

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: 1 RK 31/92

.....,

Klägerin und Revisionsklägerin,

Prozeßbevollmächtigter:,

g e g e n

Deutsche Angestellten-Krankenkasse,
Hamburg 1, Nagelsweg 27 - 35,

Beklagte und Revisionsbeklagte.

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündlichen Verhandlung vom 10. Februar 1993 durch den Präsidenten Prof. Dr. R e i t e r,
die Richterin Dr. W o l f f und den Richter K u m m e r sowie die ehrenamtlichen Richter H o e c h s t und D e k a r s k i für Recht erkannt:

Die Revision der Klägerin gegen das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 6. Februar 1992 wird zurückgewiesen.



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



Die Beteiligten haben einander außergerichtliche Kosten auch für das Revisionsverfahren nicht zu erstatten.



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

Gründe:

I

Streitig ist ein Anspruch auf Erstattung der Kosten einer privatärztlich erfolgten ambulanten Behandlung einschließlich verordneter Arzneimittel und Durchführung einer Psychotherapie durch einen Diplom-Psychologen.

Die Klägerin, die versicherungspflichtiges Mitglied der beklagten Ersatzkasse ist, leidet seit etwa 1987 an allergischem Asthma bronchiale. Nach Behandlung durch ihre Hausärztin, durch einen Lungenfacharzt und Allergologen sowie eine Ärztin für Naturheilverfahren ließ sich die Klägerin - nach einem vorangegangenen Informationsgespräch im März 1988 - in der Zeit vom 9. Mai bis 6. September 1988 im Institut für Umweltkrankheiten R. (IfU) und in der Gemeinschaftspraxis R. und Dr. W. in Emstal privatärztlich behandeln. Die Kosten für diese Behandlung einschließlich der verordneten Arzneimittel und einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie durch einen Diplom-Psychologen betrugen 5.149,29 DM.

Nach Abschluß der Behandlung reichte die Klägerin am 19. September 1988 einen entsprechenden Kostenerstattungsantrag bei der Beklagten ein, die erstmals zu diesem Zeitpunkt von der Behandlung Kenntnis erhielt. Der Antrag wurde mit der Begründung abgelehnt, daß das in der gesetzlichen Krankenversicherung geltende Sachleistungsprinzip die Möglichkeit einer Privatversorgung mit nachfolgender Kostenerstattung ausschließe, es sei denn, daß im Einzelfall eine andere Behandlungsmöglichkeit nicht zur Verfügung gestanden habe. Da die Klägerin sich erst nach Abschluß der Behandlung an die Kasse gewandt habe, habe diese keine Gelegenheit zur Erfüllung ihrer Auskunfts- und Beratungspflichten gehabt (Bescheid vom 24. November 1988). Widerspruch, Klage und Berufung der Klägerin hatten keinen Erfolg (Widerspruchsbescheid vom 28. März 1989; Urteil des Sozialgerichts <SG> Düsseldorf vom 11. April 1991 und Urteil des Landessozialgerichts <LSG> für das Land Nordrhein-Westfalen vom 6. Februar 1992). Das LSG hat im wesentlichen ausgeführt, der prinzipiell nur als Sachleistungsanspruch zustehende Anspruch habe sich nicht in einen Kostenerstattungsanspruch umgewandelt. Das sei, abgesehen von einer Notfallbehandlung, nur dann der Fall, wenn dem Versicherten zu Unrecht eine Sachleistung verweigert worden und er deshalb gezwungen gewesen sei, sich die notwendige Leistung selbst zu beschaffen. Diese Voraussetzungen seien hier nicht erfüllt. Die Klägerin habe sich vor der von langer Hand geplanten Behandlungsmaßnahme in Emstal nicht mit der Beklagten ins Benehmen gesetzt. Auch habe nicht von vornherein festgestanden, daß die Kasse die Leistung verweigern würde, so daß auch kein Fall vorliege, in dem die Rechtsprechung die vorherige Antragstellung bei der Krankenkasse für entbehrlich halte. Der möglicherweise noch weiter gehenden Auffassung in dem Urteil



des Bundessozialgerichts (BSG) vom 21. November 1991 (- 3 RK 17/90 -), wonach eine Kostenerstattung immer dann stattfindet, wenn sich im nachhinein ergebe, daß ein dem Versicherten an sich zustehender Sachleistungsanspruch im System der kassen- und vertragsärztlichen Versorgung nicht erfüllbar gewesen wäre, könne sich der Senat nicht anschließen.

Mit der vom LSG zugelassenen Revision rügt die Klägerin eine Verletzung der §§ 179, 182 Abs 1 Nr 1, 184, 368 Abs 2, 371 der Reichsversicherungsordnung (RVO) und des § 13 des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V). Das LSG sei von der Entscheidung des BSG vom 21. November 1991 (aaO) bewußt abgewichen, wonach ein Kostenerstattungsanspruch auch im vorliegenden Fall entstanden sei. Denn es habe - wie sich aus der vorprozessualen und prozessualen Entwicklung der Angelegenheit und auch aus den Stellungnahmen der Beklagten ergebe - von vornherein festgestanden, daß die Beklagte die Kosten der streitigen Behandlung nicht erstattet und sich an diesen Kosten auch nicht beteiligt hätte. Unter diesen Voraussetzungen habe statt des Sachleistungsanspruchs ein Kostenerstattungsanspruch bestanden, ohne daß sie, die Klägerin, vorher versucht haben müsse, eine entsprechende Beteiligung der Beklagten an den Kosten zu erreichen.

Die Klägerin beantragt (sinngemäß),

die Urteile des Sozialgerichts Düsseldorf vom 11. April 1991 und des Landessozialgerichts für das Land Nordrhein-Westfalen vom 6. Februar 1992 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 24. November 1988 idF des Widerspruchsbescheides vom 28. März 1989 zu verurteilen, ihr 5149,29 DM zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

II

Die Revision der Klägerin ist unbegründet. Die Vorinstanzen haben den geltend gemachten Kostenerstattungsanspruch zu Recht verneint.

Der mit der kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage (§ 54 Abs 4 des Sozialgerichtsgesetzes <SGG>) verfolgte Erstattungsanspruch betrifft eine Behandlung in der Zeit vom 9. Mai bis 6. September 1988, die abgeschlossen in der Vergangenheit liegt. Da sich der behauptete Kostenerstattungsanspruch spätestens mit Abschluß der Behandlung



realisiert hat, kommt es auf die Sach- und Rechtslage zu diesem Zeitpunkt an. Anzuwenden sind daher noch die Vorschriften der bis zum 31. Dezember 1988 in Geltung gewesenen RVO (so auch die Urteile des 3. Senats vom 21. November 1991 in SozR 3-2500 § 13 Nr 2 und § 12 Nr 2).

Nach § 182 Abs 1 Nr 1 RVO bzw den damit übereinstimmenden Leistungsbestimmungen der Beklagten hatte die Klägerin zwar dem Grunde nach einen Anspruch auf Krankenpflege, der sowohl die ärztliche Behandlung als auch die Versorgung mit Arzneimitteln sowie eine ärztlich angeordnete Verhaltenstherapie durch einen Diplom-Psychologen umfaßte. Der anstelle dieser Leistungen von der Klägerin geltend gemachte Anspruch auf Kostenerstattung scheitert jedoch bereits daran, daß sie sich die streitige Behandlung aufgrund eines privaten Behandlungsvertrages mit einem Nicht-Vertragsarzt selbst beschafft hat, ohne sich vorher mit ihrer Krankenkasse ins Benehmen zu setzen. Nach dem hier anzuwendenden Recht hatten die Versicherten gegen ihre Krankenkasse, soweit das Gesetz oder - zulässigerweise - die Satzung nicht ausdrücklich Ansprüche auf Geldleistungen vorsah, grundsätzlich keinen Anspruch auf Kostenerstattung für selbstbeschaffte Leistungen. Die gesetzliche Krankenversicherung wird nicht vom Kostenerstattungs-, sondern vom Sachleistungsprinzip geprägt mit der Folge, daß der für den Sachleistungsanspruch vorgesehene Weg der Realisierung von Leistungen, nämlich die Behandlung auf Krankenschein bei zugelassenen Kassen- bzw Vertragsärzten, von dem Versicherten im Regelfall einzuhalten ist (vgl zum Sachleistungsanspruch grundsätzlich das Urteil des erkennenden Senats vom 7. August 1991, BSGE 69, 170 = SozR 3-2200 § 321 Nr 1). Von dem für die gesetzliche Krankenversicherung konstitutiven Sachleistungsprinzip (vgl jetzt § 2 Abs 2 SGB V) sind allerdings einige Ausnahmen zugelassen worden. So durfte der Versicherte - abgesehen von Notfallbehandlungen - Kostenerstattung in Anspruch nehmen, wenn ihm von der Krankenkasse zu Unrecht eine Sachleistung verweigert worden und er deshalb gezwungen gewesen ist, sich die notwendige Leistung selbst zu beschaffen (vgl bereits das Urteil vom 20. Oktober 1972, BSGE 35, 10, 14 = SozR Nr 7 zu § 368d RVO; Urteile des 8. Senats vom 14. Dezember 1982, SozR 2200 § 182 Nr 86 und vom 13. Mai 1982, BSGE 53, 273, 276 f = SozR 2200 § 182 Nr 82; Urteile des 3. Senats vom 23. März 1988, BSGE 63, 102, 103 = SozR 2200 § 368e Nr 11 und vom 21. November 1991, SozR 3-2500 § 13 Nr 2). Diese Rechtsprechung hat der Gesetzgeber inzwischen durch § 13 Abs 2 SGB V in Gesetzesrang erhoben (so auch Hess in KassKomm, § 13 SGB V RdNr 6). Dabei hat die bisherige, zur RVO ergangene Rechtsprechung richtigerweise vorausgesetzt, daß der Versicherte zumindest versucht haben muß, die Möglichkeiten auszuschöpfen, die die von der Krankenkasse bereitgestellte Versorgung bietet. Häufig kann der Versicherte vorab nicht erkennen, ob die erstrebte Behandlung überhaupt von der Krankenkasse zu erbringen ist und ob sie von zugelassenen Kassen- oder Vertragsärzten bereitgestellt wird oder ob insoweit eine sog Versorgungslücke besteht, zB eine bestimmte Behandlungsmethode innerhalb des Systems nicht oder nicht in



zumutbarer Entfernung angeboten wird. Deshalb ist der Versicherte vor Inanspruchnahme einer Leistung außerhalb des Systems grundsätzlich gehalten, sich zunächst an seine Krankenkasse zu wenden, um sich mindestens über die bestehenden - oder auch nicht bestehenden - Möglichkeiten der kassenärztlichen Behandlung beraten zu lassen bzw die entsprechende Leistung zu beantragen (vgl dazu BSG SozR 2200 § 182 Nr 86 S 178f). Dieses Verfahrenserfordernis, das offensichtlich auch dem neuen § 13 Abs 2 SGB V zugrunde liegt, ergibt sich unmittelbar aus dem Sachleistungsprinzip: Der Versicherte muß, bevor er sich eine Leistung außerhalb des kassen- bzw vertragsärztlichen Versorgungssystems beschafft, der Krankenkasse die Prüfung ermöglichen, ob die - auf Kosten der Krankenkasse beanspruchte - Leistung überhaupt vom Sachleistungsanspruch des Versicherten umfaßt ist, insbesondere geeignet, ausreichend und zweckmäßig ist und das Maß des Notwendigen nicht überschreitet (§ 182 Abs 2 RVO) und welche Möglichkeiten der Realisierung des Anspruchs das bereitstehende Versorgungssystem bietet. Er darf der Entscheidung der Krankenkasse nicht dadurch vorgreifen, daß er die erstrebte Behandlung bei einem Nichtkassenarzt durchführen läßt und die genannte Prüfung in das Verfahren der Kostenerstattung verlagert. Dies dient zugleich dem Schutz des Versicherten; es entlastet ihn von dem Risiko, daß er bei einer nicht auf dem Sachleistungsweg beschafften Leistung die Kosten selbst zu tragen hat, wenn ein kostenerstattungspflichtiger Ausnahmefallbestand nicht vorliegt. Das genannte verfahrensrechtliche Erfordernis soll allerdings dann entfallen, wenn von vornherein feststeht, daß die erstrebte Sachleistung verweigert worden wäre. Es wäre eine unnötige und sachwidrige Erschwerung, wollte man einem Versicherten, der notwendiger Krankenpflege bedarf, zumuten, sich um diese Leistung bei der Kasse zu bemühen, wenn dieses Bemühen nach den Umständen des Falles keinerlei Aussicht auf Erfolg hat (BSG SozR 2200 § 182 Nr 86).

Ob hieran angesichts des engeren Wortlauts des § 13 Abs 2 SGB V für das neue Recht festzuhalten ist, bedarf hier keiner Entscheidung. Auch wenn die genannte Rechtsprechung jedenfalls für die bis 31. Dezember 1988 entstandenen Ansprüche weiterhin zu berücksichtigen wäre, könnte sie einen Kostenerstattungsanspruch der Klägerin nicht begründen. Das LSG ist ohne Rechtsfehler davon ausgegangen, daß ein Ausnahmefall der vorgenannten Art nicht vorliegt. Es hat festgestellt, die Beklagte habe stets ihre Bereitschaft bekundet, der Klägerin alle für die Erzielung des Heilerfolgs erforderlichen Leistungen zu erbringen, und habe hiervon auch sog nicht-schulmedizinische Behandlungen nicht ausgenommen, sondern ausdrücklich erklärt, auch diese zu gewähren, wenn andere Behandlungsmöglichkeiten nicht zur Verfügung stünden. In Übereinstimmung mit diesen Erklärungen habe die Beklagte bislang nicht nur die Kosten der herkömmlichen Behandlungen der Klägerin getragen, sondern sich - zuletzt 1987 - auch an den Kosten einer Behandlung, die von einer Ärztin für Naturheilverfahren nach anderen als schulmedizinischen Gesichtspunkten durchgeführt worden sei, nicht unwesentlich beteiligt. Jedenfalls habe die Beklagte zu



keiner Zeit etwas geäußert oder getan, was der Klägerin im Frühjahr 1988, als sie sich zur privatärztlichen Behandlung in der Praxis R. /Dr. W. nach Emstal begeben habe, berechtigten Anlaß zu der Annahme hätte geben können, die Beklagte werde ihr eine Leistung der dort vorgesehenen oder ähnlichen Art (vornehmlich Desensibilisierung mit Spritzung von Allergenen, Umstellung der Ernährung und psychologische Diagnose und Beratung) ohnehin verweigern.

Diese Feststellungen sind nicht mit zulässigen und begründeten Revisionsrügen angegriffen worden. Die Klägerin hat sich insoweit nur auf die Behauptung beschränkt, es habe nach den vorprozessualen und prozessualen Äußerungen der Beklagten von vornherein festgestanden, daß sie die Kosten der streitigen Behandlung nicht erstattet hätte, und hat sich im übrigen nur pauschal auf die in den Vorinstanzen gestellten "Beweisantritte" sowie auf frühere Schriftsätze bezogen, ohne einen Verfahrensmangel zu begründen bzw die Tatsachen zu bezeichnen, die den angeblichen Mangel ergeben. Diese Tatsachen müssen aber nach § 164 Abs 2 Satz 3 SGG in der Revisionsbegründung selbst so genau bezeichnet werden, daß sie - die Richtigkeit der Behauptung unterstellt - ohne weitere Ermittlungen beurteilt werden können; die Begründung kann nicht durch Verweisung auf andere Schriftsätze ersetzt werden, auch wenn diese im einzelnen bezeichnet sind (Meyer-Ladewig, Komm zum SGG, 4. Aufl, § 164 RdNr 9a mwN und RdNr 12).

Nach den mithin für den Senat bindenden Feststellungen des LSG (§ 163 SGG) war ein "Antrag" der Klägerin bzw eine Rückfrage bei der Beklagten nach vergleichbaren Behandlungsmöglichkeiten durch einen Vertragsarzt nicht deshalb entbehrlich, weil die Aussichtslosigkeit ihres Begehrens von vornherein festgestanden hätte. Aus dem späteren Verhalten der Beklagten, insbesondere der Ablehnung der Kostenerstattung, kann entgegen der Auffassung der Revision hingegen nicht geschlossen werden, daß der Antrag zu dem Zeitpunkt, zu dem er hätte gestellt werden müssen, erfolglos gewesen wäre. Die Klägerin hat zu diesem Zeitpunkt nichts unternommen, um die Hilfe eines speziellen Kassenarztes zur Durchführung der erstrebten Desensibilisierungen zu erlangen. Sie hat vielmehr aus freien Stücken einen Nicht-Vertragsarzt in der Hoffnung eines besseren Heilerfolges aufgesucht, ohne auch nur einen Versuch gemacht zu haben, eine entsprechende Leistung auf dem vorgesehenen Sachleistungsweg zu erhalten. Ein solches Vorgehen begründet keinen Ausnahmefall, in dem die Rechtsprechung eine Umwandlung des Sachleistungsanspruchs in einen Kostenerstattungsanspruch zuläßt.

Etwas anderes kann die Klägerin auch nicht aus dem Urteil des 3. Senats des BSG vom 21. November 1991 (- 3 RK 17/90 - = SozR 3-2500 § 13 Nr 2) herleiten. Dort ist der 3. Senat der Rechtsansicht der Vorinstanz entgegengetreten, daß schon die private Inanspruchnahme der Leistung als solche eine Kostenerstattung generell ausschließe, und hat auf die neuere Rechtsprechung zur Umwandlung des Sachleistungs- in einen



Kostenerstattungsanspruch hingewiesen, die nicht beachtet worden sei. Daß dabei der 3. Senat über die bisherige Rechtsprechung hätte hinausgehen wollen, ist nicht ersichtlich. Dort heißt es - unter Bezugnahme auf BSG SozR 2200 § 182 Nr 86 - zwar, es sei nicht unbedingt maßgeblich, daß eine tatsächliche Ablehnung der Sachleistung durch die Krankenkasse erfolgt sei oder der Versicherte der Krankenkasse vor der Behandlung mitgeteilt habe, daß er eine solche beabsichtige; es komme vielmehr auch auf die sonstigen Gründe an, die den Versicherten gezwungen hätten, sich die Leistung außerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung zu verschaffen. Dabei war im wesentlichen an Gründe gedacht, die (auch) im Verantwortungsbereich der Krankenkasse liegen: Eine Kostenerstattung kommt auch dann in Betracht, wenn der Versicherte aufgrund unzureichender Beratung oder Aufklärung durch die Krankenkasse (§§ 13, 14 des Ersten Buches des Sozialgesetzbuches <SGB I>; vgl BSG SozR 2200 § 182 Nr 57 S 107 und Nr 82 S 164) oder aufgrund sonstiger unvermeidbarer Umstände gezwungen war, sich die Leistung selbst zu beschaffen, zB auch dann, wenn die Krankenkasse eine falsche Vorstellung des Berechtigten vom Umfang ihres Sachleistungsangebots nicht widerlegt hat (vgl BSGE 65, 56, 58 = SozR 3100 § 18 Nr 11) oder wenn eine dringend notwendige Behandlung von der Krankenkasse verzögert worden ist (BSGE 19, 270, 272).

Sollte der 3. Senat darüber hinaus der Ansicht gewesen sein, daß eine Kostenerstattung immer dann stattfindet, wenn sich im nachhinein ergibt, daß ein dem Versicherten an sich zustehender Sachleistungsanspruch im System der kassen- und vertragsärztlichen Versorgung nicht erfüllbar gewesen wäre, könnte der erkennende Senat, der nunmehr anstelle des 3. Senats für das krankenversicherungsrechtliche Leistungsrecht zuständig ist, dem nicht folgen und würde diese Rechtsprechung, jedenfalls soweit sie das hier noch anzuwendende Recht der RVO betrifft, aufgeben. Eine derartige Weiterung der Kostenerstattungspflicht der Krankenkassen läßt sich insbesondere auch nicht der früheren Rechtsprechung des BSG entnehmen, auf die der 3. Senat in seiner Entscheidung vom 21. November 1991 (aaO) Bezug genommen hat (vgl BSGE 35, 10, 15; 34, 172, 174). Dort ist im Zusammenhang mit einem Mangel im kassenärztlichen System eine Kostenübernahme, notfalls eine Kostenerstattung, dann in Betracht gezogen worden, wenn die geschuldete Sachleistung durch die Krankenkasse nicht zu erlangen war, wenn also die Inanspruchnahme des Privatarztes "letztes und einziges Mittel" war, um den Leistungsanspruch zu realisieren. Auch das setzt aber im Regelfall mindestens den Versuch des Versicherten voraus, die Leistung über seine Krankenkasse zu erlangen, es sei denn, es läge einer der - bereits genannten - Gründe vor, die einen solchen Versuch ausnahmsweise als entbehrlich erscheinen lassen.

Eine grundsätzlich andere Beurteilung läßt sich auch nicht für den Problemkreis der sog unkonventionellen Behandlungsmethoden (Außenseitermethoden) rechtfertigen, deren generelle Wirksamkeit (noch) nicht gesichert ist und die in der kassen- bzw



vertragsärztlichen Versorgung (noch) nicht angewendet werden. Auch wenn in Sonderfällen ein Anspruch auf eine solche Behandlung bejaht worden ist, wenn die Genese der Krankheit unbekannt war, anerkannte Behandlungsmethoden fehlten und die gewählte Behandlung im Einzelfall zu einem Behandlungserfolg geführt oder ein solcher wissenschaftlich zumindest eine gute Möglichkeit hatte (vgl zB BSGE 64, 255, 257 f = SozR 2200 § 182 Nr 114; BSGE 63, 102, 103 = SozR 2200 § 368e Nr 11; SozR 3-2200 § 182 Nr 11, jeweils mwN), rechtfertigt dies - jedenfalls nach dem Recht der RVO - grundsätzlich keine weitere Ausnahme vom Sachleistungsprinzip, etwa durch generelle Zuordnung zu den Fällen einer "unaufschiebbaren" Behandlung oder eines Mangels im Versorgungssystem, für den die Krankenkasse uneingeschränkt einzustehen habe (wie hier zB Höfler in KassKomm, § 13 SGB V RdNr 9; aA für das neue Recht zB Estelmann, SGB 1991, 515, 519; Estelmann/Eicher, SGB 1991, 247, 256; Meydam, SGB 1992, 299, 301). Auch in diesen Fällen müssen die Versicherten zunächst das Erforderliche getan haben, um sich die begehrte Leistung als Sachleistung zu beschaffen. Nur eine solche Auslegung wird dem Sachleistungsprinzip gerecht. Dieses Prinzip hat nicht nur bzw nicht in erster Linie Ordnungsfunktion (wie der 9. Senat in BSGE 65, 56, 59 meint), sondern ist - jedenfalls nach dem hier anzuwendenden Recht - tragendes Prinzip der gesetzlichen Krankenversicherung, deren Funktionsfähigkeit im wesentlichen auf den Steuerungsmöglichkeiten beruht, die sich hinsichtlich der kassen- bzw vertragsärztlichen Versorgung und ihrer Wirtschaftlichkeit über das Recht der Leistungserbringung und insbesondere das Kassenarztrecht ergeben. Wie der erkennende Senat in seinem Urteil vom 7. August 1991 (aaO) im einzelnen dargelegt hat, bedeutet eine Kostenerstattung einen erheblichen Eingriff in das gesetzlich geregelte und zwingend vorgeschriebene Vergütungs-, Abrechnungs- und Prüfungssystem, so daß sie - mangels einer ausdrücklichen gesetzlichen Regelung - als "ultima ratio" nur dann in Betracht kommen kann, wenn der Versicherte zunächst das nach den Umständen Erforderliche getan hat, um sich die notwendige Hilfe innerhalb des Kassenarztsystems zu verschaffen.

Dafür fehlen im vorliegenden Fall - wie ausgeführt - jegliche Anhaltspunkte. Die Klägerin hat nicht einmal geltend gemacht, daß sie durch das Verhalten der Beklagten oder aus sonstigen ihr nicht zuzurechnenden Gründen zu der Annahme veranlaßt worden sei, daß eine umweltmedizinisch fundierte Diagnostik und Behandlung ihrer allergischen Bronchitis nur im IfU bzw in der Gemeinschaftspraxis R. /Dr. W. zu erlangen gewesen sei. Wie die Klägerin in ihrem Widerspruchsschreiben vom 13. Dezember 1988 selbst ausgeführt hat, ist sie auf dieses Institut durch eine von der Verbraucherzentrale übersandte Broschüre aufmerksam geworden, in der ein Betroffener über seine erfolgreiche Behandlung in Emstal berichtet hatte. Allein aufgrund dieser Information konnte die Klägerin nicht davon ausgehen, daß ihre im wesentlichen allergisch bedingte Erkrankung ausschließlich im genannten Institut diagnostiziert und behandelt werden könne. Sie hätte vielmehr über ihre Krankenkasse die Behandlung durch einen vergleichbaren Spezialarzt zumindest versucht haben müssen, zumal es - wie in dem vom LSG in Bezug



genommenen Urteil des SG Heilbronn vom 26. Februar 1987 (3 KR 382/86) ausgeführt ist - im kassenärztlichen Bereich, insbesondere auch an größeren Kliniken, durchaus anerkannte Allergologen und Immunologen gibt, die sich mit Umweltkrankheiten befassen und diese auch behandeln.

Nach allem konnte die Revision der Klägerin keinen Erfolg haben.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)