

S 15 KR 8/19

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
SG München (FSB)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
15
1. Instanz
SG München (FSB)
Aktenzeichen
S 15 KR 8/19
Datum
14.11.2019
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

I. Die Klage wird abgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Streitig ist die Erstattung von Arzneimitteln, die auf Privatrezept verordnet wurden.

Die Mutter des im Jahre 2010 geborenen Klägers wählte für den Kläger als gesetzliche Vertreterin am 20.03.2011 die Kostenerstattung nach [§ 13 Abs. 2](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V). Mit Schreiben vom 01.12.2017 wurde sie darüber aufgeklärt, dass sämtliche Verordnungen immer auf den entsprechenden Kassenrezepten zu erfolgen hätten und anstelle des Namens der Krankenkasse der Vermerk "Kostenerstattung" anzubringen sei. Die Beklagte würde Leistungsverordnungen auf reinen Privatrezepten ab dem 01.01.2018 nicht mehr anerkennen.

Die Vertreterin des Klägers teilte telefonisch am 07.05.2018 der Beklagten mit, dass bisher immer blaue Privatrezepte vorgelegt und geduldet worden seien. Die Arztpraxis würde keine "roten Rezepte" akzeptieren.

Die Beklagte klärte die Vertreterin mit E-Mail vom 08.05.2018 daraufhin darüber auf, dass nach den Vorgaben von [§ 92 Abs. 1 Nr. 6, Abs. 2 SGB V](#) vom Gemeinsamen Bundesausschuss Richtlinien für die Verordnung von Arzneimitteln erlassen worden seien. Entsprechend § 11 Abs. 1 der Arzneimittelrichtlinie bestehe für Vertragsärzte die Pflicht, verschreibungspflichtige Medikamente auf Kassenrezept Muster 16 (rosa Rezept) zu verordnen. Im Falle der Kostenerstattung sei anstelle des Namens der Krankenkasse der Vermerk "Kostenerstattung" anzubringen. Hierfür sei keine Vorlage einer Krankenversichertenkarte nötig. Alle Kassenärzte hätten von der Kassenärztlichen Vereinigung eine entsprechende Information erhalten. Soweit rezeptpflichtige Arzneimittel verordnet würden, müsse dies demnach auf dem "rosa Rezept" erfolgen. Ein anderes Vorgehen könnte von Seiten der Krankenkassenaufsicht beanstandet werden.

Die Beklagte ermittelte sodann bei der behandelnden Ärztin Dr. C., welche verordnete Medikamente Kassenleistung und welche reine Privatleistung seien. Gemäß der Aufstellung der Ärztin sind die verordneten Medikamente Prospan Hustensaft, Nasenspray Ratiopharm, Nurofen Junior, Cefpodoxim, Soledum Kapseln, Nasenspray, Sinupret, Sedotussion Hustenstiller, Cetirizin, Advantan Milch und erneut Nasenspray Kassenleistungen, während Hysan Pflegespray und Otalgan reine Privatleistungen seien. Die behandelnde HNO-Praxis Dr. D. teilte der Beklagten am 05.09.2018 telefonisch mit, dass eine Verordnung der Medikamente über die Verwendung der "rosa Rezepte" möglich sei.

Mit streitgegenständlichem Bescheid vom 15.10.2018 wurde der Klägervertreterin erneut mitgeteilt, dass ab dem 01.01.2018 keine Privatrezepte mehr anerkannt werden können und dass eine Verordnung über das Kassenrezept (Muster 16) zu erfolgen hat. Hiergegen richtet sich der Widerspruch der Klägervertreterin vom 23.10.2018. Der Kläger sei im Prinzip einem Privatversicherten gleichgestellt. Durch die Vorgabe der Beklagten, nur Rezepte nach Muster 16 verwenden zu dürfen, wäre der Patient beim Arzt wieder schlechter gestellt.

Mit Widerspruchsbescheid vom 05.12.2018 wurde der Widerspruch zurückgewiesen. Die von der Klägervertreterin eingereichten Privatrezepte, die nach dem 01.01.2018 ausgestellt worden seien, könnten nicht erstattet werden. § 13 Abs. 2 S. 1 des Bundesmantelvertrag für Vertragsärzte (BMV-Ä) regelt, dass kostenerstattungsberechtigten Versicherten Leistungen nach den Grundsätzen der Gebührenordnung für Ärzte in Rechnung zu stellen seien. § 25a BMV-Ä regelt, dass die Verordnung von veranlassten Leistungen des

Arztes auf den jeweils dafür vorgesehenen Vordrucken gemäß der Vordruckvereinbarung (Anlage 2 des BMV-Ä) zu erfolgen habe. Dies gelte auch, wenn der Versicherte die ärztliche Leistung im Wege der Kostenerstattung erhält. Dies bedeute, dass die Verordnung auf dem vorgesehenen Vordruck vorzunehmen und anstelle der Krankenkasse der Vermerk "Kostenerstattung" anzubringen sei. Stelle der Vertragsarzt die Verordnung auf einem Privatrezept aus, so dokumentiere er damit, dass er die Leistung nicht zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnen könne. Durch die Wahl der Kostenerstattung werde nur der Weg der Beschaffung der Leistung, nicht aber Art, Inhalt und Umfang des gesetzlichen Anspruchs verändert. Die Wahl der Kostenerstattung dürfe nicht zu höheren Kosten für die Solidargemeinschaft führen. Die Beklagte sei zudem auf die Verordnung auf Kassenrezept angewiesen, um dem Gebot aus [§ 13 Abs. 2 S. 8 SGB V](#) genügen zu können. Es sei der Beklagten nicht möglich und sie sei hierzu auch nicht verpflichtet, im Nachhinein aufwendig zu klären, welche Arzneimittel zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnungsfähig seien.

Hiergegen richtet sich die Klage zum Sozialgericht München vom 03.01.2019. Es würden keine Nachteile für die Solidargemeinschaft entstehen. Die Ärzte würden bei einer Verordnung auf Privatrezept keinen Einschränkungen hinsichtlich der Anzahl von Arzneimitteln pro Rezept, der verordnungsfähigen Packungsgrößen sowie der Arzneimittelauswahl unterliegen. Bei der Ausstellung von Kassenrezepten gebe es zudem regelmäßig Schwierigkeiten bei Arztpraxen, die nicht wüssten, wie eine Erstattung zu handhaben sei.

Der Kläger beantragt:

1. Der Bescheid vom 15.10.2018 in Gestalt des Widerspruchbescheides vom 05.12.2018 wird aufgehoben.
2. Die Beklagte wird verurteilt, dem Kläger auch die nach dem 01.01.2018 auf Privatrezept verordneten verordnungsfähigen Medikamente entsprechend der gesetzlichen Vorgaben zu erstatten.
3. Es wird festgestellt, dass Kosten für erstattungsfähige Arzneimittel auch dann in gesetzlicher Höhe erstattet werden, wenn diese auf Privatrezept verordnet werden.

Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen.

Sie verweist darauf, dass eine Gleichstellung mit Privatpatienten über eine Verordnung mit Privatrezepten gesetzlich nicht möglich sei, da der Leistungsumfang auch bei einer Erstattung den der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst. Die beihilfeberechtigte Klägervertreterin könnte trotz der Versicherung ihres Sohnes in der AOK noch einen Beihilfeanspruch gegenüber ihrem Dienstherrn haben; dies wäre von der Klägervertreterin in eigener Zuständigkeit zu klären. Der Kläger sei mit einer Versichertenkarte ausgestattet, die ihn als Mitglied der AOK Bayern ausweisen würde. Die Beklagte habe die notwendige Vorgehensweise mit den behandelnden Ärzten des Klägers abgesprochen. Die Mitarbeiter der Beklagten seien jederzeit bereit, mit diesen oder anderen Praxen die praktische Abwicklung zu regeln.

Mit richterlichem Hinweis vom 12.08.2019 fragte das Gericht bei der Beklagten an, wie hoch die Erstattung wäre, wenn die Beklagte die Verordnung auf Privatrezept akzeptieren würde. Zudem wurde die Klägervertreterin gebeten darzulegen, welche konkreten Nachteile sie in Bezug auf ihre Zusatzversicherung befürchtet, wenn erstattungsfähigen Medikamente auf dem Muster 16 verordnet würden. Es bliebe dem verordnenden Arzt immer noch frei, nicht erstattungsfähige Medikamente auf Privatrezept zu verordnen.

Die Beklagte entgegnete daraufhin mit Schriftsatz vom 22.08.2019, dass streitgegenständlich Kosten in Höhe von 60,49 EUR seien, welche der Beklagten bei Verordnung auf Kassenrezept im Zeitraum zwischen dem 19.02.2018 und dem 25.07.2018 entstanden wären.

Die Klägervertreterin erwiderte auf den richterlichen Hinweis, dass sie keine finanziellen Nachteile, sondern eine Einschränkung bei der Arzneimittelverordnung befürchten würde. Nicht alle Arzneimittel seien für gesetzlich Krankenversicherte verordnungsfähig und dürften daher nicht verordnet werden. Die Vorlage des rosa Rezeptformulars schränke einige Ärzte bei der Auswahl ihrer Arzneimittel ein, da sie Regress durch Richtgrößenüberschreitungen befürchten würden, während sie bei der Vorlage eines Privatrezeptes unbefangen seien. Die Kassenärztliche Vereinigung Bayern würde darüber aufklären, dass Verordnungen bei der Wahl der Kostenerstattung auf Privatrezept vorgenommen würden. Die Beklagte entgegnete darauf hin, dass der Kläger nicht privat, sondern gesetzlich krankenversichert sei und daher nur für die Medikamente eine Kostenerstattung vorgenommen werden könne, die grundsätzlich auch ohne Wahl der Kostenerstattung verordnungsfähig seien. Die von der Klägervertreterin gekennzeichnete Position im Erklärungsvordruck der Kassenärztlichen Vereinigung sei aus Sicht der Beklagten rechtlich unzutreffend.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird zur Ergänzung des Sachverhalts auf den Inhalt der Verwaltungsakte der Beklagten sowie die Gerichtsakte des hiesigen Verfahrens Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist in ihrem Feststellungsantrag unzulässig. Zwar hält das Gericht die Feststellungsklage ([§ 55 Sozialgerichtsgesetz - SGG](#)) im Antrag Ziffer 3 noch für statthaft, obwohl eine Elementenfeststellung (Notwendigkeit der Verordnung von Medikamenten auf Rezepten nach Muster 16 als Vorfrage für den Leistungsantrag) begehrt wird. Denn ausnahmsweise ist eine solche dann zulässig, wenn durch die Elementenfeststellung der Streit der Beteiligten im Ganzen bereinigt wird (Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, § 55 Rn. 9a). So liegt der Fall hier: Die Klägervertreterin möchte erreichen, dass sie ohne Sanktionen Privatrezepte bei der Beklagten im Erstattungsverfahren einreichen kann. Dieser eigentliche hinter dem Leistungsantrag stehende Streit wird mit der Entscheidung über die Elementenfeststellungsklage bereinigt. Jedoch ist der Antrag wegen fehlenden Feststellungsinteresses als Sonderfall des Rechtsschutzbedürfnisses unzulässig. Dem Kläger fehlt die rechtliche Beschwerde, da das begehrte Urteil die rechtliche oder wirtschaftliche Stellung des Klägers nicht verbessern würde (vgl. hierzu Meyer-Ladewig, a.a.O., vor § 15 Rn. 16 ff.). Beim Kläger besteht kein schutzwürdiges Interesse wirtschaftlicher oder ideeller Art (vgl. Meyer-Ladewig, a.a.O., § 55 Rn. 15a). Die mündliche Verhandlung hat ergeben, dass es der Klägervertreterin besonders darum geht, dass der Kläger "wie ein Privatpatient" behandelt wird. Entsprechend hat sie den Kläger bei seinem behandelnden Pädiater auch als "Privatpatient" angemeldet; erst aufgrund der Nachfrage durch die Beklagte hat die Praxis erfahren, dass der Kläger gesetzlich krankenversichert ist. Es handelt sich aber nicht um ein schutzwürdiges Interesse, den gesetzlich versicherten Kläger als Privatpatienten zu camouflieren, indem dieser Privatverordnungen erhält und damit die Legende der

Privatversicherung weiter aufrechterhalten werden kann.

Auch wirtschaftliche Vorteile erhält der Kläger durch die Verordnung auf Privatrezept nicht, da lediglich der gesetzliche Leistungsumfang abgerechnet werden kann. Insoweit besteht ein schutzwürdiges Interesse der Beklagten, dass auf "rosa Rezept" verordnet wird, da die Beklagte dadurch systemimmanent die Gewähr seitens des Vertragsarztes enthält, dass die verordneten Medikamente vom gesetzlichen Leistungsumfang umfasst sind. Sofern die Klägervertreterin andere Medikamente/ Packungsgrößen für ihren Sohn erhalten möchte, steht es ihr frei, den Vertragsarzt um ein Privatrezept zu bitten und die Medikamente als Selbstzahlerin zu besorgen.

Die kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage im Leistungsantrag ist hingegen zulässig, aber nicht begründet. Der Kläger hat mit Wirkung ab dem 01.01.2018 kein Recht auf Erstattung der Medikamentenkosten, die ihm auf Privatrezept verordnet wurden. Die angegriffenen Bescheide sind rechtlich insoweit nicht zu beanstanden und beschweren den Kläger nicht im Sinne von [§ 54 Abs. 2 SGG](#).

§ 25a Abs. 2 Bundesmantelvertrag der Ärzte (BMV-Ä) lautet insoweit eindeutig: "Die Verordnung von veranlassten Leistungen ist auf den jeweils dafür vorgesehenen Vordrucken gemäß der Vordruckvereinbarung (Anlage 2 dieses Vertrages) vorzunehmen. Dies gilt auch, wenn der Versicherte die ärztlichen Leistungen im Wege der Kostenerstattung erhält."

§ 25a Abs. 5 BMV-Ä ergänzt: "Will ein Versicherter für veranlasste Leistungen Kostenerstattung in Anspruch nehmen, ist die Verordnung auf einem Vordruck gemäß der Vordruckvereinbarung vorzunehmen. Dabei ist anstelle der Angabe des Namens der Krankenkasse der Vermerk "Kostenerstattung" anzubringen. Die Krankenkasse erstatten nach Maßgabe ihrer Satzung ihren kostenerstattungsberechtigten Versicherten hierfür die Kosten entsprechend dem Leistungsanspruch einer vertragsärztlichen Versorgung. Wird die Verordnung vom Patienten als Privatbehandlung gemäß § 18 Abs. 8 Nr. 2 gewünscht, ist dafür ein Privatrezept zu benutzen. Die Verwendung des Vertragsarztstempels auf diesem Privatrezept ist nicht zulässig."

Dies bedeutet, dass die Verordnung mittels Privatrezept bei Geltendmachung eines Anspruchs auf Erstattung nach [§ 13 Abs. 2 SGB V](#) nicht zulässig ist. Die Musterformulare gelten für die Vertragsärzte verbindlich. Sie gelten sowohl für die Verordnung im Sachleistungssystem als auch im Fall der vom Versicherten nach [§ 13 Abs. 2 SGB V](#) gewählten Kostenerstattung (Schiller, Bundesmantelvertrag Ärzte, Kommentar zum gemeinsamen BMV-Ä, 2014, § 25 a Rn. 6).

Nur wenn ausdrücklich eine Privatbehandlung gewünscht ist, hat der Vertragsarzt ein Privatrezept zu benutzen, darf sich insoweit aber nicht als Vertragsarzt ausweisen.

Die Klägervertreterin liest § 18 Abs. 8 Nr. 2 BMV-Ä grundsätzlich falsch. § 18 Abs. 8 regelt, dass Vertragsärzte, die Versicherte zur Inanspruchnahme einer privatärztlichen Versorgung an Stelle der ihnen zustehenden Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung beeinflussen, gegen ihre vertragsärztlichen Pflichten verstoßen. Der Vertragsarzt darf gem. Nr. 2 nur dann eine privatärztliche Vergütung fordern, wenn und soweit der Versicherte vor Beginn der Behandlung ausdrücklich verlangt, auf eigene Kosten behandelt zu werden und dies dem Vertragsarzt schriftlich bestätigt. Nr. 2 betrifft damit Fallkonstellationen, in denen ein Versicherter, der die Behandlung im Rahmen seines Sachleistungsanspruchs ohne weiteres kostenfrei in Anspruch nehmen könnte, dennoch die Behandlungskosten selbst tragen möchte. Die Vorschrift ist als Ausnahmenvorschrift eng auszulegen (Schiller, Bundesmantelvertrag Ärzte, Kommentar zum gemeinsamen BMV-Ä, 2014, § 18 Rn. 31). Eine solche Wunschbehandlung als Privatpatient liegt beim Kläger aber nicht vor, da die Klägervertreterin die Rechnungen bei der Beklagten im Rahmen des Kostenerstattungsverfahrens als gesetzlich Versicherter weiterhin einreichen möchte.

Somit bezieht sich § 25a Abs. 5 S. 4 BMV-Ä gerade nicht auf die Erstattung nach [§ 13 Abs. 2 SGB V](#), sondern lediglich auf eine Wunschbehandlung als Privatpatient. Nur für diesen Fall ist ein Privatrezept zu verwenden. Ein gesetzlich Versicherter mit Erstattungsanspruch ist hingegen gesetzlich Versicherter mit der Pflicht, die elektronische Gesundheitskarte vorzulegen (Schiller, Bundesmantelvertrag Ärzte, Kommentar zum gemeinsamen BMV-Ä, 2014, § 13 Rn. 12).

Alleine § 13 Abs. 2 S. 1 BMV-Ä und § 25a Abs. 2 S. 2, Abs. 5 S. 1 u. 2 BMV-Ä stellen hingegen auf die Kostenerstattung gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung ab. Diese Regelung kann nur im Sinnzusammenhang zu [§ 13 Abs. 2 SGB V](#) gesehen werden. Ein anderes Kostenerstattungsverfahren (mit Ausnahme vom - hier unstrittig nicht einschlägigen - [§ 13 Abs. 3 SGB V](#)) sieht das SGB V nicht vor.

Nach allem war die Klage abzuweisen. Die Kostenentscheidung beruht auf [§§ 183, 193 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2020-03-04