

L 16 KR 638/15

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
16
1. Instanz
SG Detmold (NRW)
Aktenzeichen
S 24 KR 58/15
Datum
08.10.2015
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 16 KR 638/15
Datum
29.09.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 3 KR 5/17 B
Datum
04.05.2017
Kategorie
Urteil
Bemerkung
NZB als unzulässig verworfen

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Detmold vom 08.10.2015 wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Versorgung mit dem Magnetfeldtherapiesystem 200 F (komplett mit Kunstledermatte, 16 Spulen und Stecknetzerteil) der Firma N.

Die 1956 geborene Klägerin ist bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert. Am 11.11.2014 stellte sie einen Antrag auf Kostenübernahme für ein Gerät zur Durchführung einer (nicht-invasiven) pulsierenden Magnetfeldtherapie zur Behandlung der bei ihr bestehenden Schmerzzustände. Zur Begründung führte sie aus, dass sie die Magnetfeldtherapie während einer (gemeinsam mit ihrem Ehemann durchgeführten) stationären Rehabilitation kennen gelernt habe. Unter Nutzung dieses Therapiesystems sei es zu einer Schmerzreduktion, einer Verbesserung der Bewegungsfähigkeit und des allgemeinen Wohlbefindens gekommen.

In einer von der Beklagten eingeholten Stellungnahme vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vom 12.11.2014 kam dieser zu dem Ergebnis, dass es sich bei der beantragten Leistung weder um ein anerkanntes Hilfsmittel noch um eine anerkannte Therapieform handele. Empfohlen werde stattdessen eine fachärztliche Mitbehandlung, je nach Symptomatik und Erkrankung.

Daraufhin lehnte die Beklagte den Antrag mit Bescheid vom 21.11.2014 ab. Zur Begründung führte sie aus, dass es sich bei der pulsierenden Magnetfeldtherapie um eine neue Behandlungsmethode handele. Diese könne nur dann zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) eine positive Empfehlung über deren therapeutischen Nutzen und die medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit abgegeben habe. Der GBA habe jedoch festgestellt, dass ein Nutzen der Magnetfeldtherapie nicht nachgewiesen werden könne. Die Leistung sei in der Richtlinie nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) mit dem Hinweis aufgenommen worden, dass eine Leistungserbringung zu Lasten der Krankenkassen ausgeschlossen sei.

Den dagegen am 24.11.2014 eingelegten Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 19.01.2015 zurück. Die Magnetfeldtherapie dürfe nicht erbracht werden, weil der GBA eine negative Stellungnahme zu deren Nutzen abgegeben habe; dies gelte auch für das Hilfsmittel, das im Rahmen der Therapie zur Anwendung komme. Eine notstandsähnliche Krankheitssituation sei nicht gegeben.

Dagegen hat die Klägerin am 05.02.2015 beim Sozialgericht (SG) Detmold Klage erhoben. Durch die Magnetfeldtherapie seien ihre Schmerzen geringer geworden, die Beweglichkeit sei verbessert worden und ihr Blutdruck habe gesenkt werden können. Sie könne bei ihrer geringen Rente die Mietkosten für das Gerät von 200,00 EUR monatlich nicht mehr tragen; beim Kauf beliefen sich die Kosten auf nur 1.980,00 EUR brutto. Ihre Ärzte hätten mit dem Hinweis darauf, dass die Krankenkasse die Kosten für die Therapie nicht übernehmen werde, die Ausstellung einer ärztlichen Verordnung abgelehnt.

Die Klägerin hat beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 21.11.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19.01.2015 zu verurteilen,

sie mit dem Magnetfeldtherapiesystem 200 F (komplett mit Kunstledermatte, 16 Spulen und Steckernetzteil) der Firma N zu versorgen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie ist der Ansicht, dass der angefochtene Bescheid der Sach- und Rechtslage entspreche und daher nicht zu beanstanden sei. Die Behandlung mit einem Magnetfeldtherapiesystem zähle nicht zu den in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung anerkannten Verfahren. Ausnahmetatbestände, die eine Kostenübernahme aufgrund der Rechtsprechung möglich machten, lägen nicht vor.

Das SG hat Befundberichte des Facharztes für Innere Medizin Dr. I vom 28.05.2015 und des Hausarztes Dr. Q vom 01.06.2015 eingeholt.

Mit Urteil vom 08.10.2015 hat das SG die Klage abgewiesen. Die Klägerin habe keinen Anspruch auf Versorgung mit dem Magnetfeldtherapiesystem 200 F der Firma N. Die Therapie sei rechtlich von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung nicht umfasst. Die nicht-invasive (pulsierende) Magnetfeldtherapie stelle eine neue Behandlungsmethode dar, deren Nutzen der GBA negativ bewertet habe (Hinweis auf Beschluss vom 14.01.1992, Nr. 9 der Anlage 2 der NUB-RL; nunmehr Anlage II Nr. 9 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung). Die in Bezug auf die nicht-invasive Magnetfeldtherapie abgegebene negative Stellungnahme des GBA schlage auch auf [§ 33 SGB V](#) (Hilfsmittel) durch. Das Bundessozialgericht (BSG) habe bereits entschieden, dass die Erstellung und Fortentwicklung des Hilfsmittelverzeichnisses nicht unabhängig von der Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden durch den GBA erfolgen könne (Hinweis auf BSG, Urteil vom 12.08.2009 - [B 3 KR 10/07 R](#), juris).

Ein Ausnahmefall, in dem es keiner Empfehlung des GBA bedürfe, sei nicht gegeben. Die Voraussetzungen eines sog. Systemversagens seien nicht erfüllt. Die Voraussetzungen im Hinblick auf die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 06.12.2005 ([1 BvR 347/98](#)) lägen ebenfalls nicht vor.

Schließlich ergebe sich ein Anspruch der Klägerin auch nicht aus [§ 13 Abs. 3a SGB V](#). Die Beklagte habe die hier einschlägige 5-Wochen-Frist nach [§ 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V](#) eingehalten.

Gegen das ihr am 21.10.2015 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 23.10.2015 Berufung eingelegt. Sie könne beweisen, dass die pulsierende Magnetfeldtherapie ihr sehr geholfen habe, die Medikamente hingegen nicht, die in ihrem Fall extrem geschadet hätten. Nachdem sie die pulsierende Magnetfeldtherapie nicht mehr nutzen könne, seien die Medikamente drastische erhöht worden und ein neues Medikament hinzugekommen.

Die Klägerin beantragt schriftsätzlich,

das Urteil des Sozialgerichts Detmold vom 08.10.2015 zu ändern und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 21.11.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19.01.2015 zu verurteilen, sie mit dem Magnetfeldtherapiesystem 200 F (komplett mit Kunstledermatte, 16 Spulen und Steckernetzteil) der Firma N zu versorgen.

Die Beklagte beantragt schriftsätzlich,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend.

Die Klägerin hat zahlreiche Berichte zur pulsierenden Magnetfeld-Therapie zu den Akten gereicht. Den gegen die verhandelnden Richter gestellten Befangenheitsantrag hat der Senat mit Beschluss vom 21.09.2016 zurückgewiesen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den übrigen Inhalt der Gerichtsakte und der Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

Der Senat hat in Abwesenheit der Beteiligten verhandeln und entscheiden können, weil diese auf die entsprechende Möglichkeit in der Ladung hingewiesen worden sind ([§§ 153 Abs. 1, 110 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz - SGG).

Die zulässige Berufung der Klägerin ist unbegründet. Zu Recht hat das SG die Klage mit Urteil vom 08.10.2015 abgewiesen. Die Klägerin ist durch die angefochtene Verwaltungsentscheidung nicht beschwert im Sinne von [§ 54 Abs. 2 Satz 1 SGG](#). Sie hat keinen Sachleistungsanspruch auf die begehrte Versorgung.

Versicherte haben gemäß [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheiten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Nach [§ 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach [§ 34 SGB V](#) ausgeschlossen sind.

Das von der Klägerin begehrte Magnetfeldtherapiesystem 200 F (komplett mit Kunstledermatte, 16 Spulen und Steckernetzteil) stellt als sächliches Mittel ein Hilfsmittel im Sinne des [§ 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) dar (zum Hilfsmittelbegriff siehe BSG, Urteil vom 19.10.2004, [B 1 KR 28/02 R](#) = juris Rn. 10 m.w.N.; Butzer in Becker/Kingreen, Kommentar zum SGB V, 4. Auflage 2014, § 33 Rn. 4).

Ein Sachleistungsanspruch für ein Hilfsmittel zur Sicherung einer Behandlung setzt voraus, dass diese Behandlung ihrerseits in den

Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung fällt. Diese Voraussetzung ist nicht gegeben. Soll ein Hilfsmittel im Rahmen der Krankenbehandlung ([§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGB V](#)) gemäß [§ 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) den Erfolg sichern, ist seine Verwendung, anders als etwa bei Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich, nicht von dem zugrunde liegenden Behandlungskonzept und den hierfür geltenden Anforderungen nach den [§§ 2 Abs. 1 Satz 3, 12 Abs. 1 SGB V](#) in Verbindung mit [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) zu trennen. Nach letzterer Bestimmung dürfen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung zulasten der Krankenkassen nur erbracht werden, wenn der GBA auf Antrag eines Unparteiischen nach § 91 Abs. 2 S. 1, einer Kassenärztlichen Bundesvereinigung, einer Kassenärztlichen Vereinigung oder des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 5 Empfehlungen abgegeben hat über 1. die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode sowie deren medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit - auch im Vergleich zu bereits zulasten der Krankenkassen erbrachten Methoden - nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse in der jeweiligen Therapierichtung, 2. die notwendige Qualifikation der Ärzte, die apparativen Anforderungen sowie Anforderungen an Maßnahmen der Qualitätssicherung, um eine sachgerechte Anwendung der neuen Methode zu sichern, und 3. die erforderlichen Aufzeichnungen über die ärztliche Behandlung. Die nicht-invasive (pulsierende) Magnetfeldtherapie stellt eine neue Methode im Sinne dieser Vorschrift dar, für die der GBA eine negative Bewertung über den Nutzen abgegeben hat (Beschluss vom 14.01.1992, Nr. 9 der Anlage 2 der NUB-RL; nunmehr Anlage II Nr. 9 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung).

Neu ist die Behandlungsmethode in diesem Sinne, wenn sie zum Zeitpunkt der Behandlung nicht als abrechnungsfähige Leistung, wie vorliegend, im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM-Ä) aufgeführt ist (BSG, Urteil vom 17.2.2010, [B 1 KR 10/09 R](#) = juris Rn. 21; Urteil vom 26.09.2006, [B 1 KR 3/06](#) = [SozR 4-2500 § 27 Nr.10](#)).

Die Sperrwirkung für solche Behandlungsmethoden des in [§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) begründeten Leistungsverbots mit Erlaubnisvorbehalt erfasst jegliche Maßnahmen im Rahmen einer bei einem bestimmten Krankheitsbild systematisch angewandten "Methode" und demgemäß auch den Einsatz des hier begehrten Hilfsmittels (BSG, Urteil vom 12.08.2009, [B 3 KR 10/07 R](#) = juris Rn. 18 m.w.N.; BSG, Beschluss vom 19.09.2012, [B 3 KR 14/12 B](#)).

Ein Ausnahmefall, in dem es keiner Empfehlung des GBA bedarf, ist vorliegend nicht gegeben. Anhaltspunkte für einen Seltenheitsfall liegen nicht vor; ein solcher wird von der Klägerin auch nicht behauptet (zum Seltenheitsfall vgl. BSG, Urteil vom 19.10.2004, [B 1 KR 27/02 R](#)). Die Voraussetzungen sowohl für die Annahme eines Systemversagens als auch im Hinblick auf die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 06.12.2005 ([1 BvR 347/98](#)) sind vom SG im angefochtenen Urteil zu Recht verneint, worden.

Schließlich liegen auch die Voraussetzungen einer Genehmigungsfiktion nach [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) nicht vor. Danach hat die Krankenkasse über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst), eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden (Satz 1). Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten (Satz 2). Der Medizinische Dienst nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung (Satz 3). Wird ein im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehenes Gutachterverfahren durchgeführt, hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden; der Gutachter nimmt innerhalb von vier Wochen Stellung (Satz 4). Kann die Krankenkasse Fristen nach Satz 1 oder Satz 4 nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit (Satz 5). Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt (Satz 6). Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet (Satz 7).

Es kann dahin gestellt bleiben, ob das SG zu Recht von der Fünf-Wochen-Frist ausgegangen ist. Bedenken bestehen deshalb, weil die Beklagte nach Aktenlage gegenüber der Klägerin nicht mitgeteilt hat, den MDK einzuschalten (vgl. zu dieser Fallkonstellation BSG, Urteil vom 08.03.2016, [B 1 KR 25/15 R](#)). Es ist jedoch auch die Drei-Wochen-Frist nach [§ 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V](#) durch die Beklagte eingehalten worden. Der Antrag auf die streitige Versorgung ist hier am 11.11.2014 gestellt und innerhalb der Drei-Wochen-Frist mit Bescheid vom 21.11.2014 abgelehnt worden. Offen bleiben kann, ob für die Einhaltung der Frist das Datum des Bescheides oder aber der Zugang des Bescheides maßgeblich ist. Selbst wenn auf den Zugang abgestellt wird, ist die Frist eingehalten. Die Klägerin hat bereits am 24.11.2014 den Widerspruch gegen den Bescheid vom 21.11.2014 eingelegt und damit 13 Tage nach Antragstellung.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Gründe, die Revision zuzulassen ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)), liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2017-05-17