

L 5 KR 141/07

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 11 KR 298/05
Datum
27.11.2006
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KR 141/07
Datum
04.03.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 27. November 2006 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt von der Beklagten die Übernahme der Kosten der Versorgung mit einem Arzneimittel.

Der 1926 geborene Kläger beantragte bei der Beklagten unter Vorlage einer Stellungnahme des Facharztes für Urologie Dr. H. vom 28. September 2004 die Übernahme der Kosten der Versorgung mit dem Arzneimittel "Prosta Fink forte" (Dickextrakt aus Kürbissamen). Nach der ärztlichen Bescheinigung bestehe beim Kläger ein Leiden an einem Prostata-Adenom im Reizstadium. Der Kläger habe berichtet, dass "Prosta Fink forte" die Beschwerdesymptomatik deutlich lindere.

Mit Bescheid vom 5. Oktober 2004 lehnte die Beklagte die Übernahme der Kosten jedoch ab. Es handele sich um ein nicht verschreibungspflichtiges Arzneimittel. Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel seien jedoch von der Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich ausgeschlossen. Ein Ausnahmefall, in dem die Krankenkasse dennoch die Kosten übernehmen könne, liege nicht vor.

Hiergegen erhob der Kläger Widerspruch, den die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 16. Dezember 2004 zurückwies. Zur Begründung führte sie ergänzend aus, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel seien grundsätzlich von der Leistungsgewährung ausgeschlossen. Der Gesetzgeber lasse für bestimmte Arzneimittel, die der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen dienten, Ausnahmen zu. Es sei jedoch dem Gemeinsamen Bundesausschuss die Aufgabe übertragen worden, die Ausnahmefälle festzulegen. Nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses liege vorliegend eine Ausnahmeindikation nicht vor.

Dagegen hat der Kläger am 27. Januar 2005 Klage vor dem Sozialgericht Freiburg (SG) erhoben. Er hat geltend gemacht, er benötige das streitige Arzneimittel dringend zur Behandlung einer Krankheit. Die gesetzliche Regelung, aufgrund der die Übernahme der Kosten der Versorgung durch die Krankenkasse ausgeschlossen sei, sei verfassungswidrig. Die Beklagte müsse daher die Kosten des Arzneimittels übernehmen. Die Beklagte habe auch in der Vergangenheit anstandslos das hier streitige Arzneimittel übernommen.

Mit Gerichtsbescheid vom 27. November 2006 hat das SG die Klage abgewiesen. Es hat hierbei die Auffassung vertreten, dass der Kläger keinen Anspruch auf Übernahme der Kosten des Arzneimittels "Prosta Fink forte" habe. Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel seien von der Versorgung nach [§ 31 SGB V](#) gemäß [§ 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) ausgeschlossen. Der Gemeinsame Bundesausschuss habe in den Richtlinien nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V](#) erstmals bis zu 31. März 2004 festgelegt, welche nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel, die bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten würden, zur Anwendung bei diesen Erkrankungen mit Begründung vom Vertragsarzt ausnahmsweise verordnet werden könnten ([§ 34 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)). Danach scheidet aufgrund der eindeutigen gesetzlichen Regelung ein Anspruch des Klägers auf Übernahme der Kosten der Versorgung mit dem Arzneimittel "Prosta Fink forte" aus. Es handele sich nämlich um ein nicht verschreibungspflichtiges Arzneimittel, das auch nicht aufgrund der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses ausnahmsweise vom Vertragsarzt verordnet werden könne und dementsprechend auch vom behandelnden Urologen des Klägers nicht verordnet worden sei. Anhaltspunkte, die die Annahme eines Verstoßes der gesetzlichen Regelung gegen Verfassungsrecht begründen könnten, seien nicht ersichtlich und würden sich insbesondere auch nicht aus dem Vorbringen des Klägers ergeben. Daher sei die Klage abzuweisen gewesen.

Der Kläger hat gegen den seinem damaligen Bevollmächtigten mit Empfangsbekanntnis am 7. Dezember 2006 zugestellten Gerichtsbescheid am 8. Januar 2007 (Montag) Berufung eingelegt. Zur Begründung macht der Kläger geltend, schon im Klageverfahren sei unter Einbeziehung verschiedener kritischer Pressestimmen überzeugend dargelegt worden, dass die Zahlungsverweigerung bezüglich des hier unerlässlichen Naturheilmittels "Prosta Fink forte" auf einen groben und jahrelang geführten Verfassungsbruch ([Art. 3 Grundgesetz - GG](#) - Gleichheit vor dem Gesetz) zurückzuführen sei. Es seien auch Beweise angeboten worden. Dennoch habe das SG in formaler Weise die Klage abgewiesen, ohne auf den tiefen Kern der finanziellen Überbelastung und des damit verbundenen Sparzwanges einzugehen. Es habe sich mit der formalen Feststellung begnügt, dass ein Verfassungsbruch nicht vorliege. Dieses Unterlassen wiege umso schwerer, als vom Kläger und seinem damaligen Rechtsanwalt ausdrücklich eine mündliche Verhandlung beantragt worden sei, zum Zwecke der deutlichen Darlegung des klaren und lang andauernden Verfassungsbruchs. Das Berufungsverfahren sei nun notwendig und dem lägen folgende Grundgedanken zugrunde: [Art. 3 GG](#), wonach alle Menschen vor dem Gesetz gleich seien, gelte zweifelsohne auch auf dem Gebiet des Krankheitsversorgungsrechts. Hiergegen werde massiv und bereits seit Jahren grob verstoßen. Ein Deutscher erhalte für seine gesetzliche Frau und seine Kinder Krankenkassenleistungen. Aber durch nichts gerechtfertigt erhalte ein Moslem für seinen gesamten Harem (bis zu drei Frauen und deren Kinder) in der Bundesrepublik Deutschland ebenfalls Krankenkassenleistungen. Wenn z. B. ein Türke in der Bundesrepublik arbeite, so erhalte der gesamte in der Türkei lebende Familienclan, also auch die Großeltern und Enkel, Krankenkassenleistungen. Genau diese unnötig Jahr für Jahr ausgegebenen (verfahrensrechtlich gesehen) Unrechtssummen würden dann der Krankenversicherung für die Versorgung der alt eingesessenen Krankenkassenmitglieder fehlen. Um diese großen Löcher zu stopfen, seien die Politiker und die Krankenkassen auf den jahrelang schon geübten Dreh verfallen und kürzten über zwischengeschaltete, formell errichtete Stellen einfach die berechtigten Leistungen der deutschen Mitglieder.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 27. November 2006 sowie den Bescheid der Beklagten vom 5. Oktober 2004 in der Gestalt des Widerspruchbescheides vom 16. Dezember 2004 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, die Kosten für die Versorgung mit dem Medikament "Prosta Fink forte" zu übernehmen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die Entscheidung des SG für zutreffend.

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

Entscheidungsgründe:

I.

Die Berufung ist zulässig. Sie ist insbesondere statthaft. Ein Berufungsausschlussgrund nach [§ 144 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) in der noch bis zum 31. März 2008 geltenden Fassung liegt nicht vor. Der Kläger begehrt im Ergebnis die (weitere) dauerhafte Übernahme der Kosten der Versorgung mit dem Arzneimittel "Prosta Fink forte".

II.

Die Berufung ist jedoch unbegründet. Das SG hat zu Recht die Klage abgewiesen, da der Kläger keinen Anspruch auf Übernahme der Kosten des hier streitigen Arzneimittels hat.

1. Der Kläger hat gemäß [§ 27 Abs. 1 SGB V](#) Anspruch auf Krankenbehandlung, wozu nach [§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGB V](#) (u. a.) die Versorgung mit Arzneimitteln gehört. Hierzu bestimmt [§ 31 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#), dass Versicherte (nur) apothekenpflichtige Arzneimittel beanspruchen können, soweit diese nicht nach [§ 34 SGB V](#) oder durch Richtlinien nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V](#) ausgeschlossen sind.

Gemäß [§ 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) sind nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel von der Versorgung nach [§ 31](#) ausgeschlossen. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt gemäß [§ 34 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) in den Richtlinien nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V](#) erstmals bis zum 31. März 2004 fest, welche nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel, die bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten, zur Anwendung bei diesen Erkrankungen mit Begründung vom Vertragsarzt ausnahmsweise verordnet werden können. Dabei ist der therapeutischen Vielfalt Rechnung zu tragen (Satz 3).

Zutreffend hat zunächst das SG festgestellt, dass das hier streitige nicht verschreibungspflichtige Medikament (Prosta fink forte) nicht zu den in der Ausnahmeliste des Gemeinsamen Bundesausschusses genannten Medikamenten gehört.

Die Beklagte hat somit in Übereinstimmung mit dem Gesetz und den AMR des Gemeinsamen Bundesausschusses gehandelt, als sie mit den streitigen Bescheiden die Erstattung der Kosten für dieses Arzneimittel abgelehnt hat.

Der weitgehende Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger Medikamente aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung ist ausdrücklicher Wille des Gesetzgebers um weitere Kosten in der gesetzlichen Krankenversicherung einzusparen. So hat der Gesetzgeber konkret im Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und Bündnis 90/Die Grünen zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung - GKV-Modernisierungsgesetz - GMG - vom 8. September 2003 unter anderem ausgeführt, dass die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung in diesen Bereichen (gemeint ist die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln) in den letzten fünf Jahren überproportional angestiegen seien, ohne dass dies allein medizinisch zu begründen wäre. Daher seien steuernde Maßnahmen erforderlich, die die Effizienz der Versorgung in diesen Bereichen erhöhe (s. [BT-Drs. 15/1525 Seite 75](#) Ziff. 5). Ein Verstoß gegen höherrangiges Recht besteht nicht. Denn der Gesetzgeber hat hier zum einen Verordnungen für Kinder bis zum 12. Lebensjahr sowie für

Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bei nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln ebenso weiter zugelassen wie bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen, für die nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel zum Therapiestandard gehören und insoweit im Übrigen die zu bearbeitenden Ausnahmen in den Arzneimittelrichtlinien dem Gemeinsamen Bundesausschuss übertragen (siehe auch [BT-Drs. 15/1525 Seite 75](#) Ziff. 5). In der Zwischenzeit hat im übrigen das BSG mit Urteil vom 6. November 2008 ([B 1 KR 6/08 R](#)) ausdrücklich auch bestätigt, dass der seit 1. Januar 2004 geltende Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung weder gegen das Grundgesetz noch gegen Europarecht verstößt. Es ist auch verfassungsrechtlich danach nicht zu beanstanden, dass der Gesetzgeber den Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragt hat, in Richtlinien nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V](#) festzulegen, welche nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel, die bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten, zur Anwendung bei diesen Erkrankungen mit Begründung vom Vertragsarzt ausnahmsweise verordnet werden können (vgl. BSGE vom 7. November 2006 - B 1 KR 94/06 R - in [BSGE 97, 190](#) = SozR 4-2500 § 97 Nr. 12).

Der Richtlinienauftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss präzisiert das Wirtschaftlichkeitsgebot im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung ([§§ 12, 70 Abs. 1, 72 Abs. 2 SGB V](#)). Er zielt darauf, unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse Grundlagen für eine medizinisch notwendige und wirtschaftliche ärztliche Behandlungs- und Ordnungsweise verbindlich festzulegen. Die Verbindlichkeit wird dadurch begründet, dass die Richtlinien nach [§ 92 Abs. 8 SGB V](#) Bestandteil der Bundesmantelverträge (BMV-Ä) sind und die Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen nach [§ 81 Abs. 3 Nr. 1, 2 SGB V](#) Bestimmungen enthalten müssen, wonach die Verträge und die Richtlinien als solche für ihre Mitglieder (die zugelassenen Vertragsärzte) verbindlich sind. Nach der Rechtsprechung des BSG haben die Richtlinien als gesetzlicher Bestandteil der Bundesmantelverträge (siehe [§ 92 Abs. 8 SGB V](#)) die gleiche Rechtsnormqualität wie diese (BSG [SozR 3 - 2500 § 92 Nr. 6](#) = [BSGE 78, 70](#); siehe auch BSG [SozR 3-2500 § 92 Nr. 7](#) = [BSGE 81, 73](#), [SozR 3-2500 § 135 Nr. 4](#) = [BSGE 81, 54](#) zu NUB-Richtlinien). Dabei entfalten die Richtlinien ihre normative Wirkung nicht nur gegenüber den Partnern der Bundesmantelverträge und der Gesamtverträge, sondern auch gegenüber den Versicherten, weil [§ 92 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) und die leistungsrechtlichen Vorschriften des [§ 12 Abs. 1 SGB V](#) in einem unmittelbaren sachlogischen Zusammenhang stehen (s. BSG aaO).

Die Verbindlichkeit der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses hat der Gesetzgeber im Rahmen des GMG mit Wirkung zum 1. Januar 2004 noch durch die Regelung in [§ 91 Abs. 9 SGB V](#) unterstrichen. Dort ist gesetzlich angeordnet, dass die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Versicherten der Krankenkassen, für die an der ambulanten Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer und die zugelassenen Krankenhäuser verbindlich sind. Dies hat vorliegend zur Folge, dass auch für den Kläger der Ausschluss der hier streitigen Medikamente in Kapitel F Nr. 16 AMR verbindlich ist. Dagegen bestehen auch sonst keine rechtlichen Bedenken (siehe auch BSG vom 6. November 2008 - [B 1 KR 6/08 R](#) -).

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat den ihm durch [§ 34 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) übertragenen Auftrag in rechtlich nicht zu beanstandender Weise ausgeführt. In formeller Hinsicht sind Verstöße gegen die auf der Grundlage von [§ 91 Abs. 3 Nr. 1 SGB V](#) ergangene Verfahrensordnung vom 5. September 2005 (BANz 2005 Nr. 242) nicht ersichtlich und von dem Kläger auch nicht vorgetragen, so dass offenbleiben kann, ob die darin enthaltenen Verfahrensregeln zumindest in ihren wesentlichen Kernpunkten auch schon auf die früher, nämlich am 16. März 2004 (BanZ S. 8905) ergangene Richtlinie zu [§ 34 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) anzuwenden ist.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat auch nicht die gesetzlichen Grenzen seiner ihm nach [§ 34 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) übertragenen Richtlinienkompetenz verletzt. Voraussetzung für die ausnahmsweise Verordnung nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel ist nach dem Gesetzeswortlaut das Vorliegen einer schwerwiegenden Erkrankung. Nach Abschnitt F Nr. 16.2 AMR ist eine Erkrankung schwerwiegend, wenn sie lebensbedrohlich ist oder wenn sie aufgrund der Schwere der durch sie verursachten Gesundheitsstörungen die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigt. Ein Arzneimittel gilt gemäß Nr. 16.3 AMR als Therapiestandard, wenn der therapeutische Nutzen zur Behandlung der schwerwiegenden Erkrankung dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht. Des Weiteren ist dann unter Nr. 16.4 eine Liste schwerwiegender Erkrankungen und Standard-Therapeutika zu deren Behandlung unter den Nrn. 16.4.1 bis 16.4.46 in der nunmehr seit 21. Oktober 2006 geltenden Fassung (BANz. 2006 S. 6749) aufgeführt (siehe zur Rechtmäßigkeit dieser Regelungen BSG Urteil vom 6. November 2008 - [B 1 KR 6/08 R](#) -). Die Erkrankung des Klägers wie auch das hier streitige Medikament sind nicht in dieser Liste aufgeführt.

Auch Nr. 16.5 AMR führt zu keinem für den Kläger günstigeren Ergebnis. Dort ist geregelt, dass für die in diesen Richtlinien in Abschnitt F aufgeführten Indikationsgebiete der Arzt bei schwerwiegenden Erkrankungen auch Arzneimittel der Anthroposophie und Homöopathie verordnen kann, sofern die Anwendung dieser Arzneimittel für diese Indikationsgebiete nach dem Erkenntnisstand als Therapiestandard in der jeweiligen Therapierichtung angezeigt ist. Bei dem hier streitigen Arzneimittel handelt es sich jedoch um kein Arzneimittel der Anthroposophie bzw. Homöopathie. Im Übrigen hat der behandelnde Urologe Dr. H. das hier streitige Arzneimittel dem Kläger auch nicht verschrieben, sondern lediglich in seinem "ärztlichen Bericht" vom 28. September 2004 mitgeteilt, dass dem Kläger das streitige Arzneimittel bei der bestehenden Beschwerdesymptomatik deutlich geholfen habe und der Kläger deshalb die Behandlung fortführen wolle. Ebenfalls zu keinem für den Kläger günstigen Ergebnis führt die Regelung in Nr. 16.6, wonach nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die begleitend zu einer medikamentösen Haupttherapie mit zugelassenem, im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung verwendungsfähigen Arzneimittel eingesetzt werden (Begleitmedikation), verwendungsfähig sind, wenn das nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel in der Fachinformation des Hauptarzneimittels als Begleitmedikation zwingend vorgeschrieben ist. Auch diese Voraussetzungen sind hier nicht erfüllt.

Gemäß Nr. 16.9 AMR regeln im Übrigen die Vorschriften in den Nrn. 16.1 bis 16.6 abschließend, unter welchen Voraussetzungen nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verwendungsfähig sind.

Damit bleibt im Ergebnis festzuhalten, dass ein Anspruch des Klägers auf Übernahme der (ihm in der Zwischenzeit angefallenen) Kosten für das Arzneimittel "Prosta Fink forte" nicht besteht.

Aus all diesen Gründen ist daher die Berufung zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2009-03-17