

L 4 KR 123/00

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG München (FSB)
Aktenzeichen
S 19 KR 497/99
Datum
17.08.2000
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KR 123/00
Datum
07.02.2002
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

I. Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 17. August 2000 wird zurückgewiesen.
II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist eine Kostenerstattung für Arzneimittel.

Die am 1962 geborene Klägerin ist über ihren Ehemann familienversichert, der bei der Beklagten freiwillig versichertes Mitglied ist; sie hat vom Wahlrecht auf generelle Kostenerstattung keinen Gebrauch gemacht. Die Klägerin leidet an einer Encephalomyelitis disseminata bzw. multiplen Sklerose und befand sich vom 23.10. bis 25.11.1995 und vom 28.07. bis 25.08.1998 in stationärer Behandlung in der Spezialklinik H. für Naturheilverfahren.

Die Beklagte hatte ihr mit Bescheid vom 13.07.1998 mitgeteilt, sie könne sich zukünftig nicht mehr an den Kosten der Arzneimittelverordnungen der Praxis Dr.L. beteiligen und erstatte letztmals aufgrund der eingereichten Rezepte 209,01 DM.

Die Klägerin beantragte am 09.03.1999 wieder Kostenerstattung unter Beifügung mehrerer Privatrezepte von Dr.L. aus der Zeit von Februar 1998 bis Februar 1999 für die Präparate H 15 Ayurmedica, Neobonsen, Bioprotect Kapseln, Cetebe Kapseln und Mulsal N in Höhe von insgesamt 1.171,00 DM. Dem gleichfalls beigelegten ärztlichen Attest von Dr.L. vom 23.02.1999 ist zu entnehmen, dass die Klägerin seit 1996 ausschließlich alternativ behandelt werde und die derzeitigen Behandlungsmöglichkeiten im Bereich der Schulmedizin wesentlich umfangreicher und kostenintensiver seien. Der Arztbericht der Spezialklinik H. für Naturheilverfahren vom 09.09.1998 enthält u.a. die Feststellung, dass die konventionelle Therapie mit Steroiden riskant sei, aber für die komplementären bzw. alternativen Therapien bisher noch keine Beweise im Sinne randomisierter Klägerin sei eine zwingende Indikation zur Therapie mit naturheilkundlichen Präparaten.

Die Beklagte lehnte mit Bescheid vom 11.03.1999 Kostenerstattung mit der Begründung ab, nach den Arzneimittelrichtlinien seien Vitamin- bzw. Mineralpräparate, wie z.B. Bioprotect und Cetebe Kapseln, keine Arzneimittel, die von der Krankenkasse übernommen werden könnten. Das Präparat H 15 Ayurmedica sei nicht verkehrsfähig. Das Bundesgesundheitsministerium habe auf Anfrage bestätigt, dass H 15 Ayurmedica in der Bundesrepublik nicht in den Verkehr gebracht werden dürfe.

Die Klägerin machte mit dem Widerspruch vom 23.03.1999 geltend, das Präparat H 15 Ayurmedica dürfe importiert werden und der Vertrieb sei aufgrund einer Einzelanforderung bundesweit möglich. Eine alternative Behandlung mit konventioneller Therapie würde zu erheblichen Risiken und Nebenwirkungen führen und wäre kostenintensiver als die derzeitige Behandlung, die gute Erfolge gebracht habe.

Mit Widerspruchsbescheid vom 02.07.1999 wies die Beklagte den Widerspruch zurück mit der Begründung, in den Arzneimittelrichtlinien sei geregelt, welche Medikamente von den Vertragsärzten verordnet werden dürfen und als Sachleistung von den Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden müssten. Die Medikamente Neobonsen, Bioprotect Kapseln, Cetebe Kapseln sowie Mulsal N seien nicht verordnungsfähig. Die Verordnung auf einem Privatrezept habe zur Folge, dass die Krankenkasse die Kosten nicht übernehmen könne. Die Klägerin habe auch nicht nachgewiesen, dass für das Medikament H 15 Ayurmedica eine Zulassung nach dem Arzneimittelgesetz bestehe.

Die Klägerin hat mit der Klage vom 03.08.1999 beim Sozialgericht München (SG) geltend gemacht, die Behandlung sei erfolgreich und eine konventionelle Behandlung wäre risikoreicher gewesen.

Das SG hat mit Urteil vom 17.08.2000 die Klage mit der Begründung abgewiesen, ein Anspruch auf die Sachleistung Arzneimittel bestehe nur, wenn ein Vertragsarzt das Arzneimittel auf Kassenrezept verordnet habe und damit die Verantwortung für die Behandlung auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung übernehme. Dies sei hier nicht der Fall. Darüber hinaus scheitere eine Kostenerstattung für die Medikamente Neobonsen, Bioprotect Kapseln, Cetebe Kapseln sowie Mulsal N auch daran, dass diese Medikamente nach den Arzneimittel-Richtlinien nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnungsfähig seien. Das Medikament H 15 Ayurmedica könne gleichfalls nicht auf Kosten der gesetzlichen Krankenkassen verordnet werden, da es für Deutschland keine arzneimittelrechtliche Zulassung besitze. Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung sei die gesetzliche Krankenversicherung grundsätzlich nicht zur Übernahme der Kosten verpflichtet, die durch Verordnung eines nicht zugelassenen Fertigarzneimittels entstanden seien.

Hiergegen richtet sich die Berufung der Klägerin vom 25.09. 2000, mit der sie erneut geltend macht, die medikamentöse Therapie habe ihre Beschwerden vermindert und eine konventionelle Arzneimitteltherapie sei teurer. Aus ihrer Teilnahme an einem Modellversuch an der Ludwig-Maximilians-Universität München ergebe sich, dass das praktizierte naturheilkundliche Verfahren sich durchgesetzt habe. Unerheblich sei, dass der behandelnde Arzt lediglich Privatrezepte ausgestellt habe.

Die Beklagte hat mit Schriftsatz vom 21.11.2000 zu den streitigen Medikamenten im Hinblick auf die Arzneimittel-Richtlinien Stellung genommen. Im Erörterungstermin am 14.12.2001 haben die Beteiligten sich mit einer Entscheidung des Senats ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Urteils des Sozialgerichts München vom 17.08.2000 und des Bescheides vom 11.03.1999 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 05.08.1999 zu verurteilen, die Kosten für die Mittel H 15 Ayurmedica, Neobonsen, Bioprotect Kapseln, Cetebe Kapseln und Mulsal N in Höhe von 597,21 EUR zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Beigezogen wurden die Akten der Beklagten und des SG, auf deren Inhalt im Übrigen Bezug genommen wird.

Entscheidungsgründe:

Die frist- und formgerecht eingelegte Berufung ist zulässig ([§ 151 Sozialgerichtsgesetz - SGG -](#)); der Wert des Beschwerdegegenstandes übersteigt den im Zeitpunkt der Einlegung des Rechtsmittels maßgebenden Betrag von 1.000,00 Deutsche Mark ([§ 144 Abs.1 Satz 1 Nr.1 SGG a.F.](#)).

Die Berufung ist unbegründet.

Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten der streitigen Präparate.

Gemäß [§ 13 Abs.2 Sozialgesetzbuch V \(SGB V\)](#) können freiwillige Mitglieder sowie ihre nach [§ 10 SGB V](#) versicherten Familienangehörigen für die Dauer der freiwilligen Versicherung anstelle der Sach- oder Dienstleistung Kostenerstattung wählen. Dies hat die Klägerin nach der Auskunft der Beklagten nicht getan.

Die Klägerin hat auch keinen Anspruch auf Kostenerstattung gemäß [§ 13 Abs.3 SGB V](#). Konnte danach 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 streitige Arzneimittelversorgung der Klägerin war keine unaufschiebbare Leistung. Hierzu gehören z.B. Notfälle im Sinne des [§ 76 Abs.1 Satz 2 SGB V](#), die dann vorliegen, wenn die Behandlung durch einen Vertragsarzt nicht möglich oder nicht zumutbar und der Versicherte daher auf die Hilfe eines Nicht-Vertragsarztes angewiesen war (Kasseler Kommentar-Höfler, [§ 13 SGB V](#), Rdnr.8 mit weiteren Nachweisen auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG)). Ein Notfall scheidet hier aus, da die Klägerin sich in der Behandlung eines Vertragsarztes befunden hat, der die Medikamente privatärztlich verordnet hat. Zu den unaufschiebbaren Leistungen gehören zwar auch andere dringliche Bedarfslagen, wie z.B. Systemstörungen oder Versorgungslücken. Diese sind aber gleichfalls zu verneinen, da die Klägerin neben der ambulanten vertragsärztlichen Therapie sich auch in Behandlung einer Klinik befunden hat und sie im Bedarfsfall sich in zumutbarer Entfernung ihres Wohnsitzes in zugelassenen Krankenhäusern, z.B. in München, behandeln lassen konnte. Damit ist für die Therapie ihrer Erkrankung eine ärztliche Versorgung ambulant und stationär in ausreichendem Umfang und zweckmäßiger Art und Weise sichergestellt ([§ 70 Abs.1 Satz 2 SGB V](#)).

Die Beklagte hat die Arzneimittelversorgung der Klägerin auch nicht zu Unrecht abgelehnt. Der Kostenerstattungsanspruch nach der zweiten Alternative des [§ 13 Abs.3 SGB V](#) setzt voraus, dass der Versicherte sich vor der Selbstbeschaffung der Leistung mit der Krankenkasse in Verbindung setzt, um ihr die Prüfung zu ermöglichen, ob die begehrte Leistung auch innerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden kann. Nach der ständigen Rechtsprechung des BSG sind die Kosten für eine selbstbeschaffte Leistung im Regelfall nicht zu erstatten, wenn der Versicherte sich die Leistung besorgt, ohne zuvor mit der Krankenkasse Kontakt aufzunehmen und deren Entscheidung abzuwarten. Einer der Beschaffung vorgeschaltete Entscheidung bedarf es unabhängig davon, welcher Art die in Anspruch genommene Leistung ist und in welcher Höhe dafür Kosten anfallen. Damit schließt [§ 13 Abs.2 SGB V](#) eine Kostenerstattung für die Zeit vor der Leistungsablehnung generell aus (Urteil vom 10.02.1993 [SozR 3-2200 § 182 Nr.15](#); Urteil vom 16.12.1993 [SozR 3-2500 § 12 Nr.4](#); Urteil vom 24.09.1996 [BSGE 79, 125](#); Urteil vom 19.06.2001 B [1 KR 23/00](#) R SGB 2001, 598).

Im vorliegenden Fall hat die Klägerin, obwohl sie von der Beklagten mit Bescheid vom 13.07.1998 auf die Beendigung der Kostenerstattung hingewiesen worden ist, in der Zeit vom Februar 1998 bis Ende Februar 1999 die streitigen Präparate beschafft und am 09.03.1999 Kostenerstattung beantragt, ohne sich zuvor mit der Beklagten über die privatärztliche Therapie in Verbindung zu setzen. Die Klägerin hat

gemäß [§§ 2 Abs.2 Satz 1, 13 Abs.1, 31 Abs.1 SGB V](#) einen Anspruch auf Arzneimittelversorgung im Wege der Sachleistung, der durch Übergabe eines Kassenrezepts an den Apotheker realisiert wird. Bei einem hiervon abweichenden Beschaffungsweg, nämlich bei einer Vorfinanzierung der Arzneimittel durch den Versicherten und einer anschließenden Geltendmachung der Kostenerstattung, muss der Krankenkasse vorher Gelegenheit gegeben werden, das Leistungsbegehren, unter Umständen nach Einholung einer Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen, zu überprüfen. Damit konnte die Berufung keinen Erfolg haben.

Der Senat weist die Klägerin unabhängig davon im Anschluss an den Erörterungstermin noch auf Folgendes hin: Eine Erstattung der Kosten für selbstbeschaffte Arzneimittel führt nicht zu einer Erweiterung der Arzneimittelversorgung im Sinne von [§ 31 SGB V](#). D.h. eine Kostenerstattung ist nicht möglich, wenn ein Sachleistungsanspruch auf Arzneimittelversorgung gemäß [§ 31 SGB V](#) nicht gegeben ist. Auf den (angeblichen) Behandlungserfolg im konkreten Einzelfall kommt es nicht an (z.B. BSG vom 05.07.1995 [BSGE 76, 194](#) Remedacen I; BSG vom 16.09.1997 [BSGE 81, 54](#); BSG vom 06.10.1999 [BSGE 85, 56](#)). Bei dem Rechtsanspruch auf Arzneimittel nach [§ 31 Abs.1 SGB V](#) handelt es sich um ein konkretisierungsbedürftiges Rahmenrecht; die Konkretisierung erfolgt durch den Vertragsarzt im Wege einer vertragsärztlichen Verordnung. Somit bildet die vertragsärztliche Verordnung eine zusätzliche Anspruchsvoraussetzung (BSG vom 19.11.1996 [BSGE 79, 257](#)); diese vertragsärztliche Verordnung ist auch im Rahmen des [§ 13 Abs.3 SGB V](#) erforderlich. Mit der Übergabe des von einem Vertragsarzt ausgestellten Kassenrezepts durch den Versicherten an den Apotheker wird die Krankenkasse vertraglich zur Zahlung verpflichtet (BSG vom 16.12.1993 [BSGE 73, 271, 277](#); BSG vom 17.01.1996 [BSGE 77, 194](#) ff. = [SozR 3-2500 § 129 Nr.1](#), Remedacen II). Der Sachleistungsanspruch auf Versorgung mit Arzneimitteln gemäß [§ 31 Abs.1 SGB V](#) umfasst apothekenpflichtige Arzneimittel, soweit die Arzneimittel nicht nach [§ 34 SGB V](#) ausgeschlossen sind. Der Anspruch wird u.a. dadurch eingeschränkt, dass ein zulassungspflichtiges Arzneimittel in der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich nicht verordnet werden darf, wenn ihm die Zulassung nach dem Arzneimittelgesetz förmlich versagt worden ist (BSG vom 08.06.1993 [BSGE 72, 252](#)). Gleiches gilt aber auch, wenn das Zulassungsverfahren noch nicht abgeschlossen worden ist oder der Hersteller eine Zulassung überhaupt nicht beantragt hat (BSG vom 23.07.1998 [BSGE 82, 233](#)). Eine weitere Einschränkung im Sinne einer Konkretisierung des Anspruchs auf Versorgung mit Arzneimitteln durch das Wirtschaftlichkeitsgebot ([§ 12 Abs.1 SGB V](#)) enthalten die vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen erlassenen Arzneimittel-Richtlinien. Diese Richtlinien binden auch die Versicherten, soweit sie nicht gegen zwingendes Gesetzesrecht verstoßen (BSG vom 09.12.1997 [BSGE 81, 42](#)).

Der Senat verweist in diesem Zusammenhang auf die Auskunft der Beklagten vom 21.11.2000, wonach die Präparate H 15 Ayurmedica und Biopotect Kapseln keine zugelassenen Arzneimittel sind. Das Anwendungsgebiet des Arzneimittels Neobonsen betrifft die Behandlung des atrophischen Ekzems (Neurodermitis). Der Einsatz dieses Präparats bei der Behandlung von Encephalomyelitis disseminata bzw. multipler Sklerose überschreitet dessen Anwendungsbereich. Das BSG hat hierzu festgestellt, dass die Arzneimittelzulassung nicht generell, sondern jeweils für bestimmte Anwendungsgebiete erteilt wird (BSG vom 30.09.1999 [BSGE 85, 36](#)). Dies hat zur Folge, dass sich die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich nicht auf den nicht zulassungentsprechenden Einsatz eines Arzneimittels erstreckt. Gleiches gilt für das Präparat Mulsal N, dessen Anwendungsbereich die Behandlung rheumatischer Erkrankungen, Morbus Bechterew, chronische Entzündungen und entzündliches Ödem ist. Eine Verordnungsfähigkeit für die Therapie der multiplen Sklerose liegt nicht vor. Bei dem Präparat Cetebe handelt es sich um ein Vitaminpräparat, das grundsätzlich nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnet werden darf, es sei denn, es ist ein Vitaminmangel nachgewiesen, der durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann (Nr.17.2h Arzneimittel-Richtlinien vom 31.08.1993, Bundesanzeiger Nr.246 S.1155). Dies ist nach Lage der Akten nicht der Fall.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor ([§ 160 Abs.2 Nrn.1, 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2003-09-27