L 11 KR 5841/10

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
11
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 7 KR 1318/09
Datum
16.11.2010
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 11 KR 5841/10
Datum
13.03.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 16.11.2010 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob der Klägerin gegen die Beklagte ein Anspruch auf Erstattung von 1.395,89 EUR zuzüglich 5 % Zinsen über dem jeweiligen Basiszinssatz für eine privatärztliche ambulante Krankenbehandlung mittels ganzheitlicher Therapie sowie für verschiedene nicht verschreibungspflichtige Medikamente bzw Nahrungsergänzungsmittel zusteht.

Die am 01.04.1956 geborene Klägerin leidet an progredienter Multipler Sklerose. Mittlerweile ist sie vollständig auf einen Rollstuhl angewiesen.

Am 08.07.2008 beantragte sie bei der Beklagten die Kostenübernahme für ambulante privatärztliche Leistungen des Diplom-Biologen, Facharztes für Allgemeinmedizin, Homöopathie und Naturheilverfahren E. sowie für die von ihm verordneten Arzneimittel und Nahrungsergänzungsmittel. Hierzu legte die Klägerin Honorar- und Apothekenrechnungen für den Zeitraum vom 23.01.2008 bis zum 10.04.2008 vor. Im Jahr 2009 befand sie sich wegen ihrer Erkrankung einmal, im Jahr 2010 dreimal in stationärer Behandlung im Krankenhaus. Mit Bescheid vom 14.07.2008 lehnte die Beklagte die Kostenübernahme ab. Die Behandlungsmethode sei nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung. Auch seien die Arzneimittel bereits auf der ärztlichen Verordnung als nicht erstattungsfähig bezeichnet worden.

Am 14.08.2008 erhob die Klägerin hiergegen Widerspruch und legte weitere Rechnungen sowie ein ärztliches Attest von Herrn E. vor. Aus diesem Attest vom 29.02.2008 ergibt sich, dass ein neuer Therapieansatz mit ganzheitlichen Behandlungsmethoden angezeigt gewesen sei, weil die bisherigen Therapien frustan gewesen seien.

In einer Stellungnahme vom 30.10.2008 gab Herr E. an, die Klägerin habe sich erstmals am 23.01.2008 bei ihm vorgestellt. Die für die vergangenen Jahre charakteristisch gewesenen Verlaufszeichen Schub-Stagnation-Verschlechterung sollten nach ganzheitlichen Therapiemaßnahmen durch die anthroposophische Heilkunst erweitert angegangen werden. Er habe einen Provokationstest mittels Impulsstrombehandlung sowie Infusionsbehandlungen durchgeführt und verschiedene Arzneimittel aus der ganzheitlichen/anthroposophischen Heilkunst ausgewählt; im Einzelnen: Natrium mur 6.LM, Aconit Schmerzgel, Cerebrum comp, Hepar/Stannum, Horviten Kapseln, Harnsäuretropfen, Biomineral 3 Ferr Phos D 12, Pyrit Zinnober, Pfluegerplex Ratanhia, Horvi-Enzym-Crotalus forte, Natrium mur 12. LM.

Die Beklagte holte daraufhin ein Gutachten des Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK) ein. In seinem sozialmedizinischen Gutachten vom 10.12.2008 führt der MDK hinsichtlich der Horviten-Kapseln aus, diese enthielten Vitamine, Mineralien und verschiedene tierische und pflanzliche Extrakte und seien am ehesten als Nahrungsergänzungsmittel aufzufassen und nach den Arzneimittel-Richtlinien von der Kostenübernahme durch die Krankenkasse ausgeschlossen. In einem weiteren sozialmedizinischen Gutachten vom 12.01.2009 legte der MDK dar, die ganzheitliche Therapie sei eine außervertragliche Leistung, die bisher keinen Eingang in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gefunden habe. Der Gemeinsame Bundesausschuss habe dazu für den ambulanten Bereich bisher kein Votum abgegeben. Bei der Klägerin bestehe keine akut lebensbedrohliche Situation. Den bei ihr gestellten Diagnosen könne mit Verordnungen nach dem Heilmittelkatalog begegnet werden.

Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 25.02.2009 den Widerspruch zurück. Bei den Arzneimitteln Cerebrum, Hepar, Aconit, Harnsäuretropfen, Biomineral 3, Ratanhia, Pyrit Zinnober, LM-Potenzen handele es sich um nicht verschreibungspflichtige homöopathische und anthroposophische Arzneimittel, so dass eine Kostenübernahme schon dem Grunde nach ausscheide. Der behandelnde Arzt habe diese Arzneimittel im Rahmen seiner Verordnungshoheit nicht auf Kassenrezept, sondern auf Privatrezept verordnet. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich seien, könnten Versicherte nicht beanspruchen, dürfen Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen. Bei den Horvito-Präparaten handele es sich um keine zugelassenen Arzneimittel, sondern um Nahrungsergänzungsmittel aus den Niederlanden. Diese seien nach Abschnitt E Ziffer 15.1. der AMR von der Versorgung nach [§ 27 SGB V](#) zu Lasten der GKV ausgeschlossen. Selbst wenn die beantragten Präparate im Einzelfall einen positiven Behandlungserfolg erzielten, führe dies nicht zu einer anderen Entscheidung, da die gesetzlichen Bestimmungen verbindlich seien. Des Weiteren seien ärztliche Leistungen (Infusionen, Injektionen usw.), die unmittelbar mit der Verordnung der Arzneimittel in Verbindung stünden, keine Leistung der GKV. Auch bei dem Provokationstest handele es sich nicht um eine Leistung der GKV. Nach [§ 2 Abs 2 SGB V](#) sei die Krankenversicherung durch das Sachleistungsprinzip geprägt. Das bedeute, dass die erforderlichen Leistungen grundsätzlich kostenfrei als Sach- und Dienstleistungen bereitgestellt würden und die Abrechnung der Leistungen über die Krankenversicherungskarte (KVK) erfolge. Eine Erstattung der eingereichten Privatrechnungen und Privatverordnungen scheide daher aus.

Am 25.03.2009 hat die Klägerin beim Sozialgericht Karlsruhe (SG) Klage erhoben und ihr Begehren weiter verfolgt. Die neue Therapie habe zu einer Verbesserung ihres Zustandes geführt. Die von ihr vorgelegte Stellungnahme der Multiple-Sklerose-Gesellschaft führe aus, dass es bisher noch keine befriedigende Behandlungsmethode gebe.

Das SG hat die Klage mit Gerichtsbescheid vom 16.11.2010 abgewiesen. Der geltend gemachte Anspruch auf Erstattung der Kosten für die ganzheitliche Therapie beim Facharzt für Allgemeinmedizin E. und die von ihm ausgewählten Arzneimittel stehe der Klägerin nicht zu. [§ 13 Abs 3 SGB V](#) mache eine Kostenerstattung nicht nur davon abhängig, dass eine selbstbeschaffte Leistung notwendig und vom Leistungskatalog der Krankenkasse umfasst sei. Erforderlich sei vielmehr weiter, dass die Krankenkasse eine Leistung entweder zu Unrecht abgelehnt oder es sich um eine unaufschiebbare Leistung gehandelt habe. Keine dieser Voraussetzungen sei erfüllt. Ein auf die Verweigerung der Sachleistung gestützter Erstattungsanspruch scheide nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) aus, wenn sich der Versicherte die Leistungen besorgt habe, ohne die Krankenkasse einzuschalten und ihre Entscheidung abzuwarten. Insoweit müsse zwischen der rechtswidrigen Ablehnung und dem Nachteil des Versicherten ein Ursachenzusammenhang bestehen. Daran fehle es, wenn die Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Behandlung mit dem Leistungsbegehren gar nicht befasst worden sei, obwohl dies möglich gewesen wäre. Die von der Klägerin eingereichten Rechnungen sowohl für die ambulante Krankenbehandlung durch den Facharzt für Allgemeinmedizin E. als auch für die Arzneimittel datieren vor dem ablehnenden Bescheid vom 14.07.2008. Der Beschaffungsweg sei nicht eingehalten. Das sich zwingend aus [§ 13 Abs 3 SGB V](#) ergebende Kausalitätserfordernis könne auch nicht mit dem Einwand umgangen werden, es habe von vornherein festgestanden, dass die Krankenkasse die begehrte Leistung ablehnen werde. Auf eine vorherige Antragstellung hätte deshalb allenfalls dann verzichtet werden können, wenn es sich bei den von der Klägerin begehrten Leistungen um eine unaufschiebbare Leistung gehandelt hätte. Unaufschiebbar sei eine Behandlung aber nur dann, wenn sie im Zeitpunkt ihrer tatsächlichen Durchführung so dringlich gewesen sei, dass aus medizinischer Sicht keine Möglichkeit eines nennenswerten zeitlichen Aufschubes mehr bestanden habe. Aber selbst wenn die begehrte Behandlung unaufschiebbar gewesen wäre, könne die Klägerin ihren Kostenerstattungsanspruch nicht auf [§ 13 Abs 3 Satz 1 SGB V](#) stützen. Denn neben der medizinischen Unaufschiebbarkeit setze diese Vorschrift weiter voraus, dass die Krankenkasse die in Rede stehenden Leistungen nicht rechtzeitig habe erbringen können. Davon wiederum könne im Regelfall nur ausgegangen werden, wenn sie mit dem Leistungsbegehren konfrontiert worden sei und sich dabei ihr Unvermögen herausgestellt habe. Nur da, wo eine vorherige Einschaltung der Krankenkasse vom Versicherten nach den Umständen des Falls nicht verlangt werden könne, dürfe die Unfähigkeit zur rechtzeitigen Leistungserbringung unterstellt werden. Dies sei hier nicht ersichtlich.

Gegen den ihrem Prozessbevollmächtigten am 22.11.2010 zugestellten Gerichtsbescheid hat die Klägerin am 22.12.2010 beim Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) Berufung eingelegt. Die frühere, wesentlich kostenintensivere Therapie habe zu keiner Besserung geführt. Aus diesem Grunde sei ein neuer Therapieansatz mit ganzheitlicher Behandlungsmethode angezeigt gewesen. Da nunmehr die Behandlung durch Herrn E. sehr wirksam sei, sei sie weiterhin der Ansicht, dass die wesentlich geringeren Kosten von der Beklagten zu erstatten seien. Die Stellungnahmen von Herrn E. vom 29.02.08 sowie der Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft bestätigten die Heilerfolge dieser neuen Therapie. Durch die Behandlung bei Herrn E. seien gerade die Voraussetzungen des [§ 27 SGB V](#) bei ihr eingetreten, so dass nicht nachvollziehbar sei, warum diese Leistungen nicht ersetzt würden. Auch sei sie der Ansicht, dass es auf die vom SG weiter angeführte Vorschrift [§ 13 Abs 3 Satz 1](#) 2. Alternative SGB V nicht ankomme, sondern allein darauf, dass durch die von Herrn E. eingeleitete Behandlung die früher sehr hohen Kosten hätten vermieden werden können.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 16.11.2010 sowie den Bescheid der Beklagten vom 14.07.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 25.02.2009 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin 1.395,89 EUR zuzüglich 5 % Zinsen über dem jeweiligen Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu bezahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte ist der Berufung entgegengetreten. Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend. Kostenvergleiche zwischen einer im vertraglichen Rahmen erbringbaren und einer in diesem Fall nicht erbringbaren Therapie sind nicht ausschlaggebend. Nach wie vor könnten die Kosten für Arzneimittel, die ein behandelnder Arzt im Rahmen seiner Verordnungshoheit nicht auf Kassenrezept, sondern auf Privatrezept verordne, nicht zu Lasten der Kasse erstattet werden.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Senatsakte sowie die beigezogenen Akten des SG und der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist gemäß [§§ 143, 144, 151 Abs 1 SGG](#) statthaft und zulässig, aber unbegründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen.

Gegenstand der kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage ([§ 54 Abs 1 iVm Abs 4 SGG](#)) der Klägerin ist der Bescheid der Beklagten vom 14.07.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 25.02.2009, mit dem die Beklagte die Erstattung von Kosten für eine privatärztliche ambulante Krankenbehandlung mittels ganzheitlicher Therapie bei Herrn E. sowie für verschiedene nicht verschreibungspflichtige Medikamente bzw Nahrungsergänzungsmittel abgelehnt hat. Diese Entscheidung der Beklagten ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Sie hat keinen Anspruch auf Erstattung der geltend gemachten Kosten.

Der geltend gemachte Anspruch richtet sich nach [§ 13 SGB V](#) in der vom 01.04.2007 bis zum 31.12.2010 geltenden Fassung. Nach dessen Abs 1 darf die Krankenkasse anstelle von Sach- oder Dienstleistung Kosten nur erstatten, soweit es das SGB V bzw das SGB IX vorsieht. Gemäß [§ 13 Abs 2 Satz 1 SGB V](#) können Versicherte anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Darüber hinaus sieht das Gesetz - soweit es sich nicht um einen Fall mit Auslandsbezug handelt (vgl [§ 13 Abs 4 bis 6 SGB V](#)) - einen Kostenerstattungsanspruch nur vor, wenn die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte, sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und Versicherten dadurch für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden sind ([§ 13 Abs 3 Satz 1 SGB V](#)) oder es sich bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation um einen Fall des [§ 15 SGB IX](#) handelt ([§ 13 Abs 3 Satz 2 SGB V](#)).

Die Klägerin, die im streitigen Zeitraum gesetzlich versichertes Mitglied der Beklagten war, hatte eine Kostenerstattung iSd [§ 13 Abs 2 SGB V](#) nicht gewählt. Ferner geht es auch nicht um einen Fall mit Auslandsberührung (vgl [§ 13 Abs 4](#) und 5 SGB V). Auch handelte es sich nicht um eine selbstbeschaffte Leistung zur medizinischen Rehabilitation iSd [§ 15](#) iVm [§§ 5 Nr 1, 6 Abs 1 Nr 1, 26](#) ff SGB IX, sodass auch ein Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs 3 Satz 2 SGB V](#) iVm [§ 15 SGB IX](#) ausscheidet. Vielmehr hat die Klägerin die Leistungen als Krankenbehandlung iSd SGB V in Anspruch genommen. Hierfür können - nachdem die Klägerin eine Kostenerstattung iSd [§ 13 Abs 2 SGB V](#) nicht gewählt hat - Kosten aber nur nach [§ 13 Abs 3 Satz 1 SGB V](#) erstattet werden. Insoweit hat das SG aber zutreffend dargelegt, dass und warum die Klägerin eine Kostenerstattung nicht verlangen kann. Auf die zutreffenden Ausführungen, denen sich der Senat nach eigener Prüfung anschließt, wird Bezug genommen ([§ 153 Abs 2 SGG](#)) und die Berufung aus diesen Gründen zurückgewiesen.

Die streitigen Leistungen waren nicht unaufschiebbar, weil es der Klägerin ohne Beeinträchtigung ihrer Gesundheit oder der Behandlung möglich gewesen wäre, vor Beginn der Leistungsanspruchnahme die Beklagte einzuschalten. Die ablehnende Entscheidung der Beklagten war nicht kausal für den Anfall der Kosten. Die Klägerin hat sich erst deutlich nach Beginn der Leistungsanspruchnahme an die Beklagte gewandt und für die Zeit nach der Ablehnung seitens der Beklagten keine Kosten mehr geltend gemacht. Daher liegen die Voraussetzungen für einen Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs 3 Satz 1 SGB V](#) nicht vor. Unerheblich ist, ob die Klägerin subjektiv eine Besserung ihres Gesundheitszustandes empfunden hat. Darauf kommt es nicht an. Ein objektiver Heilerfolg der Therapie ist überdies nicht belegt. Die nach der Therapie notwendig gewordenen vier Krankenhausaufenthalte in den Jahren 2009 und 2010 sprechen eher gegen einen nachhaltigen Heilerfolg. Der Gesichtspunkt der "ersparten Aufwendungen" rechtfertigt grundsätzlich keine Kostenübernahme durch die Beklagte. Denn die gesetzlichen Krankenkassen dürfen Leistungen nur bewilligen, wenn dies ein Gesetz vorschreibt oder zulässt. Insoweit gilt der Vorbehalt des Gesetzes im Sozialrecht nach [§ 31](#) Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) uneingeschränkt. Das Wirtschaftlichkeitsgebot ([§ 12 SGB V](#)) begrenzt den Anspruch auf Krankenbehandlung, vermag aber nicht seinerseits einen Rechtsanspruch auf bestimmte Leistungen zu begründen (BSG, 25.05.2000, [B 8 KN 3/99 KR R](#), [BSGE 86, 174](#), 179 = [SozR 3-2500 § 27a Nr 1](#); Helbig in juris-PK [§ 13 SGB V](#) RdNr 30). Dass ohne die von Dr. E. vorgeschlagene Therapie höhere Kosten entstanden wären, ist zudem nicht belegt.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#). Dabei hat der Senat im Rahmen seines Ermessens insbesondere berücksichtigt, dass die Klägerin auch in der Berufungsinstanz ohne Erfolg geblieben ist.

Die Revision wird nicht zugelassen, da Gründe für die Zulassung nicht vorliegen ([§ 160 Nr 1 und 2 SGG](#)).

Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2012-03-16