgesehen scheiterte der auf die 2. Alternative des [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) gestützte Kostenerstattungsanspruch – sollte es sich bei der durchgeführten Maßnahme um eine ambulante Leistung zur medizinischen Rehabilitation im Sinne des [§ 40 Abs. 1 SGB V](#) gehandelt haben – im Fall des Klägers aber auch daran, dass die Entscheidung der Beklagten für die Entstehung der Kosten nicht ursächlich gewesen ist. Wie sich bereits aus dem Wortlaut des [§ 13 Abs. 3](#) 2. Alt. SGB V sowie dem Sinn und Zweck der Vorschrift ergibt, den jeweiligen Versicherten für den Fall des Versagens des Beschaffungssystems so zu stellen, als hätte er die an sich geschuldete Sachleistung erhalten, muss zwischen dem die Haftung der Krankenkasse begründenden Umstand der rechtswidrigen Ablehnung einer Leistung und dem in der Kostenlast liegenden Nachteil des Versicherten ein Kausalzusammenhang bestehen, ohne den ein Kostenerstattungsanspruch nicht an die Stelle eines Sachleistungsanspruchs treten kann. An diesem Kausalzusammenhang fehlt es, wenn die Kasse vor der Inanspruchnahme der Leistung mit dem Leistungsbegehren gar nicht befasst worden ist, obwohl dies möglich gewesen wäre, oder der Versicherte ihre Entscheidung nicht abgewartet hat. Letzteres ist hier der Fall. Dem Kläger kann in diesem Zusammenhang zwar nicht entgegen gehalten werden, dass er die Maßnahme vor Erlass des Ablehnungsbescheides vom 30. November 1999 durchgeführt hat. Entgegenzuhalten ist ihm jedoch, dass er zur Durchführung der Maßnahme schon im Oktober 1999 fest entschlossen gewesen ist, ohne dass die Entscheidung der Beklagten auf diesen Entschluss noch hätte Einfluss nehmen können. Dies ergibt sich aus dem Antrag selbst mit dem der Kläger den zeitlichen Rahmen, in dem die neuerliche "ambulante Rehabilitationsmaßnahme" in der Ambulanz durchgeführt werden sollte, bereits konkret benannt hat. Dieser Umstand bringt den erforderlichen Kausalzusammenhang zu Fall.

Angesichts der vorstehenden Ausführungen kann hier dahinstehen, ob und inwieweit mit der Ambulanz seinerzeit Verträge nach [§ 111 SGB V](#) bestanden haben und/oder ob diese Ambulanz jedenfalls vor dem Hintergrund als wohnortnahe Einrichtung im Sinne des [§ 40 Abs. 1 SGB V](#) angesehen werden kann, dass sich der Versicherte der Einrichtung für die Dauer der Maßnahme auf eigene Kosten nähert. Weiter bedarf keiner Entscheidung, ob die sonstigen Voraussetzungen des [§ 40 Abs. 1 SGB V](#) seinerzeit vorgelegen haben und ob die erbrachten Leistungen im Rehabilitationsbereich überhaupt vom Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung erfasst worden sind.

Sollte es sich hingegen bei der durchgeführten Maßnahme um eine solche der ambulanten Krankenbehandlung im Sinne des [§ 27 Abs. 1 SGB V](#) gehandelt haben, was mit Blick auf die Behandlungskonzeption der Ambulanz sowie die von ihr erstellte Rechnung vom 18. Mai 2000 näher liegen dürfte als eine Einstufung als ambulante Leistung zur medizinischen Rehabilitation, scheiterte der geltend gemachte Kostenerstattungsanspruch daran, dass die Beklagte die Leistung auch im Wege der Sachleistungsgewährung nicht hätte erbringen dürfen. Diese Leistung ist nämlich unabhängig davon, ob sie seinerzeit ausschließlich in der Ambulanz in B erhältlich gewesen ist und ob die sie erbringenden Ärzte Vertragsärzte gewesen sind, als außervertragliche Leistung anzusehende neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode zu bewerten. Wie die Beklagte in diesem Zusammenhang zutreffend ausgeführt hat, ist die Leistung hierbei als Einheit zu betrachten, weil nach der Behandlungskonzeption der Ambulanz gerade das Zusammenwirken der je nach Indikation und Befund zur Anwendung gebrachten verschiedenen Einzelkomponenten zu einem Therapieerfolg führen soll. Diese Leistung wurde und wird bis heute vom Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung nicht erfasst, was sich aus [§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) ergibt. Nach dieser Vorschrift dürfen nämlich neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen nur abgerechnet werden, wenn der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen 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 abgegeben hat. Die Bestimmung regelt ungeachtet ihres Standorts im 4. Kapitel des SGB V betreffend die Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern nicht nur die Modalitäten der Leistungserbringung, sondern legt für ihren Anwendungsbereich zugleich den Umfang der den Versicherten von den Krankenkassen geschuldeten Leistungen fest (vgl. BSG SozR 4 – 2500 § 135 Nr. 1).

Ob eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und damit dem in [§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) geforderten Versorgungsstandard entspricht, soll nach Wortlaut sowie nach Sinn und Zweck des Gesetzes nicht von Fall zu Fall durch die Krankenkasse oder das Gericht, sondern für die gesamte ambulante Versorgung ausschließlich durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen als sachkundigem Gremium entschieden werden, um so eine an objektiven Maßstäben orientierte und gleichmäßige Praxis der Leistungsgewährung zu erreichen. Dabei hat der Bundesausschuss nicht selbst über den medizinischen Nutzen der Methode zu urteilen. Seine Aufgabe ist es vielmehr, sich einen Überblick über die veröffentlichte Literatur und die Meinung der einschlägigen Fachkreise zu verschaffen und danach festzustellen, ob durch wissenschaftliche Studien hinreichend untermauerter Konsens über die Qualität und Wirksamkeit der in Rede stehenden Behandlungsweise besteht. Die Richtlinien des Bundesausschusses mit den darin enthaltenen Verfahrensordnungen tragen dieser Aufgabenstellung Rechnung, indem sie im Einzelnen darlegen, welche Unterlagen für die Überprüfung heranzuziehen sind, nach welchen Kriterien die Besserung zu erfolgen hat und welche Voraussetzungen für eine Anerkennung der Methode erfüllt sein müssen. Hierbei besteht die Besonderheit, dass das Gesetz eine Bindung der Verwaltung und der Gerichte an diese Richtlinien bewirkt, indem es anordnet, dass solche Methoden ohne Empfehlung in den Richtlinien nicht zu Lasten der Krankenversicherung angewandt werden dürfen; [§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) statuiert insoweit einen Erlaubnisvorbehalt (vgl. BSG ebenda).

Vor diesem Hintergrund ist eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode im Wege der Sachleistung nur dann von den Krankenkassen zu erbringen, wenn sich zu dem Zeitpunkt, zu dem die Leistung durchgeführt worden ist, der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen bereits im Rahmen einer Empfehlung zu der in Rede stehenden Untersuchungs- und Behandlungsmethode geäußert hatte.

An einer Empfehlung im vorgenannten Sinne fehlt es hier, wie der Bundesausschuss dem Sozialgericht Berlin in seiner in dem Rechtsstreit S 82 KR 1619/00 eingeholten und in das hiesige Verfahren eingeführten Auskunft vom 13. Februar 2001 mitgeteilt hat, die bis heute Gültigkeit beansprucht. Dass eine Empfehlung u. a. deshalb unterblieben ist, weil der Bundesausschuss nach [§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) lediglich auf Antrag einer Kassenärztlichen Bundesvereinigung, einer Kassenärztlichen Vereinigung oder eines Spitzenverbandes der Krankenkassen tätig werden darf und ein Prüfungsantrag bezüglich der in Rede stehenden Methode bis heute nicht gestellt worden ist, führt zu keinem anderen Ergebnis. Eine Leistungspflicht der Krankenkassen kann zwar unbeachtet des in [§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) statuierten Erlaubnisvorbehaltes ausnahmsweise dann bestehen, wenn die fehlende Anerkennung einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode darauf zurückzuführen ist, dass das Verfahren vor dem Bundesausschuss trotz Erfüllung der für die Überprüfung

notwendigen formalen und inhaltlichen Voraussetzungen nicht oder nicht zeitgerecht durchgeführt wird (so genanntes Systemversagen). Denn in diesem Fall ist davon auszugehen, dass die in [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) vorausgesetzte Aktualisierung der Richtlinien rechtswidrig unterblieben ist und deshalb die Möglichkeit bestehen muss, das Anwendungsverbot erforderlichenfalls auf andere Weise zu überwinden (vgl. BSG ebenda). Ein solcher Fall liegt hier jedoch nicht vor, wobei dahinstehen kann, ob ein überfälliger Antrag überhaupt zu einem Systemversagen führen kann, das dem Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen zuzurechnen ist. Denn ein Systemversagen lässt sich hier schon deshalb nicht feststellen, weil Anhaltspunkte dafür, dass ein Verfahren vor dem Bundesausschuss notwendig (gewesen) sein könnte, nicht bestehen. Insoweit ist nämlich zu berücksichtigen, dass die in Rede stehende Komplexbehandlung mit der Atlas-therapie nach Arlen eine wesentliche Komponente enthält, die der Bundesausschuss mit seinem am 25. September 2002 im Bundesanzeiger veröffentlichten und damit an diesem Tag in Kraft gesetzten Beschluss vom 21. Juni 2002 bereits ausdrücklich aus der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen hat (vgl. Anlage B Nr. 40 der Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß [§ 135 Abs. 1 SGB V](#)). Gehört aber eine wesentliche Komponente einer Behandlungsmethode nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung ist auch für die Anerkennung der Behandlungsmethode in ihrer Gesamtheit kein Raum.

Dass der Beschluss des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 21. Juni 2002 fehlerhaft sein könnte, ist entgegen der Auffassung des Klägers nicht ersichtlich. Insbesondere ist in diesem Zusammenhang unerheblich, dass sich der Bundesausschuss mit der Atlas-therapie nach Arlen zunächst nur unter dem Blickwinkel ihrer Verordnungsfähigkeit als Heilmittel befasst und diese Verordnungsfähigkeit bis heute verneint hat (vgl. Ziff. 16 der Anlage 2 zur Nr. 5 der Heilmittel- und Hilfsmittel-Richtlinien bzw. Buchstabe a) Nr. 8 der Anlage zu Nr. 32 der Heilmittel-Richtlinien). Denn wie bereits ausgeführt ist eine Befassung nunmehr auch im Hinblick auf ihren Charakter als ärztliche Leistung erfolgt. Da diese Befassung kein positives Ergebnis erbracht hat, kann für die Vergangenheit ein Systemversagen nicht festgestellt werden.

Dass die Entscheidung des Bundesausschusses, für die Atlas-therapie nach Arlen die erforderliche Empfehlung zu versagen, fehlerhaft sein könnte, ist nicht ersichtlich. Wie andere untergesetzliche Normen ist diese Entscheidung des Bundesausschusses von den Gerichten nur daraufhin zu überprüfen, ob sie mit höherrangigem Recht im Einklang steht. Da die Gerichte nicht dazu berufen sind, selbst zum therapeutischen Nutzen einer Methode Stellung zu nehmen, beschränkt sich die Überprüfung auf das Verfahren vor dem Bundesausschuss und die seiner Entscheidung zugrunde gelegten Maßstäbe (vgl. BSG SozR 3 - 2500 § 138 Nr. 2). Dies bezüglich bestehen indes keine durchgreifenden Bedenken, weil sich der Bundesausschuss bei seiner Entscheidung ausschließlich von den Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit der darin enthaltenen Verfahrensordnung hat leiten lassen, die ihrerseits klare und in rechtlicher Hinsicht unbedenkliche Vorgaben dazu enthalten, welche Unterlagen zur Überprüfung der medizinischen Methoden heranzuziehen und wie diese Unterlagen im Einzelnen zu klassifizieren und zu bewerten sind.

Davon abgesehen scheidet der auf [§ 13 Abs. 3 2. Alt. SGB V](#) gestützte Kostenerstattungsanspruch – sollte es sich bei der durchgeführten Maßnahme um eine solche der ambulanten Krankenbehandlung im Sinne des [§ 27 Abs. 1 SGB V](#) gehandelt haben – aber auch an der für diesen Fall gleichermaßen erforderlichen Kausalität zwischen der Leistungsablehnung und dem in der Kostenlast liegenden Nachteil des Versicherten. Insoweit kann auf die obigen Ausführungen zur ambulanten Leistung zur medizinischen Rehabilitation im Sinne des [§ 40 Abs. 1 SGB V](#) verwiesen werden, die im vorstehenden Zusammenhang entsprechend gelten.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) und folgt dem Ergebnis in der Hauptsache.

Die Revision ist nicht zugelassen worden, weil ein Grund hierfür nach [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGG](#) nicht vorliegt.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2007-03-06