

## L 11 KR 1347/09

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
11  
1. Instanz  
SG Mannheim (BWB)  
Aktenzeichen  
S 11 KR 2143/08  
Datum  
02.03.2009  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 11 KR 1347/09  
Datum  
20.10.2009  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie  
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Mannheim vom 2. März 2009 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Aufnahme aller Ichthyoseerkrankten in die Handlungsempfehlung des A-Bundesverbandes zu § 2 der sogenannten Chroniker-Richtlinie.

Der am 3. November 1925 geborene Kläger, der bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert ist, leidet an einer generalisierten Schuppung der äußeren Haut bei angeborener Ichthyosis vulgaris. Er ist seit dem 24. Mai 1994 als Schwerbehinderter mit einem Grad der Behinderung von 100 anerkannt.

Mit Schreiben vom 18. April 2008 beantragte er bei der Beklagten, von der regelmäßigen Nachweispflicht der chronischen Erkrankung befreit zu werden. Er müsse zumindest jedes zweite Jahr eine Bescheinigung über den Fortbestand seiner chronischen Erkrankung vorlegen, obwohl diese meist angeboren und nicht heilbar sei, durch intensive Pflege allenfalls eine Linderung erreicht werden könne.

Mit Bescheid vom 23. April 2008 lehnte die Beklagte den Antrag mit der Begründung ab, durch den Nachweis über den Fortbestand der schwerwiegend chronischen Erkrankung werde auch eine Dauerbehandlung belegt, die regelmäßig nachgewiesen werden müsse. Bei Dialysepatienten müsse davon ausgegangen werden, dass sich diese mehrmals im Quartal in ärztlicher Behandlung befänden, so dass hier grundsätzlich auf den Nachweis verzichtet werden könne. In anderen Fällen lasse dies die rechtliche Lage leider nicht zu.

Mit seinem dagegen eingelegten Widerspruch machte der Kläger geltend, der angegriffene Bescheid sei lediglich "aus dem Stehgreif heraus ohne ernsthafte Begründung erstellt worden". Die Ablehnung, alle Ichthyoseerkrankten in die Handlungsempfehlung zur Richtlinie des Bundesausschusses zu [§ 62](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) aufzunehmen, stelle einen Affront gegen alle Ichthyoseerkrankten dar.

Mit Widerspruchsbescheid vom 11. Juni 2008 wies die Beklagte den Widerspruch mit der Begründung zurück, bei der Erkrankung des Klägers könne auf den regelmäßigen Nachweis einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung nicht verzichtet werden.

Mit seiner dagegen am 27. Juni 2008 beim Sozialgericht Mannheim (SG) erhobenen Klage hat der Kläger geltend gemacht, Ichthyoseerkrankte seien auf Lebenszeit und damit chronisch krank und bedürften einer dauerhaften, intensiven Körperpflege von Kopf bis Fuß. Von einer wesentlichen Veränderung der Verhältnisse könne bei ihnen nicht ausgegangen werden. Demzufolge habe sein behandelnder Arzt Dr. M auch bestätigt, dass er sich seit 1994 in Dauerbehandlung befände und ein Ende nicht absehbar sei, da ohne Behandlung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten wäre.

Zur weiteren Aufklärung des Sachverhaltes hat das SG einen Erörterungstermin durchgeführt, in welchem die Beklagte dem Kläger angeboten hat, er solle sich in das DMP-Programm einschreiben lassen (Zustand nach Herzinfarkt), mit dem er dann automatisch von jeglicher Nachweispflicht befreit werde. Die Beklagte hat weiter anerkannt, dass der Kläger chronisch krank ist.

Mit Gerichtsbescheid vom 2. März 2009, dem Kläger zugestellt am 3. März 2009, hat das SG die Klage, soweit der Kläger die Aufnahme aller

Ichthyoseerkrankten in die Handlungsempfehlung begehrt hat, als unzulässig abgewiesen. Insofern fehle es an einer Klagebefugnis; eine Popularklage sei unzulässig. Der Kläger müsse eine Verletzung eigener Rechte geltend machen und einen eigenen Anspruch einklagen. Soweit er seine eigene Aufnahme als Ichthyoseerkrankter in die Handlungsempfehlung begehre, sei die Klage unbegründet. Die Beklagte habe anerkannt, dass er chronisch krank im Sinne des [§ 62 SGB V](#) sei, denn er müsse mindestens einmal pro Jahr zum Arzt und verfüge darüber hinaus über einen GdB von 100; mithin seien die Voraussetzungen des § 2 Abs. 2b der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 22. Januar 2004 zu [§ 62 SGB V](#) erfüllt. Bei den Bestimmungen der Beklagten handele es sich jedoch nicht um ein Gesetz oder um Richtlinien, sondern um eine rein interne Handlungsempfehlung, mit der die "Chroniker-Richtlinie" des Gemeinsamen Bundesausschusses von der Beklagten kassenintern genauer spezifiziert werde. Dass nur die Personenkreise der Pflegebedürftigen, Dialysepatienten, DMP-Teilnehmer und Multiple Sklerose-Erkrankter dort aufgenommen seien, unterliege mithin nicht der Prüfungskompetenz des Gerichts. Denn die interne Handlungsempfehlung fuße nicht auf einer gesetzlichen Ermächtigung, womit sich kein Überprüfungsspielraum des Gerichts ergebe, dies umso mehr, als die interne Handlungsempfehlung nur zugunsten bestimmter Versicherter eingeführt worden sei und damit keine über die gesetzlichen Regelungen des [§ 62 SGB V](#) hinausgehenden Belastungen für andere Versicherte darstelle. Anhaltspunkte, aus denen sich ein Verstoß gegen den allgemeinen Gleichheitsgrundsatz und eine damit einhergehende Beschränkung auf oben genannte Personengruppen in die interne Handlungsempfehlung der Beklagten erkennen ließen, lägen ebenfalls nicht vor. Soweit der Kläger mit seiner Klage das Ziel verfolge, von der jährlichen Nachweispflicht persönlich befreit zu werden, stehe es ihm frei, sich in das sogenannte DMP-Behandlungsprogramm bei dem ihn ohnehin behandelnden Arzt Dr. M aufnehmen zu lassen. Damit würde er zum Personenkreis der in der Handlungsempfehlung der Beklagten von der Nachweispflicht der chronisch erkrankten Befreiten gehören. Dies habe er jedoch ausdrücklich abgelehnt.

Mit seiner dagegen am 20. März 2009 eingelegten Berufung hat der Kläger geltend gemacht, ein Ichthyoseerkrankter sei von Geburt an chronisch krank auf Lebenszeit und stehe damit logisch gesehen noch vor den von der Beklagten anerkannten Ausnahmeregelungen. Man habe seinen Antrag ungerechtfertigt abgelehnt ohne vorher ein Gutachten einzuholen. Dies stelle eine Diskriminierung einer Minderheit dar.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Mannheim vom 2. März 2009 sowie den Bescheid der Beklagten vom 23. April 2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11. Juni 2008 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, alle Ichthyoseerkrankten in ihre Handlungsempfehlung zur Richtlinie zu [§ 62 SGB V](#) aufzunehmen und vom Nachweis des Vorliegens einer chronischen Erkrankung zu befreien.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie erachtet die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend. Sie hat dem Senat die Handlungsempfehlung vorgelegt.

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

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung des Klägers ist unbegründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen, denn die angefochtenen Bescheide sind rechtmäßig und verletzen den Kläger nicht in seinen Rechten. Er hat nur einen Anspruch darauf, dass er über die Einschreibung in das sogenannte DMP-Programm von dem Nachweis einer Dauerbehandlung nach [§ 62 Abs 1 Satz 6](#) und 8 SGB V iVm § 2 Abs 2, § 3 Abs 3 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Umsetzung der Regelung in § 62 für schwerwiegend chronisch Erkrankte (Chroniker-Richtlinie) idF vom 22. Januar 2004 (BAnz 2004, 343) befreit wird.

Nach [§ 62 Abs 1 SGB V](#) haben Versicherte während jedes Kalenderjahres nur Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze zu leisten; wird die Belastungsgrenze bereits innerhalb eines Kalenderjahres erreicht, hat die Krankenkasse eine Bescheinigung darüber zu erteilen, dass für den Rest des Kalenderjahres keine Zuzahlungen mehr zu leisten sind. Die Belastungsgrenze beträgt 2 vH der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt; für chronisch Kranke, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, beträgt sie 1 vH der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt (Satz 2). Die Dauer der in Satz 2 genannten Behandlung ist der Krankenkasse jeweils spätestens nach Ablauf eines Kalenderjahres nachzuweisen und vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, soweit erforderlich, zu prüfen (Satz 6). Die jährliche Bescheinigung darf nur ausgestellt werden, wenn der Arzt ein therapiegerechtes Verhalten des Versicherten, beispielsweise durch Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm nach [§ 137 f SGB V](#), feststellt; dies gilt nicht für Versicherte, denen das Erfüllen der Voraussetzungen nach Satz 7 nicht mehr zumutbar ist, insbesondere wegen des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit der Pflegestufen 2 und 3 nach dem Elften Buch oder bei einem Grad der Behinderung von mindestens 60 (Satz 7). Das Nähere regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen Richtlinien (Satz 8).

Der Kläger erfüllt insofern die Voraussetzungen dieser Vorschrift, als er chronisch krank mit einer schwerwiegenden Krankheit ist. Unter einer chronischen Erkrankung ist eine langwierige, sich langsam entwickelnde und langsam verlaufende Erkrankung zu verstehen, die erfahrungsgemäß zeitlich unbefristet und über einen längeren Zeitraum hinweg ärztlicher Behandlung bzw. Beobachtung bedarf (vgl. Baier, Krauskopf, Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung, § 62 Rdnr 24). Die Krankheit muss nicht heilbar sein. Entscheidend ist, ob sie längerfristig einer Behandlung bedarf. Es ist daher weniger auf die Art der Erkrankung, sondern die Dauer ihrer Behandlungsbedürftigkeit abzustellen. [§ 62 Abs 1 Satz 10 SGB V](#) hat die Definition einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung dem Gemeinsamen Bundesausschuss in Richtlinien nach [§ 92 SGB V](#) übertragen. Nach § 2 Abs 2 der sogenannten Chroniker-Richtlinie ist eine Krankheit schwerwiegend chronisch, wenn sie wenigstens ein Jahr lang mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt wurde (Dauerbehandlung) und entweder

- Pflegebedürftigkeit der Stufe II oder III nach dem zweiten Kapitel SGB XI vorliegt oder
- ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60 oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 % nach § 30 BVG bzw. § 56 Abs 2 SGB VII vorliegt, der bzw. die

zumindest auch durch diese Krankheit begründet wird, oder • eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) erforderlich ist, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist.

Eine Dauerbehandlung ist eine ununterbrochene Behandlung über einen längeren Zeitraum, wobei es auf die Intensität der Behandlung nicht ankommt. Ausreichend sind insoweit die ständige Einnahme von Medikamenten und die regelmäßige ärztliche Kontrolle des Krankheitsverlaufs (so Baier aaO Rdnr 27). Insoweit besteht eine Nachweispflicht des Versicherten: Die geringere Belastungsgrenze gilt, solange die Behandlung wegen der schwerwiegenden chronischen Krankheit andauert. Dies ist nach [§ 62 Abs 1 Satz 6 SGB V](#) vom Versicherten jeweils nach Ablauf eines Jahres nachzuweisen. Weitere Voraussetzungen für das Weitergelten der reduzierten Belastungsgrenze ist ein therapiegerechtes Verhalten des Versicherten. Nach Abs 1 Satz 7 darf der Arzt die Fortdauer der chronischen Erkrankung nur bescheinigen, wenn er ein therapiegerechtes Verhalten des Patienten feststellt. Das therapiegerechte Verhalten dient der Sicherung des Heilungserfolges; von der verminderten Belastungsgrenze nach Abs 1 Satz 2 soll nicht profitieren, wer den eigenen Heilungserfolg gefährdet. Nach Abs 1 Satz 7 Halbsatz 2 sind Versicherte, denen ein therapiegerechtes Verhalten nicht zuzumuten ist, von dieser zusätzlichen Voraussetzung ausgenommen. Dem Gemeinsamen Bundesausschuss wird die Aufgabe zugewiesen, die Fälle zu definieren, die eine Ausnahme rechtfertigen. Diese Personengruppen sind in § 3 Abs 6 der Chroniker-Richtlinie aufgenommen worden.

Der Kläger hat durch Vorlage des Schwerbehindertenausweises sowie der Bescheinigung zum Erreichen der Belastungsgrenze nachgewiesen, dass er zum einen chronisch krank ist, zum anderen, dass bei ihm die Voraussetzungen des [§ 62 Abs 1 Satz 7 SGB V](#) vorliegen, nämlich er von der Notwendigkeit der Feststellung des therapiegerechten Verhaltens aufgrund seiner Schwerbehinderung mit einem GdB von 100 befreit ist. Demzufolge hat die Beklagte in dem Erörterungstermin vom 27. Februar 2009 auch eine chronische Erkrankung des Klägers anerkannt.

Der Kläger unterliegt danach nur noch der allgemeinen Nachweispflicht, nämlich dass er sich in Dauerbehandlung befindet. Von dieser Nachweispflicht befreit zu werden, ist Anliegen des Klägers.

Das Gesetz selbst kennt keine Befreiung von der allgemeinen Nachweispflicht. Die Beklagten hat lediglich in ihrer Handlungsempfehlung, für die es keine gesetzliche Grundlage gibt, Verfahrenserleichterungen bei bestimmten Folgeanträgen vorgesehen. Bei diesen kann auf den ärztlichen Nachweis bei der Prüfung des Fortbestehens einer chronischen Erkrankung verzichtet werden, wenn bereits die notwendigen Feststellungen getroffen worden sind und keine Anhaltspunkte für eine wesentliche Änderung der Verhältnisse, d.h. der chronischen Erkrankung vorliegen. Die A Baden-Württemberg hat dies bei dem Personenkreis der Pflegebedürftigen, der Dialysepatienten, der DMP-Teilnehmer sowie der Multiple Sklerose-Erkrankten unterstellt.

Von dieser persönlichen Nachweispflicht kann der Kläger demnach nur dann befreit werden, wenn er sich in das sogenannte DMP-Behandlungsprogramm aufnehmen lässt.

Er hat aber keinen Anspruch darauf, dass er selbst als Ichthyoseerkrankter in die Handlungsempfehlung aufgenommen wird. Insofern hat das SG die Klage zu Recht als unbegründet abgewiesen, denn die rein interne Handlungsempfehlung der Beklagten für Personengruppen, bei denen auf einen erneuten ärztlichen Nachweis verzichtet werden kann, ist vom Gesetz nicht vorgesehen. Lediglich auf den Nachweis eines therapiegerechten Verhaltens kann nach [§ 62 Abs 1 Satz 7 SGB V](#) verzichtet werden. Ein Überprüfungsspielraum des Gerichts besteht somit nicht. Das SG hat in diesem Zusammenhang zu Recht darauf hingewiesen, dass durch die Handlungsempfehlung keine weiteren Belastungen der Versicherten begründet werden und auch keine Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die Beschränkung auf die von der Beklagten genannten Personengruppen gegen den allgemeinen Gleichheitsgrundsatz ([Art 3 Grundgesetz - GG](#) -) verstößt. Aus dem Institut der "Selbstbindung der Verwaltung" lässt sich ebenfalls keine Verpflichtung der Beklagten zur Aufnahme des Klägers ableiten. Dieses Institut bestimmt grundsätzlich im Verhältnis Verwaltung-Verwalteter im Ermessensbereich die aus [Art 3 GG](#) folgende Pflicht, eine Verwaltungspraxis in gleichgelagerten Fällen nur aus sachlichen Gründen zu ändern (so bereits BSG SozR 5210 Abschnitt 2 Art 2 § 1 Nr. 1), nicht hingegen eine Verwaltungspraxis erst zu begründen.

Soweit der Kläger mit seiner Klage das Ziel verfolgt, alle Ichthyoseerkrankten in die Handlungsempfehlung aufzunehmen, so hat das SG die Klage zu Recht als unzulässig abgewiesen. Insofern fehlt es an der nach [§ 54 Abs 1 Satz 2 SGG](#) erforderlichen Klagebefugnis des Klägers. Dies bedeutet, dass der Kläger für die Klage eine eigene Rechtsbetroffenheit behaupten und diese auch möglich sein muss (vgl. zum Folgenden auch Urteil des Senats vom 28. April 2009 - [L 11 KR 2930/06](#), veröffentlicht in Juris). Eine solche Rechtsbetroffenheit setzt rechtlich geschützte Interessen voraus, die vom Schutzzweck der zugrundeliegenden Norm erfasst sein müssen (BSG [SozR 3-1500 § 55 Nr 34](#)). Solche rechtlich geschützten Interessen kann der Kläger vorliegend nicht geltend machen.

Die Berufung des Klägers ist deswegen insgesamt als unbegründet zurückzuweisen, wobei die Kostenentscheidung auf [§ 193 SGG](#) beruht.

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2009-10-28