

## S 3 KR 977/05

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

SG Reutlingen (BWB)

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

3

1. Instanz

SG Reutlingen (BWB)

Aktenzeichen

S 3 KR 977/05

Datum

09.02.2006

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 5 KR 1039/06

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Der grundsätzliche Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung begegnet im Hinblick auf etwaige Besonderheiten der anthroposophischen Medizin keinen verfassungsrechtlichen Bedenken

1) Die Klage wird abgewiesen.

2) Außergerichtliche Kosten werden nicht erstattet.

3) Soweit eine Einschränkung der Berufung auf die Klage betreffend den Bescheid vom 14.07.2005 erfolgt, wird die Berufung zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Erstattung von Kosten für die Beschaffung nicht verschreibungspflichtiger anthroposophischer Arzneimittel.

Die am ... geborene Klägerin ist bei der Beklagten pflichtkrankenversichert. Von der Möglichkeit entgegen dem Sachleistungsgrundsatz Kostenerstattung zu wählen, hat sie keinen Gebrauch gemacht.

Am 18.11.2004 beantragte die Klägerin bei der Beklagten die Erstattung von Kosten für die Beschaffung anthroposophischer Arzneimittel, die ihr in der Zeit vom 16.01.2004 bis zum 29.09.2004 von ihren behandelnden Ärzten auf "Privatrezept" verordnet wurden.

Mit Bescheid vom ... lehnte die Beklagte die Kostenerstattung ab. Bei den für die Klägerin auf Privatrezepten verordneten Arzneien handle es sich um Mittel, die entweder apothekenpflichtig aber nicht verschreibungspflichtig seien bzw. um ausgeschlossene Arzneimittel. Aus diesen Grund seien die Arzneimittel nicht auf Vertragsrezept zu Lasten der Krankenkasse sondern auf Privatrezept verordnet worden. Eine Kostenerstattung könne daher nicht erfolgen.

Hiergegen richtete sich der Widerspruch der Klägerin vom ... Die Klägerin trug vor, der seit 01.01.2004 aufgrund der Neuregelung des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz GMG) vom 14.11.2003 ([BGBl. I 2190](#)) geltende Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel sei verfassungswidrig. Sie nahm dazu auf eine vom Bundesverfassungsgericht mit Beschluss vom 04.08.2004 nicht angenommene Verfassungsbeschwerde Bezug (Az.: [1 BvR 1076/04](#)). In der Verfassungsbeschwerde wurde die Entwicklung der anthroposophischen Medizin, ihre Stellung als anerkannte besondere Therapierichtung nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung und ihre Eigenschaft als Arzneimitteltherapie dargestellt. Es wurde geltend gemacht, der mit der Neuregelung des GMG im Wesentlichen erfolgte Ausschluss anthroposophischer Arzneimittel aus der vertragsärztlichen Versorgung stehe im Widerspruch zur Zulassung der anthroposophischen Medizin als mögliche Therapierichtung. Die in den Arzneimittelrichtlinien vorgesehene Ausnahmeliste führe nicht zur Beseitigung dieses Mangels. Die gesetzliche Neufassung der Anspruchsgrundlage für die Arzneimittelversorgung verstoße gegen das Selbstbestimmungsrecht des Patienten und gegen den allgemeinen Gleichheitssatz. Der Patient könne die Therapierichtung frei wählen, das heiße entscheiden, ob er nach den Regeln der Schulmedizin behandelt werden wolle oder nach den Regeln einer anerkannten besonderen Therapierichtung wie zum Beispiel der anthroposophischen Medizin. Für dieses Wahlrecht werde unterstellt, dass es überhaupt bestehe, dass der Patient also nicht nach den Regeln der Schulmedizin schon "austherapiert" sein müsse. Es sei ausgeschlossen, den Patienten zur Wahl einer Therapierichtung zu zwingen, weil er damit zur Wahl eines theoretischen Gedankengebäudes gezwungen werde, eines Gedankengebäudes, das bei allen besonderen Therapierichtungen eine eigene philosophische Grundlage, ein eigenes Natur- und Menschenbild zur Voraussetzung habe, und, wenn man das so sehen wolle, eine Weltanschauung. Zwar würden die Grundrechte in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip keinen subjektiven Anspruch auf Gewährung konkreter Leistungen durch die gesetzlichen Krankenversicherung einräumen. Um eine solche Leistungsbeschränkung ginge es jedoch nicht, sondern um einen grundsätzlichen vollen Leistungsausschluss einer ganzen Therapierichtung für die normal erkrankten Patienten.

Das Selbstbestimmungsrecht des Versicherten müsse jedenfalls dort uneingeschränkt verwirklicht werden können, wo die Rechtsordnung dafür Raum lasse, nämlich - zum Beispiel - bei der Wahl des therapeutischen Konzepts, das der Gesetzgeber selbst ausdrücklich zugelassen habe. Wenn eine gesetzliche Regelung dazu führe, dass der Versicherte eine innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung anerkannte Therapierichtung nicht mehr wählen dürfe, und damit auch keine ihrer Behandlungsmethoden, dann könne der Patient insoweit nicht mehr über sich selbst verfügen. Die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung sei kein Argument für die Einschränkung des Selbstbestimmungsrechts. Der Gesetzgeber habe 5 Monate vor der endgültigen Fassung des GMG erklärt, die Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen würden insgesamt gerade 1 % der Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung ausmachen, diese Arzneimittel würden aufgrund ihrer geringen Kosten einen Beitrag zur Wirtschaftlichkeit der gesetzlichen Krankenversicherung leisten. Wenn Arzneimittel gerade aber einen Beitrag zur Wirtschaftlichkeit der gesetzlichen Krankenversicherung leisteten, dann lasse sich unter keinem denkbaren Gesichtspunkt begründen, dass mit ihrem Wegfall aus der vertragsärztlichen Versorgung die finanzielle Stabilität gesichert werde. Das Gegenteil sei der Fall. Zudem müsse sich die finanzielle Stabilität des Systems an der Rahmenbedingung, d.h. der Anerkennung der anthroposophischen Medizin als besondere Therapierichtung, ausrichten. Wenn der Gesetzgeber selbst einmal ein Konzept installiert habe, dürfe er diesem Konzept nicht mehr widersprechen. Zudem stünden in einem gedachten Abwägungsvorgang zwischen Selbstbestimmungsrecht und finanzieller Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung auf der einen Seite Einsparungen in geringer Höhe auf der anderen Seite die menschliche Gesundheit, ganz unverfälscht dort, wo eine Behandlung wegen fehlender finanzieller Mittel ausscheide oder noch extremer dort, wo ein Rückgriff auf die Schulmedizin unmöglich sei, weil diese den Patienten aufgegeben habe.

Eine verfassungsrechtlich nicht gerechtfertigte Ungleichbehandlung läge zum einen im Verhältnis zwischen Patienten der anthroposophischen Medizin einerseits und Patienten der Schulmedizin andererseits sowie im Verhältnis zwischen "Normal-Erkrankten" und Erkrankten im Bereich der Ausnahmen der gesetzlichen Neuregelung vor. Gehe man davon aus, dass die anthroposophische Medizin als besondere Therapierichtung vom Gesetzgeber anerkannt worden sei, so habe sie damit - rechtlich - Gleichrang mit der Schulmedizin. Die therapeutischen Konzepte stünden ohne Wertung nebeneinander. Eine Ungleichbehandlung sei gegeben, da das verschreibungspflichtige Arzneimittel bei der Schulmedizin das Regel-Arzneimittel, in der anthroposophischen Medizin das verschreibungspflichtige Arzneimittel eine (eher seltene) Ausnahme sei. Hinsichtlich dem Verhältnis "Normal-Erkrankter" und "Ausnahme-Erkrankter" sei keine Rechtfertigung für die geregelten Ausnahmen Kinder und schwerwiegend Erkrankte ersichtlich.

Mit Widerspruchsbescheid vom ... wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel (sogenannte OTC-Arzneimittel) würden durch das GMG ab 01.01.2004 für Versicherte, die das 12. bzw. bei Entwicklungsstörungen das 18. Lebensjahr vollendet haben, von der Versorgung ausgeschlossen. Diese würden nach Auffassung des Gesetzgebers bereits bisher in den Apotheken zum überwiegenden Anteil ohne Rezept ausgestellt. OTC stehe für "over the counter" (= über den Ladentisch). Gemeint seien Arzneimittel, die nicht der im Arzneimittelgesetz geregelten Verschreibungspflicht unterliegen, sondern ohne ärztliches Rezept vom Patienten in der Apotheke oder - falls diese nicht apothekenpflichtig seien - im Drogeriemarkt oder ähnlichem erworben werden könnten. Es handle sich dabei um Arzneimittel im unteren Preisbereich von durchschnittlich weniger als EUR 11 je Packung, was die Herausnahme dieser Arzneimittel aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung für den einzelnen Versicherten sozial vertretbar erscheinen lassen solle. Der Gemeinsame Bundesausschuss habe in Richtlinien bestimmt, welche Arzneimittel gleichwohl ausnahmsweise verordnet werden könnten. Voraussetzung für eine Verordnung sei jedoch, dass diese Arzneimittel als Standard-Therapie zur Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung medizinisch notwendig seien, das betreffende Arzneimittel zur Behandlung der schwerwiegenden Erkrankung als Therapiestandard gelte und dies in den Richtlinien vorgesehen sei. Dabei sei die Therapievelfalt zu gewährleisten, Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen, insbesondere der Anthroposophie, Homöopathie und Phytotherapie, seien zu berücksichtigen. Bei den Entscheidungen über Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen sollten Vertreter der besonderen Therapierichtungen beteiligt werden. Nicht in den Richtlinien erfasste Arzneimittel könnten danach für Versicherte nach Vollendung des 12. bzw. 18. Lebensjahres zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung nicht mehr verordnet werden. Mit den Arzneimittelrichtlinien (AMR) habe der Gemeinsame Bundesausschuss die ausgeschlossenen Arzneimittel bzw. Arzneimittelgruppen vorgegeben. Hinsichtlich der Verfassungsmäßigkeit von Ausschlussregelungen hätten schon zu der zuvor geltenden Version der AMR keine Bedenken bestanden.

Deswegen erhob die Klägerin am ... Klage. Sie trägt vor, seit langem in ärztlicher Behandlung zu stehen. 1998 habe sie einen schweren gesundheitlichen Einbruch gehabt und sei zur Behandlung stationär in der Klinik ... wegen Pneumonie und Herzproblemen gewesen. 1999 habe sie sich wegen schwerer Erschöpfungszustände zur stationären Behandlung im Krankenhaus ... aufgehalten. Dort sei eine schwere exokrine Pancreasinsuffizienz diagnostiziert worden. Enzympräparate seien notwendig geworden. Die Symptome der Pancreasinsuffizienz hätten sich zunächst verstärkt. Es sei Erbrechen mit rapidem Gewichtsverlust aufgetreten. Deshalb sei sie im Jahr 2002 im ...-Krankenhaus ... und dann 2003 in der ...klinik zur Behandlung gewesen. Dort hätte aufgrund intensiver anthroposophischer Therapien eine gesundheitliche Besserung erreicht werden können. Neben dem Enzympräparat Kreon der Firma Solvay seien nun Injektionen mit einem Pancreasorganpräparat sowie die Einnahme von Enzian-Magentonikum der Firma Wala erforderlich. Nach Bedarf werde auch Nux vomica der Firma Weleda eingesetzt. Seit 1998 brauche die Klägerin Cardiodoron Dilution und Ampullen sowie Strophantuskapseln der Firma Weleda, ebenfalls für ihre Herzbeschwerden. Sie habe erhebliche Schmerzen im HWS-, BWS- und LWS-Bereich. Diese hätten sich durch Injektionen mit Disci-Präparaten der Firma Wala angeblich gebessert. Daneben erhalte sie noch Injektionen mit Anus GL D 6 von Wala für einen fehlenden Sphinctertonus. Auch dies habe zu einer deutlichen Besserung der Beschwerden geführt. Unter Hinweis auf die Argumentation in der Verfassungsbeschwerde hält die Klägerin nach wie vor die gesetzliche Neuregelung für verfassungswidrig. Die Klägerin falle nicht in die in den AMR erstellte Ausnahmeliste für die Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln, weil dafür die medizinischen Voraussetzungen fehlten.

Nachdem von gerichtlicher Seite der Hinweis gegeben wurde, dass ein Kostenerstattungsanspruch an einer fehlenden Kausalität zwischen einer Leistungsablehnung und der Kostenentstehung scheitern könnte, reichte die Klägerin mit Schreiben vom 06.07.2005 bei der Beklagten eine Reihe von Rezepten für die nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel Crataegutt Tropfen, Cardiodoron, Pancreas/Meteoreisen und Anus GL D6, die ihr auf Privatrezept verordnet wurden, vor Einlösung in einer Apotheke ein. Mit Schreiben vom 14.07.2005 teilte die Beklagte mit, ihr sei die Genehmigung von vertragsärztlichen Arzneiverordnungen untersagt. Nachfolgend beschaffte sich die Klägerin die verordneten Arzneimittel auf eigene Kosten. Dadurch sind ihr nachgewiesen durch Belege Kosten in Höhe von EUR 327,48 entstanden.

Die Klägerin trägt vor, aus dem Schreiben der Beklagten vom 14.07.2005 sei der unzweideutige Wille zu entnehmen, die Erstattung zu verweigern. Die Begründung in diesem Schreiben sei unrichtig, weil es nicht um die Genehmigung der Verordnung des Arztes gehe, sondern um die Anwendung der gesetzlichen Kostenerstattungsregelung. Insoweit könne sich die Beklagte gegebenenfalls klarstellend äußern. Die

Klägerin legt ferner Nachweise über entstandene Kosten für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die vor der ablehnenden Entscheidung der Beklagten vom 30.11.2004 in Höhe von EUR 812,25 entstanden sind, vor. Zudem behauptet sie, bereits vor der ablehnenden Entscheidung der Beklagten telefonisch bei der Beklagten nachgefragt zu haben, ob die Erstattung der Kosten noch möglich sei. Auch damals habe sie die Mitteilung bekommen, die Verordnung von Arzneimittel liege allein in der Verantwortung des Vertragsarztes. Gegebenenfalls sei die zuständige Sachbearbeiterin der Beklagten zu befragen. Allerdings sei zweifelhaft, ob diese sich angesichts der Vielzahl von Telefonaten an einzelne Gespräche mit einer Versicherten aus dem Jahr 2004 noch erinnern werde. Abschließend verweist die Klägerin auf eine Entscheidung des SG Ulm in einem ähnlich gelagerten Sachverhalt vom 25.10.2005 ([S 1 KR 697/05](#)) und auf das hierzu ergangene Berufungsurteil vom 24.01.2006 des Landessozialgerichts Baden-Württemberg ([L 11 KR 5014/05](#)). Die Klägerin legt Mehrfertigungen der Urteile vor.

Die Klägerin beantragt,

den Bescheid der Beklagten vom ... i.d.F. des Widerspruchsbescheides vom ... und den Bescheid vom ... aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, die der Klägerin entstandenen Kosten für die medikamentöse Behandlung von EUR 1.139,73 zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte trägt zur Erwiderung vor, sie habe im angefochtenen Widerspruchsbescheid deutlich zum Ausdruck gebracht, sie sei nicht verpflichtet und berechtigt sogenannte OTC-Arzneimittel im Rahmen der Sachleistung zur Verfügung zu stellen. Die Kostenerstattungsfrage stelle sich nicht, da die Leistung nicht zu Unrecht abgelehnt worden sei. Die geltende Rechtslage sei zu beachten. Zum Schreiben vom 14.07.2005 erläutert die Beklagte am 26.09.2005, es bedürfe keiner weiteren Stellungnahme in der Sache. Nach wie vor werde die Auffassung vertreten, dass eine Kostenübernahme ausgeschlossen sei. Zu keiner Zeit sei behauptet worden, dass die Kosten übernommen werden würden, wenn ein Leistungsantrag vor der ersten Inanspruchnahme gestellt werden würde.

Die Beteiligten haben ihr Einverständnis mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung erklärt (Schreiben der Klägerin vom 06.06.2005, der Beklagten vom 07.06.2005).

Wegen des weiteren Vorbringens der Beteiligten und weiterer Einzelheiten wird auf die Verwaltungsakte der Beklagten sowie auf die Gerichtsakte verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht beim sachlich und örtlich zuständigen Sozialgericht Reutlingen erhobene Klage ist zulässig. Richtige Klageart ist die kombinierte Anfechtungs-/Leistungsklage gemäß [§ 54 Abs. 4](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG).

Streitgegenstand des Verfahrens sind der Bescheid vom ... i.d.G. des Widerspruchsbescheides vom ... sowie das Schreiben der Beklagten vom ..., das als Bescheid auszulegen ist, der in entsprechender Anwendung des [§ 96 SGG](#) Gegenstand des Klageverfahrens wurde. Nach der nicht einheitlichen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) kann [§ 96 SGG](#) aus Gründen der Prozesswirtschaftlichkeit unter Umständen entsprechend angewendet werden, wenn der ursprünglich mit der Klage angefochtene Verwaltungsakt durch die während des sozialgerichtlichen Verfahrens ergangene Verwaltungsentscheidung zwar nicht abgeändert oder ersetzt wird, der spätere Bescheid aber im Rahmen eines Dauerrechtsverhältnisses ergangen ist und ein streitiges Rechtsverhältnis regelt, das "im Kern" dieselbe Rechtsfrage betrifft und das sich an den von dem angefochtenen Verwaltungsakt erfassten Zeitraum anschließt (Meyer-Ladewig Kommentar SGG 8. Auflage § 96 Randnr. 5a). Diese Voraussetzungen sind hier gegeben. Im Kern geht es in allen genannten Bescheiden um dieselbe Rechtsfrage, nämlich um die Frage der Erstattungspflicht für die Kosten von nicht verschreibungspflichtigen anthroposophischen Arzneimitteln. Die Frage stellt sich bei Bestehen eines dauernden Krankenversicherungsverhältnisses. Aus dem Gesichtspunkt der Prozessökonomie und des Vertrauensschutzes scheitert die Einbeziehung nicht daran, dass es nicht "um Zeiträume" im engeren Sinn geht, die sich unmittelbar anschließen.

Die Klage hat jedoch in der Sache keinen Erfolg. Die Ablehnung der Kostenerstattung erweist sich als rechtmäßig. Hinsichtlich des Bescheids vom ... i.d.G. des Widerspruchsbescheides vom ... scheitert ein Erstattungsanspruch bereits daran, dass die Klägerin den gesetzlich vorgesehenen Beschaffungsweg nicht eingehalten hat (dazu 1.). Hinsichtlich des Bescheids vom ... hat die Beklagte im Ergebnis zu Recht das Bestehen einer Erstattungspflicht abgelehnt (dazu 2.). Die Klägerin wird damit durch die angefochtenen Entscheidungen nicht in ihren Rechten verletzt.

1. Als Anspruchsgrundlage für die am 18.11.2004 geltend gemachte Kostenerstattung in Höhe von EUR 812,25 kommt allein [§ 13 Abs. 3](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) in Betracht. Bezüglich des am 18.11.2004 gestellten Antrags steht dem Anspruch der Klägerin jedoch bereits rein formal entgegen, dass sie den im Gesetz vorgesehenen Beschaffungsweg nicht eingehalten hat. Insofern kommt es auf die Rechtsfrage, ob [§ 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) in der seit dem 01.01.2004 geltenden Fassung mit dem Grundgesetz vereinbar ist, nicht an.

Nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) hat die Krankenkasse nur dann die Kosten der selbst beschafften Leistung zu erstatten, wenn sie die Leistung zu Unrecht abgelehnt hat. Erst die Weigerung der Kasse gibt dem Versicherten das Recht, sich die benötigte Behandlung selbst zu beschaffen und die Erstattung der dafür aufgewendeten Kosten zu verlangen. Haftungsbegründendes Merkmal ist der Kausalzusammenhang zwischen der Ablehnung und der Entstehung der Kosten (siehe auch LSG Baden-Württemberg im von der Klägerin genannten parallel anhängigen Rechtsstreit [L 11 KR 5014/05](#)).

Die Erstattung ist vorliegend ausgeschlossen, da die Klägerin sich zuerst die auf Privatrezept verordneten Präparate beschaffte und erst nachfolgend wegen der bereits angefallenen Kosten eine Erstattung beantragte. Eine vorangegangene Leistungsablehnung ist nicht nachgewiesen. Es fehlt somit an der Kausalität zwischen einer Leistungsablehnung und der Kostenentstehung. Bereits dieser Umstand steht einem Erstattungsanspruch entgegen, so dass es auf die von der Beklagten herangezogene Argumentation, dass keine Sachleistungspflicht

vorlag, nicht ankommt. Die Klägerin hätte sich vor Beschaffung der Präparate an die Beklagte wenden müssen und die ablehnende Entscheidung abwarten müssen. Dieser übliche Beschaffungsweg ist sogar, wenn zumutbar, in Fällen einer sogenannten Notfallbehandlung nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 1. Alternative SGB V einzuhalten. Auch in Notfällen muss der Krankenkasse soweit noch möglich, zumindest eine Chance eingeräumt werden, zu der beabsichtigten Beschaffung von Leistungen außerhalb des Sachleistungsprinzips Stellung bzw. Einfluss zu nehmen. Anhaltspunkte für eine Notfallbehandlung sind jedoch nicht gegeben. Zur Vermeidung weiterer Wiederholungen wird im Übrigen auf die zu [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) ausführliche Argumentation des LSG Baden-Württemberg im Urteil vom 24.01.2006 Bezug genommen. Die Kammer folgt der dortigen Argumentation.

2. Das Schreiben vom 14.07.2005 ist - wie bereits ausgeführt - als Ablehnung des zweiten Kostenerstattungsantrags vom 06.07.2005 anzusehen. Zwar führte die Beklagte im Schreiben vom 14.07.2005 lediglich aus, ihr sei es untersagt, Arzneiverordnungen zu genehmigen. Sie übersieht dabei jedoch, dass es nicht um die Genehmigung einer Arzneiverordnung im Rahmen der Sachleistungserbringung ging. Nur für diesen Bereich ist ihr eine Überprüfung untersagt. Macht der Versicherte - in Übereinstimmung mit der Auffassung seines behandelnden Arztes, der ein Privatrezept ausstellte - ein Anspruch auf eine Arzneimittelversorgung, die als Sachleistung nicht möglich ist, geltend, muss die Krankenkasse über einen solchen Antrag im Hinblick auf die Frage einer Kostenerstattung entscheiden, um dem Versicherten nicht die Möglichkeit zu nehmen, inhaltlich gegen eine Ablehnung der Kostenübernahme vorzugehen. Denn andernfalls würde - wie unter 1. ausgeführt - ein Erstattungsanspruch bereits an formalen Kriterien scheitern. Da jedoch dem Schreiben der Beklagten ausreichend der Wille entnommen werden kann, die Kosten nicht zu übernehmen, ist es als Ablehnung einer Kostenübernahme auszulegen. Diese Ablehnung ist rechtmäßig.

Als Anspruchsgrundlage für eine Kostenübernahme kommt vorliegend wiederum nur [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) in Betracht. Der geltend gemachte Kostenerstattungsanspruch scheitert vorliegend nicht an der Nichteinhaltung des vorgesehenen Beschaffungsweges. Vielmehr kann keine rechtswidrige Leistungsablehnung festgestellt werden. Die Ablehnung steht vielmehr mit dem geltenden Recht in Einklang. Nach [§ 31 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf Versorgung mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln, soweit die Arzneimittel nicht nach § 34 oder durch Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 ausgeschlossen sind. Nach [§ 34 Abs. 1 SGB V](#) sind nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel von der Versorgung nach § 31 ausgeschlossen. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 erstmals bis zum 31.03.2004 fest, welche nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel, die bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard geltend, zur Anwendung bei diesen Erkrankungen mit Begründung vom Vertragsarzt ausnahmsweise verordnet werden können. Dabei ist der therapeutischen Vielfalt Rechnung zu tragen. In den hierzu ergangenen Richtlinien über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (AMR) zuletzt geändert durch Bekanntmachungen vom 21.12.2004 und 15.02.2005 wird unter Abschnitt F 16.2 ausgeführt, eine Krankheit ist schwerwiegend, wenn sie lebensbedrohlich ist oder wenn sie aufgrund der Schwere der durch sie verursachten Gesundheitsstörung die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigt. Unter 16.3 wird ausgeführt, ein Arzneimittel gilt als Therapiestandard, wenn der therapeutische Nutzen zur Behandlung der schwerwiegenden Erkrankung dem allgemeinen anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht. Unter den Punkten 16.4.1 bis 16.4.43 werden schwerwiegende Erkrankungen und Standardtherapeutika aufgezählt. In 16.5 wird geregelt, dass für die in diesen Richtlinien im Abschnitt F aufgeführten Indikationsgebieten 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.

Die von der Klägerin beschafften Arzneimittel sind nicht verschreibungspflichtig und fallen somit unter den im Gesetz geregelten Versorgungsausschluss. Ferner besteht bei der Klägerin nach ihrem eigenen Vorbringen keine schwerwiegende Erkrankung im Sinne der AMR. Die bei ihr vorliegende Pankreasinsuffizienz, Herzbeschwerden und der fehlende Sphinktertonus sind weder lebensbedrohlich noch beeinträchtigen sie die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig in besonders schwerem Ausmaß.

Nach geltendem Recht durfte die Beklagte damit keine Kosten übernehmen.

Die dem zugrunde liegende Neuregelung des GMG ist entgegen der Ansicht der Klägerin verfassungsrechtlich unbedenklich. Wie die Beklagte im Widerspruchsbescheid zutreffend ausführte, betrifft der Versorgungsausschluss nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel (sogenannte OTC-Arzneimittel) für Versicherte, die das 12. bzw. bei Entwicklungsstörungen das 18. Lebensjahr vollendet haben. Nach Auffassung des Gesetzgebers werden diese Präparate bisher in den Apotheken zum überwiegenden Anteil ohne Rezept verkauft. Gemeint sind Arzneimittel, die nicht der im Arzneimittelgesetz geregelten Verschreibungspflicht unterliegen, sondern ohne ärztliches Rezept vom Patienten in der Apotheke gekauft werden können. Der Gesetzgeber ging dabei davon aus, dass es sich um Arzneimittel im unteren Preisbereich von durchschnittlich weniger als EUR 11 je Packung handle, was die Herausnahme dieser Arzneimittel aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung für den einzelnen Versicherten sozial vertretbar erscheinen lassen solle.

Eine verfassungsrechtlich zu beanstandende Einschränkung des Selbstbestimmungsrecht der Patienten verbunden mit einem widersprüchlichen Verhalten des Gesetzgebers unter Beachtung von [§ 2 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) liegt nicht vor. In [§ 2 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) wird geregelt, dass Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen nicht ausgeschlossen sind. Daraus folgt unmittelbar lediglich, dass die besonderen Therapierichtungen in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht bereits als solche, d.h. wegen ihrer von der allgemeinen Therapierichtung, der sogenannten Schulmedizin, abweichenden Grundkonzeption, unzulässig sind. Einzelne Methoden, bzw. Mittel dieser besonderen Therapierichtungen genießen dagegen aufgrund von [§ 2 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) keinen Bestandsschutz. Sie sind zwar nicht generell subsidiär in dem Sinn, dass sie nur zulässig sind, wenn Methoden der Schulmedizin nicht zur Verfügung stehen. Sie unterliegen aber bezüglich Qualität und Wirksamkeit - grundsätzlich nicht anders als diejenigen der sogenannten Schulmedizin - den Anforderungen von [§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#). Beurteilungsmaßstab ist dabei der jeweilige Erkenntnisstand in der jeweiligen Therapierichtung. Dies bedeutet freilich keine (reine) Binnenanerkennung mit der Folge einer - durch wen auch immer - bloßen Plausibilitäts- oder Vertretbarkeitskontrolle. Maßstab müssen vielmehr wissenschaftliche Erkenntnisse im Sinne eines empirischen, methodisch-planmäßigen Erkennens und Bewertens sowie Zuverlässigkeit und Reproduzierbarkeit der Ergebnisse sein (Noftz in Hauck/Haines SGB V Kommentar § 2 Randnr. 52).

[§ 2 SGB V](#) ist nach Überzeugung der Kammer als Einweisungsvorschrift, die Zulassung besonderer Therapierichtungen als Programmsatz anzusehen. Daraus folgt, dass in den nachfolgenden Regelungen eine genauere Ausdifferenzierung, Bestimmung des Leistungsinhalts und gegebenenfalls auch eine Einschränkung möglich und zulässig ist. Eine solche Einschränkung ist in [§ 34 Abs. 1 SGB V](#) mit Wirkung sowohl für

die Schulmedizin als auch für die besonderen Therapierichtungen in dem Sinne vorgenommen worden, als nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel von der Versorgung ausgeschlossen wurden. Damit wird der Versicherte jedoch im Rahmen seines Selbstbestimmungsrechts nicht gehindert, weiterhin besondere Therapierichtungen zu wählen. Insbesondere wurde nicht vorgetragen und es ist nicht ersichtlich, dass die ärztliche Behandlung, die nach Überzeugung der Kammer auch in den besonderen Therapierichtungen eine wichtige Rolle spielt, nicht mehr von den Krankenkassen erbracht werden würde. Der Ausschluss ist auch nicht generell, insoweit wird auf die Möglichkeit der Verordnung nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel gemäß 16.5 AMR verwiesen.

Die Anknüpfung des Verordnungsausschlusses an die Frage des Bestehens der Verschreibungspflicht ist nach Überzeugung der Kammer sachgerecht, auch wenn sie möglicherweise bei den verschiedenen Therapierichtungen unterschiedliche Auswirkungen hinsichtlich der finanziellen Endbelastung des Versicherten hat. Zum einen knüpft die Frage der Verschreibungspflicht an die Frage an, inwieweit Arzneimittel ohne ärztliche Verordnung und Überwachung verkauft werden dürfen. Bereits darin kann ein geeignetes Unterscheidungskriterium für einen Leistungsausschluss gesehen werden. Zum andern geht der Gesetzgeber davon aus, dass nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel grundsätzlich im unteren Preissegment (bis zu EUR 11) liegen. Aus den vorgelegten Quittungen ergibt sich zwar, dass diese Preisschwelle bei verschiedenen Präparaten, die sich die Klägerin selbst besorgte, überschritten wurde. Häufig wurden jedoch auch Präparate gekauft, die weniger als EUR 11 oder nur wenig mehr als EUR 11 kosteten. Zudem muss bei teureren Präparaten noch die Packungsgröße berücksichtigt werden. So betraf zum Beispiel die Verordnung von Omegarenal Kapseln, die zu Kosten in Höhe von EUR 24,06 führte, eine Packungsgröße mit 100 Kapseln. Die Präparate Symbioflor, Anus GL, Pancreas/Meteoreisen waren beispielsweise mit Kosten in Höhe von EUR 11,80, 14,95 und 12,30 verbunden. Die Kammer erkennt nicht, dass die Klägerin insgesamt Kosten für einen über einige Monate verteilten Zeitraum von ca. EUR 1.140,00 geltend macht. Zu berücksichtigen ist dabei jedoch auch, dass sich die Kosten auf eine Vielzahl von Verordnungen und Einzelpräparaten und das Vorliegen mehrerer Erkrankungen bezieht.

Der Gesetzgeber ist bei der Schaffung von Neuregelungen berechtigt, typisierend vorzugehen. Er konnte damit nach Überzeugung der Kammer auch unter Berücksichtigung der Belange der besonderen Therapierichtungen davon ausgehen, dass der Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel zu keiner unverträglichen Belastung der Versicherten führen wird.

Die finanzielle Stabilität der Krankenversicherung wird durch die in Kraft getretene Neuregelung gefördert. Der Umstand, dass Einsparungen im Bereich der besonderen Therapierichtungen ausgehend von der von der Klägerin wiedergegebenen Aussage des Gesetzgebers fünf Monate vor der endgültigen Fassung des GMG unter Umständen nur einen kleinen Teil beitragen, macht die Neuregelung nicht verfassungswidrig.

Eine verfassungsrechtlich zu beanstandende Ungleichbehandlung aufgrund des Umstands, dass verschreibungspflichtige Arzneimittel bei der Schulmedizin Regularzneimittel seien, in der anthroposophischen Medizin jedoch eine eher seltene Ausnahme, wird nicht gesehen. Vom Ansatz her ist die Neufassung des [§ 34 Abs. 1 SGG](#) zunächst eine Vorschrift, die alle Therapierichtungen gleich behandelt. Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel werden generell von der Versorgung ausgeschlossen. Die Ausnahmen hiervon gelten im Ergebnis für alle Therapierichtungen nach dem gleichen Maßstab (schwerwiegende Erkrankung). Den besonderen Therapierichtungen wurde ein Mitwirkungsrecht bei der Ausgestaltung der AMR gegeben ([§ 92 Abs. 3a SGB V](#)).

Die Kammer erkennt nicht, dass der Gesetzgeber im Rahmen seiner politischen Entscheidungsfreiheit besondere Therapierichtungen bei Unterstellung, dass die Verschreibungspflichtigkeit von Arzneimittel in diesen Therapieeinrichtungen eine Ausnahme ist, auch hätte besonders behandeln können. Er war dazu von der Konzeption des SGB V her und aus verfassungsrechtlichen Gründen jedoch nicht gezwungen. In [§ 2 SGB V](#) wird lediglich ein "Ausschluss" besonderer Therapierichtungen verneint. Eine Verpflichtung zu einer besonderen Berücksichtigung dieser Therapierichtungen lässt sich daraus nicht herleiten. Im Hinblick auf den Gleichbehandlungsgrundsatz rechtfertigen nach Überzeugung der Kammer die bereits genannten Anknüpfungspunkte wirtschaftliche Belastung und Notwendigkeit einer ärztlichen Überwachung die Neuregelung auch unter Berücksichtigung der geltend gemachten Besonderheit der anthroposophischen Medizin.

Die Klage war nach alledem abzuweisen.

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

Die Berufungssumme von EUR 500 ([§ 144 Abs. 1 SGG](#)) ist vorliegend bei Berücksichtigung aller streitgegenständlichen Forderungen überschritten. Soweit eine Einschränkung der Berufung auf die mit Bescheid vom 14.07.2005 abgelehnte Kostenerstattung in Höhe von EUR 327,48 erfolgt, wird die Berufung wegen grundsätzlicher Bedeutung zugelassen.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2006-07-05