

L 5 KR 6482/06

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 12 KR 7727/05
Datum
21.11.2006
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KR 6482/06
Datum
05.04.2007
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Beschluss

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 21. November 2006 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Zwischen den Beteiligten steht die Übernahme der Kosten für ein Arzneimittel im Streit.

Der 1938 geborene, bei der Beklagten krankenversicherte Kläger leidet an chronischem Asthma mit Bronchiektasen sowie Emphysemen.

Am 21. Juni 2005 verordnete der behandelnde Arzt Dr. B., Arzt für Allgemeinmedizin, dem Kläger Panthenol 5 % Lichtensteinlösung zur inhalativen Therapie. Mit Schreiben vom 27. Juni 2005 beantragte der Kläger bei der Beklagten daraufhin die Rückerstattung der von ihm hierfür verauslagten 19,78 EUR. Zur Begründung führte er an, dass er seit dreizehn Jahren an einer chronischen Bronchienerkrankung leide. Anlässlich eines Heilverfahrens im Jahr 1995 sei herausgefunden worden, dass eine inhalative Therapie mit Dexpanthenollösung im Gemisch mit einer physikalischen Kochsalzlösung für seine Bronchien eine besonders heilende und antiinfektiöse Wirkung habe. Hierdurch habe ein Fortschreiten und eine Verschlimmerung seiner chronischen Bronchienerkrankung vermieden werden können. Auch sei die Beklagte bisher regelmäßig für die verordnete Panthenollösung aufgekommen, weswegen ihm unverständlich sei, warum er die Kosten der Panthenollösung nunmehr selbst tragen müsse. Insbesondere bestehe bei ihm eine zwingende medizinische Indikation, diese Lösung zu verwenden.

Mit Bescheid vom 5. August 2005 lehnte die Beklagte es ab, die Kosten der Dexpanthenollösung zu übernehmen und führte zur Begründung an, dass Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen Anspruch darauf hätten, mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln versorgt zu werden, soweit sie auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden dürften. Dexpanthenol sei nach den Arzneimittel-Richtlinien (AMR) im Rahmen der vertragsärztlichen Behandlung grundsätzlich nicht ordnungsfähig, weswegen die Kosten nicht übernommen werden dürften.

Hiergegen erhob der Kläger Widerspruch mit der Begründung, dass für die Behandlung von Versicherten, die schwerwiegend chronisch krank seien, notwendigerweise Ausnahmen gelten würden. Mit Widerspruchsbescheid vom 2. November 2005 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Sie führte hierzu noch aus, dass durch das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung die Voraussetzungen für den Anspruch auf Versorgung mit Arzneimitteln ab dem 1. Januar 2004 neu geregelt worden seien. Danach seien nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel von der Versorgung ausgeschlossen. Ausnahmen seien vom Gemeinsamen Bundesausschuss für solche Arzneimittel festgelegt worden, die zur Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten. Hierbei sei der Wirkstoff Dexpanthenol nicht aufgeführt worden, eine Kostenerstattung daher nicht möglich.

Dagegen hat der Kläger am 5. Dezember 2005 Klage vor dem Sozialgericht Stuttgart (SG) erhoben. Zur Begründung hat er im Wesentlichen geltend gemacht, dass er an einer chronischen Atemwegserkrankung leide und eine medizinische Indikation bestehe, das verordnete Präparat auf Kosten der Beklagten zu erhalten. Die abgelehnte Übernahme der Kosten stelle überdies für ihn eine soziale Härte dar.

Mit Urteil (ohne mündliche Verhandlung) vom 21. November 2006 hat das SG die Klage abgewiesen. Es hat hierbei die Auffassung vertreten, dass ein Kostenerstattungsanspruch des Klägers nicht gegen die Beklagte bestehe, da diese nicht verpflichtet gewesen sei, den Kläger mit

der Dexpanthenollösung zu versorgen. Nach der gesetzlichen Regelung in [§ 34 Abs. 1 Satz 1](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung - (SGB V) sind nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel von der Versorgung nach [§ 31 SGB V](#) ausgeschlossen. In den gemäß [§ 34 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten AMR finde sich die hier streitgegenständliche Dexpanthenollösung zur Behandlung des beim Kläger bestehenden chronischen Asthmas mit Bronchialektasen sowie Emphysemen nicht als eine als Ausnahme zugelassene schwerwiegende Erkrankung mit der hier streitigen Lösung als Standard-Therapeutikum. Eine Kostenerstattung komme auch nicht unter dem Aspekt der sozialen Härte in Betracht. Vorliegend handele es sich um keine Zuzahlung, sondern eine Kostenerstattung, weswegen die Belastungsgrenze in [§ 62 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) nicht maßgeblich sei. Das SG war im Übrigen der Auffassung, dass die Berufung hier unzulässig sei, da im Streit nur eine Erstattungsforderung in Höhe von 19,78 EUR stünde und damit der Beschwerdewert von mindestens 500 EUR gemäß [§ 144 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) nicht erreicht sei. Das SG hat demzufolge dahingehend belehrt, dass hier zulässiges Rechtsmittel die Beschwerde wegen der Nichtzulassung der Berufung sei.

Der Kläger hat gegen das mit Einschreiben/Rückschein ihm am 25. November 2006 zugestellte Urteil am 27. Dezember 2006 (1. Werktag nach Weihnachten) Berufung eingelegt. Zur Begründung macht der Kläger einerseits geltend, dass entgegen der Auffassung des SG die Berufung zulässig sei, da Streitgegenstand nicht allein die seinerzeit erstmals angefallenen Kosten in Höhe von 19,78 EUR seien, sondern vielmehr hochgerechnet auf ein Jahr im Hinblick auf die Inhalations-Therapie für die Dexpanthenollösung und die physikalische Kochsalzlösung Kosten von ca. 550 EUR entstünden. In der Sache selbst macht der Kläger des Weiteren geltend, bei ihm bestehe die dringende medizinische Notwendigkeit und sei auch die Wirksamkeit durch die entsprechenden Atteste nachgewiesen. Soweit die Beklagte sich darauf berufe, dass eine Kostenübernahme zu Lasten der Solidargemeinschaft gehe, konterkarriere aber dies gerade den Zweck des Gesetzes Kosten einzusparen. Denn bei der Inhalations-Therapie entstünden der Beklagten Kosten von etwas mehr als 500 EUR pro Jahr gegenüber u. U. mehreren tausend Euro bei entsprechend notwendigen mehreren Krankenhausaufenthalten, die notwendig würden, wenn er diese Behandlung nicht mehr durchführen könne. Auch würde in den AMR unter Ziffer F 16.1 und F 16.2 die ausnahmsweise medizinische Versorgung von Arzneimitteln bei schwerwiegenden Erkrankungen garantiert. Die Aufzählung in den Richtlinien unter den Ziffern F. 16.4.1 bis F 16.4.43 der verschiedenen Indikationsgruppen und Erkrankungen könne keineswegs erschöpfend sein, da z. B. Lungen- oder Bronchienerkrankungen vollständig fehlen würden. Der Kläger verweist weiter darauf, dass er 1995 seinen Beruf als Architekt im Hinblick auf seine Lungenerkrankung habe aufgeben müssen, zunächst Erwerbsunfähigkeitsrente bezogen habe und in der Zwischenzeit Altersrente in Höhe von ca. 1.300 EUR im Monat beziehe. Unter Berücksichtigung seines Einkommens sowie einer kleinen Rente seiner Ehefrau in einer Größenordnung von ca. 250 EUR betrage sein Eigenanteil (1 %) bezüglich Zuzahlungen bzw. die Belastungsgrenze hierzu ca. 180 EUR pro Jahr. Hier kämen nun noch die Kosten für die Dexpanthenollösung hinzu.

Der Kläger beantragt sinngemäß,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 21. November 2006 sowie den Bescheid der Beklagten vom 5. August 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 2. November 2005 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, weiterhin die Kosten der von ihm benötigten Dexpanthenollösung zu übernehmen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die Entscheidung des SG für zutreffend.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts wird auf die Verwaltungsakte der Beklagten, die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz sowie auf das Protokoll über den Erörterungstermin vom 21. Februar 2007 Bezug genommen.

II.

Der Senat konnte gemäß [§ 153 Abs. 4 SGG](#) ohne mündliche Verhandlung durch Beschluss entscheiden, da er die Berufung einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält. Die Beteiligten sind hierzu vorher angehört worden.

1. Die Berufung ist im Übrigen zulässig. Sie ist insbesondere statthaft. Ein Berufungsausschlussgrund nach [§ 144 Abs. 1 SGG](#) liegt nicht vor. Der Beschwerdewert von 500 EUR ist überschritten. Der Kläger begehrt im Ergebnis die dauerhafte Übernahme der ihm jährlich entstehenden Kosten für die Dexpanthenollösung mit physikalischer Kochsalzlösung in Höhe von ca. 550 EUR.
2. Die Berufung ist jedoch unbegründet. Das SG hat im Ergebnis zu Recht die Klage abgewiesen, da ein Anspruch des Klägers auf Übernahme der Kosten für die hier streitige Dexpanthenol-lösung nicht besteht.

Rechtsgrundlage für die Erstattung der vom Kläger zwischenzeitlich verauslagten Kosten für das streitige Arzneimittel ist [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#). Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Die Beklagte hat jedoch zu Recht die Übernahme der Kosten für das streitige Arzneimittel abgelehnt.

Nach den vorliegenden ärztlichen Unterlagen, insbesondere dem ärztlichen Attest von Dr. B. vom 24. Juni 2005, wie auch den Bescheinigungen der Universitätsklinik T., Medizinische Klinik und Poliklinik vom 16. Juni 1997, 4. Juli 2000 und 17. Februar 2004 leidet der Kläger unter einem allergischen Asthma mit Bronchiektasen, ausgeprägtem Emphysem und Unterlappenatelektase.

Der Kläger hat daher gemäß [§ 27 Abs. 1 SGB V](#) auch 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 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 (Dexpanthenollösung) 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 die Dexpanthenollösung 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 sei, 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 in den Richtlinien die zu bearbeitenden Ausnahmen in den Arzneimittelrichtlinien dem Gemeinsamen Bundesausschuss übertragen (siehe auch [BT-Drs. 15/1525 Seite 75](#) Ziff. 5).

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.

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 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 16. Februar 2006 geltenden Fassung aufgeführt. 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. 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 ordnungsfähigen Arzneimittel eingesetzt werden (Begleitmedikation), ordnungsfähig 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 ordnungsfähig sind.

Damit bleibt im Ergebnis festzuhalten, dass ein Anspruch des Klägers auf Übernahme der ihm in der Zwischenzeit angefallenen Kosten für die auf eigene Kosten angeschaffte Dexpanthenollösung mit physikalischer Kochsalzlösung zur inhalativen Therapie nicht besteht.

Wie bereits auch vom SG ausgeführt, führt der vom Kläger geltend gemachte Einwand der sozialen Härte zu keinem günstigeren Ergebnis, da eine Belastungsgrenze nur im Bereich der Zuzahlungen ([§ 61 SGB V](#)), bei ihm als chronisch Kranken ein Prozent des zur Verfügung stehenden Bruttoeinkommens pro Jahr vorgesehen ist, nicht jedoch hinsichtlich der einem Versicherten daneben entstehenden Kosten für nicht verschreibungspflichtige und damit von der gesetzlichen Krankenkasse nicht mehr zu übernehmenden Arzneimittel.

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

2007-04-12