

Bundessozialgericht

- 3 RK 41/75 -

I m N a m e n d e s V o l k e s

U r t e i l

in dem Rechtsstreit

.....,

Kläger und Revisionskläger,

Prozeßbevollmächtigter:,

g e g e n

.....,

Beklagte und Revisionsbeklagte.

Das Bundessozialgericht - 3. Senat - hat ohne
mündliche Verhandlung am 1. Juni 1977
für Recht erkannt:

Die Revision des Klägers gegen das Urteil des
Landessozialgerichts für das Land Nordrhein-
Westfalen vom 3. April 1975 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

- 2 -



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



- 2 -

G r ü n d e :

I

Die Beteiligten streiten darüber, ob die Beklagte verpflichtet ist, dem Kläger die Kosten einer nichtkassenüblichen ärztlichen Behandlung zu erstatten.

Der Kläger ist auf Grund einer versicherungspflichtigen Beschäftigung Mitglied der beklagten Ersatzkasse. Er befindet sich wegen zahlreicher Erkrankungen seit Jahren in ärztlicher Behandlung. Seit Januar 1972 steht er bei dem praktischen Arzt Dr. W., der an der ersatzkassenärztlichen Versorgung beteiligt ist, in ambulanter Behandlung. Dr. W. hat an dem Kläger eine sog. Ganzheitsbehandlung vorgenommen, die auf eine spezielle biologische Betrachtungsweise zurückgeht und bei der dem Patienten im wesentlichen homöopathische Rezepturen mittels eines Diatherapunktur-Gerätes verabfolgt werden. Dr. W. hatte mit dem Kläger über diese Behandlung einen privaten Behandlungsvertrag abgeschlossen und ihm in gewissen Zeitabständen Honorarliquidationen übersandt. Dr. W. selbst hielt die Behandlungsmethode für nichtkassenüblich und hat das dem Kläger zuvor mitgeteilt und sein Einverständnis eingeholt.

Im September 1972 reichte der Kläger mehrere Honorarliquidationen des Dr. W. bei der Beklagten ein und forderte diese auf, ihm die Behandlungskosten zu erstatten. Die Beklagte lehnte das Ansinnen ab, weil Privaterstattungen nicht zulässig seien und Dr. W. eine nichtkassenübliche Behandlungsmethode angewandt habe. Der Widerspruch des Klägers blieb ohne Erfolg.

Der Kläger hat sodann seinen Anspruch mit der Klage weiterverfolgt. Das Sozialgericht (SG) Dortmund hat mit Urteil vom 13. September 1973 die Klage abgewiesen. Dem Kläger

Hinweis: Auch Teile der Urteilsammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

- 3 -



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

- 3 -

stehe gegen die Beklagte nur ein Anspruch auf ärztliche Behandlung als Sachleistung zu. Er habe jedoch ausdrücklich von Dr. W. eine ärztliche Behandlung auf eigene Kosten verlangt und dies dem Arzt auch schriftlich bestätigt. Dafür brauche die Beklagte nicht aufzukommen, ein Notfall habe nicht vorgelegen.

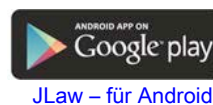
Die Berufung des Klägers gegen diese Entscheidung hat das Landessozialgericht (LSG) für das Land Nordrhein-Westfalen zurückgewiesen und die Revision zugelassen (Urteil vom 3. April 1975): Der Kläger sei nur zur Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung als Sachleistung berechtigt und Dr. W. als Vertragsarzt nur zur Erbringung einer solchen Leistung verpflichtet gewesen. Mit der Vereinbarung einer Privatbehandlung habe sich der Kläger außerhalb des gesetzlichen Leistungsbereichs gestellt. Die Behandlungskosten des Dr. W. seien auch nicht unter dem Gesichtspunkt des Notfalles auszugleichen.

Gegen dieses Urteil richtet sich die Revision des Klägers. Er bestätigt zunächst, daß Dr. W. ihn zu Beginn der Behandlung darauf aufmerksam gemacht habe, daß die Kasse die Behandlungskosten für die Ganzheitstherapie nicht übernehme und daß die Liquidation mit Privathonorar erfolge. Der Kläger vertritt jedoch die Auffassung, die Beklagte sei dennoch zur Kostenerstattung verpflichtet, weil diese Art der medizinischen Versorgung sich als notwendig erwiesen habe. Er habe vorher bei zahlreichen anderen Ärzten in Behandlung gestanden, ohne daß sein Krankheitszustand hätte behoben werden können; ihm habe demzufolge kein anderer Weg zur Behebung seiner Krankheit zur Verfügung gestanden, als die Ganzheitsmethode anzuwenden, die dann auch tatsächlich zum Erfolg geführt habe. Da diese Therapie lediglich von Dr. W. angewendet und auch nur als Privatbehandlung durchgeführt worden sei, habe er diese - erforderliche - Behandlung auf keine andere Weise erlangen können. Es liege

Hinweis: Auch Teile der Urteilsammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.



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



JLaw – für Android

- 4 -



JLaw – für iOS

- 4 -

mithin ein Notfall vor, der ihn berechtige, die von ihm dafür aufgewandten Kosten von der Beklagten erstattet zu verlangen.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des LSG für das Land Nordrhein-Westfalen vom 3. April 1975 und das des SG Dortmund vom 13. September 1973 abzuändern und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 16. Januar 1973 i.d.F. des Widerspruchsbescheids vom 30. Mai 1973 zu verurteilen, dem Kläger die durch die Behandlung durch Dr. W. im Jahre 1972 entstandenen Kosten ganz oder teilweise zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

Sie hält die Entscheidung der Vorinstanzen für zutreffend. Ergänzend weist sie darauf hin, daß es nicht darauf ankomme, ob die Behandlungsmethode des Dr. W. bisher schon eine schulwissenschaftliche Anerkennung gefunden habe oder nicht. Die Krankenkasse könne eine Kostenerstattungspflicht nur im Falle eines Fehlverhaltens treffen. Ein solches liege aber nicht vor. Der Vertragsarzt dürfe nur solche Leistungen erbringen, die nach dem Arzt/Ersatzkassen-Vertrag (AEV) vorgesehen seien. Für die Ausdehnung der Gebührenordnung auf weitere Behandlungsmethoden sei eine besondere Arbeitsgemeinschaft zuständig.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt (§ 124 Abs. 2 des Sozialgerichtsgesetzes -SGG-).

- 5 -



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



II

Die Revision ist nicht begründet. Dem Kläger steht kein Anspruch auf Kostenerstattung zu.

Der Kläger ist kraft versicherungspflichtiger Beschäftigung Mitglied einer Ersatzkasse. Nach § 508 Satz 1 der Reichsversicherungsordnung (RVO) darf eine Ersatzkasse ihren Mitgliedern alle Leistungen gewähren, die § 179 RVO ihrer Art nach bei den gesetzlichen Krankenkassen zuläßt. Wie der Senat bereits in dem Urteil vom 20. Juli 1976 (BSGE 42, 117) entschieden und im einzelnen dargelegt hat, folgt aus § 508 RVO, daß die Ersatzkasse für ihre versicherungspflichtigen Mitglieder - nur über diesen Fall ist hier zu entscheiden - die Krankenhauspflege lediglich in Form der Sachleistung erbringen darf, nicht jedoch im Wege der Kostenerstattung. An dieser Entscheidung (zustimmend: Freigang in Krankenversicherung 1977, S. 55; SozFortschritt 1977, S. 77) hält der Senat fest. Der dort für die Leistung "Krankenhauspflege" entwickelte Grundsatz gilt aber gleicherweise für die Leistung "ärztliche Behandlung", weil auch diese vom Gesetz - nur - als Sachleistung vorgesehen ist (§ 182 Abs. 1 Nr. 1, 2. Halbsatz RVO in der damals geltenden Fassung). Damit ergibt sich schon aus der Fassung der gesetzlichen Vorschriften, daß dem Kläger kein Anspruch auf Kostenerstattung zusteht. Auch die satzungsrechtlichen Bestimmungen der Beklagten, denen der Kläger auf Grund seiner durch freiwilligen Beitritt erworbenen Mitgliedschaft unterworfen ist, geben ihm keine anderen Ansprüche. Nach § 12 Abs. 1 der Versicherungsbedingungen gewährt die beklagte Kasse ihren Mitgliedern kostenfreie ärztliche Behandlung nach Maßgabe der von ihr mit den Ärzten abgeschlossenen Verträge. Dazu hat das Mitglied dem behandelnden Arzt einen Krankenschein abzugeben (§ 12 Abs. 2 Versicherungsbedingungen). Die Sonderregelung in § 12 Abs. 3 der Versicherungsbedingungen bedarf in diesem Zusammenhang keiner besonderen Würdigung; sie ist auf den Kläger nicht



- 6 -

anwendbar, weil sie nur für solche Mitglieder eine Regelung trifft, die keinen Anspruch auf Aushändigung eines Krankenscheins haben. Den Anspruch auf ärztliche Behandlung aus seinem Versicherungsverhältnis konnte der Kläger mithin nur auf dem Wege geltend machen, daß er Dr. W., der als beteiligter Arzt Krankenbehandlungen für die Beklagte durchführt, einen Krankenschein vorlegte und sich von ihm - für den Kläger kostenfrei - behandeln ließ. Nur damit wurde dem Sachleistungsprinzip Rechnung getragen. Eine wahlweise Möglichkeit der Privatbehandlung auf eigene Kosten und nachfolgende Kostenerstattung der Kasse ist dem System der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung fremd (vgl. BSGE 42, 117, 119).

Der Kläger vermag sich nicht darauf zu berufen, daß bei ihm ein "Notfall" vorgelegen habe und ihm aus diesem Grund Kostenerstattung als Ausnahme von dem Regelfall zu gewähren sei. Das LSG hat im angefochtenen Urteil zutreffend darauf hingewiesen, daß die gesetzliche Regelung über Notfallbehandlung (§ 368 d Abs. 1 Satz 2 RVO) einen ganz anderen Sachverhalt betrifft: Sie erlaubt in Notfällen die Inanspruchnahme auch solcher Ärzte, die nicht an der kassenärztlichen oder vertragsärztlichen Versorgung beteiligt sind. Es bedarf hier keiner Erörterung der Frage, unter welchen Voraussetzungen überhaupt das Vorliegen eines solchen Notfalls anzunehmen wäre, weil es in diesem Rechtsstreit um die Inanspruchnahme eines an der ersatzkassenärztlichen Versorgung beteiligten Arztes geht. Nur bei Tätigwerden von Nichtkassenärzten ist in der bisherigen Rechtsprechung über Fälle von Notfallbehandlungen entschieden worden (vgl. BSGE 19, 270; 34, 172; 35, 10). Der Senat sieht keine Veranlassung, von der durch Gesetz vorgeschriebenen Begrenzung abzuweichen.

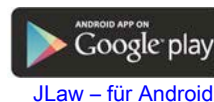
Der Gedanke der Notfallbehandlung läßt sich auch nicht ergänzen und analog auf solche Behandlungen von Kassenärzten übertragen, die diese außerhalb des Rahmens der kassen-

Hinweis: Auch Teile der Urteilsammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

- 7 -



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
(mobile App)



JLaw – für Android



JLaw – für iOS

- 7 -

ärztlichen bzw. ersatzkassenärztlichen Versorgung vornehmen. Es kann dahinstehen, inwieweit oder ggf. unter welchen besonderen Voraussetzungen der Kassenarzt oder der beteiligte Vertragsarzt berechtigt sein kann, bestimmte Behandlungsmethoden – die beispielsweise infolge ihrer Neuartigkeit oder ihrer Abweichung von anerkannten medizinischen Prinzipien (noch) nicht abrechnungsfähig sind – an Kassenmitgliedern ohne Verletzung seiner kassenärztlichen oder vertragsärztlichen Pflichten durchzuführen.

Selbst wenn man von einer (rechtlich) zulässigen Behandlungsmaßnahme ausgeht, so läßt sich die Forderung des Versicherten an die Krankenkasse, ihm die Kosten für eine durchgeführte derartige Behandlung zu erstatten, nicht mit der Begründung stützen, diese Behandlung sei notwendig gewesen (vgl. § 182 Abs. 2 RVO). Die Vorschrift des § 182 RVO betrifft das zwischen dem Versicherten und der Krankenkasse bestehende Versicherungsverhältnis, sie regelt die dem Versicherten daraus erwachsenden Ansprüche gegen die Kasse und legt deren Verpflichtungen fest. In diesem Zusammenhang schreibt § 182 Abs. 1 Nr. 1 RVO vor, welche Leistungen als Krankenpflege zu gewähren sind, und Absatz 2 erläutert, in welchem Ausmaß diese Leistungen erbracht werden müssen. Soweit es dabei um die Gewährung ärztlicher Behandlung (§ 182 Abs. 1 Nr. 1 RVO) geht, läßt sich aus dieser Vorschrift weder etwas darüber ableiten, welcher Arzt tätig werden noch in welcher Weise er seine Behandlung durchführen soll. Bestimmungen darüber liegen außerhalb des Versicherungsverhältnisses – jedenfalls soweit der Arzt überhaupt an der medizinischen Versorgung der Kassenmitglieder teilnimmt. Der Gesetzgeber hat aus wohlerwogenen Gründen der Krankenkasse den unmittelbaren Zugang zu dem zwischen dem Patienten und dem Arzt bestehenden Behandlungsverhältnis versagt (vgl. § 368 e Satz 2, letzter Halbsatz RVO; vgl. dazu auch BSGE 19, 270, 274). Die Krankenkassen erfüllen vielmehr die Verpflichtung, ihren Mitgliedern

Hinweis: Auch Teile der Urteilsammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.



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



[JLaw – für Android](#)

- 8 -



[JLaw – für iOS](#)

- 3 -

ambulante ärztliche Behandlung zu gewähren durch den Abschluß von Verträgen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen (vgl. § 368 g RVO), wodurch die kassenärztliche Versorgung ihrer Mitglieder sichergestellt wird (§ 368 Abs. 1 und 2 RVO); soweit es sich, wie im vorliegenden Rechtsstreit, um die Mitglieder von Ersatzkassen handelt, wird deren medizinische Versorgung mittels des Arzt/Ersatzkassen-Vertrages vom 20. Juli 1963 - AEV - (vgl. § 1 Ziff. 4, § 4, § 5 AEV) sichergestellt. Bereits die Auswahl des Arztes unterliegt dann nicht mehr der Einflußnahme der Krankenkasse, sondern steht in der freien Entscheidung des Versicherten (§ 368 d Abs. 1 Satz 1 RVO; § 4 Ziff. 5 AEV). Und die Durchführung der Behandlung ist voll dem vom Versicherten ausgewählten Arzt überantwortet, weil er auf Grund seiner medizinisch-wissenschaftlichen Kenntnisse in der Lage ist zu erkennen, welche Maßnahme jeweils zur Behebung oder Linderung eines Krankheitszustandes als ausreichend, zweckmäßig und notwendig erscheint. Die Einhaltung dieser Grenzen ist ihm vorgegeben, im kassenärztlichen Bereich durch Gesetz (§ 368 e RVO), im ersatzkassenärztlichen Bereich durch Gesamtvertrag (§ 1 Ziff. 5 AEV).

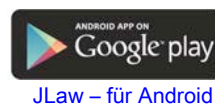
Macht der Arzt den Versicherten darauf aufmerksam, daß eine bestimmte Behandlungsmethode nicht von der Kasse übernommen wird, und fragt er den Versicherten, ob er diese Behandlung auf eigene Kosten wünscht, so bringt er damit klar zum Ausdruck, daß diese Behandlung außerhalb der gesetzlichen bzw. vertraglichen Grenzen liegt. Zugleich wird dem Versicherten dadurch deutlich gemacht, daß ihm insoweit keine Ansprüche gegen die Krankenkasse zustehen. Erhebt der Versicherte dennoch solche Ansprüche, so verstößt er gegen den Grundsatz des *venire contra factum proprium*.

Die Frage, ob eine bestimmte Therapieform als "notwendige" Behandlung anzusehen ist, stellt sich ihrer Sachbezogenheit nach als ein zweiseitiges Problem dar. Wie bereits dargelegt,

- 9 -



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



gehört es als medizinisch-wissenschaftliches Problem einerseits in den Zuständigkeitsbereich der Kassenärztlichen Vereinigung, darüber zu befinden. Denn diese vom Gesetz vorgegebene Institution ist dazu berufen und kraft Sachverstands auch in der Lage, Fragen der medizinischen Versorgung, die über den einzelnen Kassenarzt hinaus Bedeutung haben, zu erkennen und zu beurteilen (vgl. § 368 n Abs. 1 RVO). Da im Fall einer notwendigen Behandlung die Krankenkassen die daraus erwachsenden finanziellen Lasten zu tragen haben und ihnen die Aufbringung der Mittel für die Durchführung der sozialen Krankenversicherung obliegt (§§ 380, 385 RVO), gehört die Frage über die Notwendigkeit einer bestimmten Behandlung jedoch auch in den Zuständigkeitsbereich der Krankenkassen. Diesem Sachzusammenhang trägt der AEV Rechnung, denn er überträgt die Aufgabe, die Gebührenordnung fortzuentwickeln und über die Berechnungsfähigkeit von Leistungen zu entscheiden, die in der vereinbarten Gebührenordnung nicht bezeichnet sind, einer speziellen Arbeitsgemeinschaft aus Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und aus Vertretern der Ersatzkassen (§ 19 AEV), also einem Gremium, in dem die erforderliche Sachkenntnis zusammengefaßt ist. Das LSG hat zu Recht auf diese Bestimmung hingewiesen. Es könnte demgegenüber nicht als sachgerecht angesehen werden, wenn die Frage, ob die Krankenkasse für eine bestimmte Behandlung aufzukommen hat, dem Versicherten überlassen würde. Allenfalls könnte sie vom Arzt beantwortet werden, der die Behandlung veranlaßt hat und der bei Gelegenheit der Gebührenabrechnung die Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit seiner Behandlungsweise am ehesten zu begründen vermag (vgl. § 14 AEV). Im übrigen ist darauf hinzuweisen, daß dem Versicherten auch das Recht der freien Arztwahl hinreichende Möglichkeiten bietet, im Hinblick auf die ärztliche Behandlung eine Auswahl treffen zu können.

Da der Anspruch des Klägers auf Kostenerstattung unter keinem denkbaren rechtlichen Gesichtspunkt begründet ist, war seine Revision gegen das Urteil des LSG zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 103 SGG



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)