

L 5 KR 65/98

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Gelsenkirchen (NRW)
Aktenzeichen
S 17 KR 159/97
Datum
18.06.1998
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 5 KR 65/98
Datum
23.02.1999
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Gelsenkirchen vom 18.06.1998 wird zurückgewiesen. Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darüber, ob die Beklagte die Kosten für eine Hippo-Therapie (therapeutisches Reiten) zu übernehmen hat.

Der bei der Beklagten versicherte Kläger leidet an einer chronisch progredienten Encephalomyelitis disseminata (Multiple Sklerose - MS -), wegen der er seit einigen Jahren Rente wegen Erwerbsunfähigkeit bezieht.

Neben Krankengymnastik, die zweimal wöchentlich von der Beklagten getragen wird, nimmt der Kläger schon seit Juni 1993 einmal wöchentlich am therapeutischen Reiten teil (Bericht Krankengymnastin M. vom 09.06.1996). In einer "Verordnung" vom 5.7.1994, die auf einem offenbar von der Deutschen MS-Gesellschaft erstellten Vordruck ausgestellt worden ist, hielt die Internistin Dr. Sch. für die Dauer von sechs Monaten einmal wöchentlich wegen der MS therapeutisches Reiten für erforderlich. Auf diesen Antrag erging offenbar kein Bescheid der Beklagten. Am 23.11.1995 beantragte der Kläger erneut unter Übersendung einer gleichen "Verordnung" des Neurologen und Psychiaters Dr. Th. die Kostenübernahme für die Hippo- Therapie. Weitere Anträge stellte er jeweils unter Beifügung einer Verordnung von Dr. Th. am 07.03.1996, 22.07.1996, 10.03.1997 und 14.07.1997. Die Verordnungen betreffen den Zeitraum von August 1995 bis Dezember 1997.

Mit Bescheid vom 06.05.1996 lehnte die Beklagte die Kostenübernahme ab, nachdem der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) in einer Stellungnahme geäußert hatte, die Gewährung von Krankengymnastik sei ausreichend. Der Kläger legte Widerspruch ein und übersandte einen Bericht der Krankengymnastin M. vom 09.06.1996, in dem angegeben wird, bei dem Kläger bestehe u.a. infolge der MS eine ataktische Bewegungsstörung, die mit der bis her durchgeführten Therapie sehr erfolgreich behandelt worden sei.

Die Beklagte holte daraufhin eine weitere Stellungnahme des MDK ein. Unter dem 24.07.1996 führte Dr. von E. aus, der Entlassungsbericht der Sauerlandklinik H., in der der Kläger vom 10. bis 20.02.1996 behandelt worden sei, zeige deutlich, daß allein durch konventionelle Methoden eine deutliche Besserung der Bewegungsstörung erreicht werden könne. Mit Schreiben vom 30.07.1996 teilte die Beklagte dem Kläger mit, es sei beabsichtigt, die Kostenübernahme weiterhin abzulehnen. Mit Bescheid vom 14.03.1997 lehnte sie unter Hinweis auf die vorangegangenen Schreiben den Antrag vom 10.03.1997 ab; diese Ablehnung erneuerte sie mit Bescheid vom 05.09.1997. Mit Widerspruchsbescheid vom 29.09.1997 wies sie den Widerspruch des Klägers zurück.

Zur Begründung der Klage hat der Kläger vorgetragen, das therapeutische Reiten ergänze die Krankengymnastik und diene der Schulung der Gleichgewichtsorgane. Zwar sei die Hippo-Therapie nach den Heil- und Hilfsmittelrichtlinien ausgeschlossen, bei diesen Richtlinien handele es sich aber nur um interne Anweisungen der Krankenkassen, von denen im Individualfall abgewichen werden müsse. Das Sozialgericht hat Befundberichte von Dr. Sch. (Bericht vom 01.12.1997) und Dr. Th. (Bericht vom 08.12.1997) eingeholt; auf diese Berichte wird Bezug genommen.

Mit Urteil vom 18.06.1998 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Da die Hippo-Therapie in den Heil- und Hilfsmittelrichtlinien ausdrücklich als Leistung der Krankenkassen ausgeschlossen werde, stehe dem Kläger der geltend gemachte Kostenerstattungsanspruch wegen der Hippo- Therapie nicht zu.

Im Berufungsverfahren trägt der Kläger vor, auch unter Berücksichtigung der vom Sozialgericht herangezogenen Rechtsprechung des BSG bestehe ein Kostenerstattungsanspruch, weil dem Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen ein Verfahrensfehler vorzuwerfen sei. Er habe es versäumt, sich mit der Weiterentwicklung der Hippo-Therapie auseinanderzusetzen. Seine Entscheidung stamme aus dem Jahre 1982, inzwischen habe sich die Hippo-Therapie entscheidend weiterentwickelt, so daß eine neue Entscheidung des Bundesausschusses hätte herbeigeführt werden müssen. Nach dem Rundschreiben des BMI vom 15.02.1994 sei die Hippo-Therapie beihilfefähig bei ausgeprägten cerebralen Bewegungsstörungen (Spastiker) oder schwerer geistiger Behinderung. Auf dieser Grundlage habe das Bayerische Verwaltungsgericht München die Beihilfefähigkeit der Hippo-Therapie bei einer MS Erkrankung bejaht. Es verstoße gegen [Artikel 3 Abs. 1 GG](#), wenn Beamte eine Beihilfe zu den Kosten für die Hippo-Therapie erhielten, Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen dagegen nicht.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Gelsenkirchen vom 18.06.1998 zu ändern und die Beklagte unter Aufhebung der Bescheide vom 06.05.1996, 14.03.1997 und 05.09.1997 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 29.09.1997 zu verurteilen, ihm die Kosten der verordneten Hippo-Therapie zu erstatten, hilfsweise, die Revision zuzulassen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

Der Senat hat Auskünfte vom Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen (Auskunft vom 5.1.1999) und dem BMI (Auskunft vom 6.1.1999) eingeholt, auf die Bezug genommen wird.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie der Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist nicht begründet. Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen, denn der Kläger hat kein Anspruch auf Erstattung der Kosten der Hippo-Therapie.

Es kann dahinstehen, ob ein Erstattungsanspruch nach der allein in Betracht kommenden Vorschrift des [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) nicht schon deshalb ausscheidet, weil es an der Kausalität zwischen der Entstehung der Kosten und der Ablehnung der Leistung durch die Beklagte fehlt. Der Kläger nimmt bereits seit Juni 1993 an der Hippo-Therapie teil (Bericht Krankengymnastin M. vom 09.06.1996), beantragt hat er die Leistung erstmals im Juli 1994, wobei ein ablehnender Bescheid der Beklagten sogar erst am 06.05.1996 ergangen ist. Von daher erscheint es zweifelhaft, daß die Kosten der selbstbeschafften Leistung "durch" die Verweigerung der Hippo-Therapie entstanden sind oder ob nicht vielmehr der Kläger unabhängig von der Entscheidung der Beklagten die Leistung in Anspruch nehmen wollte.

Ein Erstattungsanspruch besteht jedenfalls deshalb nicht, weil die Beklagte die Hippo-Therapie nicht zu Unrecht abgelehnt hat. Diese ist keine Leistung, die zu Lasten der Krankenkassen verordnet und angewendet werden darf.

Nach [§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGB V](#) umfaßt die von der Beklagten zu gewährende Krankenbehandlung u.a. die Versorgung mit Heilmitteln. Die Hippo-Therapie ist ein Heilmittel im Sinne des [§ 32 Abs. 1 SGB V](#), denn sie bezweckt zur Erreichung der Behandlungsziele des [§ 27 Absatz 1 Satz 1 SGB V](#) eine Einwirkung von außen auf den menschlichen Organismus (s. zum Begriff des Heilmittels BSG SozR 2200 § 182 Nr. 32, 60). Als Heilmittel darf das therapeutische Reiten von den Vertragsärzten nicht verordnet werden, denn sie ist in der Anlage 2 (Nr. 2) der Heil- und Hilfsmittelrichtlinien (in der Fassung vom 17.06.1992 (BANz Nr. 183 b)) als Leistung aufgeführt, die von der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen ist. Damit kann sie der Kläger auch nicht von der Beklagten beanspruchen. Die auf der Grundlage des [§ 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V](#) erlassenen Heil- und Hilfsmittelrichtlinien sind wie alle nach [§ 92 Abs. 1 SGB V](#) erlassenen Richtlinien als untergesetzliche Rechtsnormen zu qualifizieren, die mit verbindlicher Wirkung sowohl für die Vertragsärzte und Krankenkassen als auch die Versicherten den Umfang und die Modalitäten der Versorgung regeln (vgl. grundlegend BSG [SozR 3-2500 § 92 Nr. 6](#); ebenso BSG [SozR-2500 § 92 Nr. 8](#); [SozR 3-2500 § 135 Nr. 4](#); zuletzt BSG Urteil vom 23.07.1998 - [B 1 KR 3/97 R](#); anders noch zu den Heil- und Hilfsmittelrichtlinien BSG [SozR 3-2500 § 13 Nr. 4](#)). Das BSG hat in den erstgenannten Entscheidungen überzeugend begründet, daß sich der Rechtscharakter der Richtlinien, zu deren Erlaß die Bundesausschüsse in [§ 92 Absatz 1 SGB V](#) ermächtigt werden, mit Inkrafttreten des SGB V gewandelt hat und die Richtlinien nunmehr an der normativen Wirkung der Gesamtverträge teilnehmen (§§ 92 Abs. 8 (Fassung ab 01.07.1997), 82 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Die Regelungswirkung der Richtlinien beschränkt sich dabei nicht auf das Leistungserbringerrecht, vielmehr wird gleichzeitig der leistungsrechtliche Rahmen abgesteckt. Nach der in [§ 2 Absatz 2 SGB V](#) zum Ausdruck kommenden Konzeption des Gesetzes erhalten die Versicherten die gesamte Krankenpflege als Sachleistung, wobei die Krankenkassen mit den Leistungserbringern Verträge über die Erbringung der Sach- und Dienstleistungen schließen. Die Inhalte des Leistungsrechts und des Leistungserbringerrechts müssen sich daher notwendigerweise entsprechen. Eine gesetzliche Ermächtigung zum Erlaß leistungskonkretisierender oder- beschränkender Regelungen im Zusammenhang mit den Verträgen bedeutet somit, daß diese Vorschriften auch die Leistungsverpflichtung der Krankenkasse präzisieren und begrenzen sollen. Somit bestimmen die in [§ 92 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) genannten Richtlinien auch den Inhalt und den Umfang des Leistungsanspruchs des Versicherten.

Es gibt keine Anhaltspunkte dafür, daß die Entscheidung des Bundesausschusses der gesetzlichen Ermächtigung widerspricht oder das Verfahren rechtsstaatliche Grundsätze verletzt hätte. Die Rüge des Klägers, der Ausschuß habe es versäumt, sich mit der Weiterentwicklung der Hippo-Therapie seit 1982 auseinanderzusetzen, greift nicht durch. Die Entscheidung des Bundesausschusses stammt zwar aus dem Jahre 1982, er ist seinerzeit zu dem Ergebnis gelangt, die Hippo-Therapie entspreche nicht dem Wirtschaftlichkeitsgebot, da es für die in Betracht kommenden Indikationen kostengünstigere Alternativen gebe. Nach der Auskunft des Bundesausschusses vom 05.01.1999 hat er aber im Juni 1990 die Hippo-Therapie erneut geprüft und sie wiederum als unwirtschaftlich beurteilt. Nach [§ 92 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) (ebenso früher § 368 p Abs. 1 Satz 1 RVO) haben die Richtlinien auch die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu berücksichtigen. Bei seiner

Entscheidung steht dem Bundesausschuß wie jedem Normgeber ein durch die gesetzliche Ermächtigung begrenzter Gestaltungs- und Beurteilungsspielraum zu. Seine Entscheidung ist nur daraufhin zu überprüfen, ob sie höherrangigem Recht widerspricht und ob das Verfahren rechtsstaatlichen Grundsätzen genügt. Dazu zählt auch, daß der Bundesausschuß die verfügbaren Beurteilungsgrundlagen ausgeschöpft hat (BSG [SozR 3-2500 § 92 Nr. 8](#) S. 27; [SozR 3-2500 §§ 135 Nr. 4 S. 22](#)).

Aus der Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Hippo-Therapie für bestimmte (eng begrenzte) Indikationen ergibt sich entgegen der Auffassung des Klägers nicht, daß die Beurteilung des Bundesausschusses fehlerhaft ist. Es ist schon nicht erkennbar, daß die der Entscheidung des Bundes und der Länder zugrundeliegenden Stellungnahmen überhaupt für die Einschätzung der Wirtschaftlichkeit der Hippo-Therapie im Vergleich zu anerkannten Methoden relevant sind. Nach der Auskunft des BMI vom 06.01.1999 betreffen die eingeholten Stellungnahmen offensichtlich nur die Frage, für welche Indikationen die Hippo-Therapie sinnvoll ist. Die mit der Auskunft übermittelte Stellungnahme der Bundesärztekammer vom 06.08.1991 befaßt sich nur mit der Wirksamkeit bzw. der Frage, welche Indikationen für die Hippo-Therapie als allgemein gesichert gelten. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, daß im vertrags(kassen-)ärztlichen Bereich die Anerkennung an der Wirtschaftlichkeit gescheitert sei. Zur Wirtschaftlichkeit enthält aber weder die Stellungnahme der Bundesärztekammer, noch die Auskunft des BMI eine Aussage. Auch der Kläger trägt nichts dazu vor, daß es insoweit relevante Erkenntnisse gegeben habe, die der Bundesausschuß unberücksichtigt gelassen habe.

Im übrigen würde selbst die Annahme, der Bundesausschuß dürfe im Hinblick auf die Beihilfefähigkeit der Hippo-Therapie diese nicht mehr grundsätzlich als Leistung in der vertragsärztlichen Versorgung ausschließen, dem Kläger nicht zu einem Kostenerstattungsanspruch verhelfen. In eigenen Rechten könnte der Kläger nur verletzt sein, wenn feststünde, daß die Hippo-Therapie gerade zur Behandlung der bei ihm bestehenden Krankheit als Methode anzuerkennen wäre. Beihilfefähig ist die Hippo-Therapie nur für die Indikationen ausgeprägte cerebrale Bewegungsstörungen (Spastiker) sowie schwere geistige Behinderungen (Rundschreiben des BMI vom 15.02.1994, GMBI. Seite 377). Das BMI weist in seiner Auskunft ausdrücklich darauf hin, nach den vorliegenden Stellungnahmen bestehe Konsens, daß eine unbegrenzte Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Hippo-Therapie abzulehnen sei. Die Bundesärztekammer nennt in ihrer Stellungnahme u.a. die Multiple Sklerose als Indikation, für die kein allgemeiner Konsens bestehe. Die Entscheidung des Bundesausschusses könnte somit allenfalls hinsichtlich der für die Beihilfe anerkannten Indikationen zu beanstanden sein. Der Kläger erhält die Hippo-Therapie aber nicht wegen einer dieser anerkannten Indikationen, sondern wegen der Multiplen Sklerose bzw. der dadurch bedingten Ataxie (Bericht Krankengymnastin M., Befundbericht Dr. Th. vom 08.12.1997). Von daher ist auch das Urteil des Bayerischen Verwaltungsgerichts München vom 26.09.1995 (M 5 K 93.23 0A 2), das einen Anspruch auf Beihilfe für die Hippo-Therapie auch bei einer MS-Erkrankung zuerkannt hat, unergiebig, weil im dortigen Fall nach einer ärztlichen Bescheinigung die Therapie wegen einer Spastik verordnet worden war. Ataxie (Störung der Bewegungskoordination) und Spastik (Erhöhung des Muskeltonus) sind völlig unterschiedliche Störungen des Bewegungsapparates, ataktische Störungen fallen offenkundig nicht unter die für die Beihilfe anerkannten Indikationen. Der Kläger hätte somit die Hippo-Therapie auch dann nicht beanspruchen können, wenn sich der Bundesausschuß der Entscheidung des BMI angeschlossen hätte.

Die frühere Rechtsprechung zur Hippo-Therapie, wonach es auf die Erfolgsaussichten bzw. den Erfolg der Methode im Einzelfall ankam (BSG [SozR 2200 §§ 182 Nr. 72, 76](#)) ist noch zum Recht der RVO ergangen und durch das SGB V überholt. Hat der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen in Richtlinien eine negative Empfehlung zur Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit einer Methode angegeben, ist seine Entscheidung von der Verwaltung und den Gerichten zu beachten. Der Versicherte, der sich eine in den Richtlinien aus geschlossene Behandlung auf eigene Rechnung verschafft, kann im Kostenerstattungsverfahren nicht einwenden, die Methode sei gleichwohl zweckmäßig und seinem Fall erforderlich gewesen (BSG [SozR 3-2500 § 92 Nr. 8](#) S. 28; [SozR 3-2500 § 135 Nr. 4](#) S. 20).

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor. Das Urteil des 4. Senats vom 16.12.1993 ([SozR 3-2500 § 13 Nr. 4](#)) ist durch die neuere Rechtsprechung des 6. und 1. Senats des BSG ([SozR 3-2500 § 92 Nr. 6, 8](#); [SozR 3-2500 § 135 Nr. 4](#)) überholt, so daß der Senat nicht im Sinne des [§ 160 Abs. 2 Nr. 2 SGG](#) von einer Entscheidung des BSG abweicht. Grundsätzliche Bedeutung ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#)) hat der Rechtsstreit im Hinblick auf die gefestigte neuere Rechtsprechung nicht.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2003-08-18