



JUR-INFO

Rechtliche Informationen zu HIV und AIDS

Ausgabe 1
Dezember 2006

Die Themen:

Erstattung von Behandlungskosten bei HIV

Rechtsanwalt Jacob Hösl, Köln

Dieser Artikel beschreibt die Voraussetzungen für die Erstattung von speziellen Behandlungsmethoden (z.B. bei Lipodystrohe) sowie für nicht „verschreibungspflichtige Medikamente“ (z.B. Vitamine).

Kostenübernahme bei HIV- bzw. Aids-Behandlung durch Heilpraktiker?

Rechtsanwalt Johannes Latz, Köln

Aus unterschiedlichen Gründen möchten viele HIV-positive Patienten neben der schulmedizinischen auch eine Behandlung durch den Heilpraktiker in Anspruch nehmen. Fraglich ist, inwieweit die Krankenversicherung zur Übernahme der damit verbundenen Kosten bereit und dazu verpflichtet ist.

Anerkennung von Hygienemehrbedarf bei Hartz IV

Rechtsanwalt Jacob Hösl, Köln

Auch nach dem SGB XII (Hartz IV) kann im Einzelfall ein Anspruch auf Erhöhung des Eckregelsatzes bei überdurchschnittlicher Bedarf an Hygieneartikeln bestehen.

Rechtsanwalt Jacob Hösl, Köln

Anerkennung von Hygienemehrbedarf bei Hartz IV

Auch nach dem SGB XII (Hartz IV) kann im Einzelfall ein Anspruch auf Erhöhung des Eckregelsatzes bei überdurchschnittlicher Bedarf an Hygieneartikeln bestehen.

Das Sozialgericht Gießen hat in einem Fall, in dem jemand, der auf Grund seiner HIV-Infektion einen besonderen Bedarf an Hygieneartikeln hat, Folgendes entschieden (S 18 SO 139/05 ER):

„(...) In diesem Umfang hat die Antragstellerin auch einen Anordnungsanspruch gegenüber dem Antragsgegner in Höhe von € 30,68 im Monat. Der Anspruch folgt aus § 28 Absatz 1 Satz 2 SGB XII. Zwar wird nach § 28 Absatz 1 Satz 1 SGB XII der gesamte Bedarf des notwendigen Lebensunterhalts außerhalb von Einrichtungen mit Ausnahme der Leistungen für Unterkunft und Heizung und der Sonderbedarf nach § 30 SGB XII in Form von Regelsätzen erbracht. Die Bedarfe werden allerdings nach § 28 Absatz 1 Satz 2 SGB XII unter anderem dann abweichend festgelegt, wenn im Einzelfall ein Bedarf unabweisbar seiner Höhe nach erheblich von einem durchschnittlichen Bedarf abweicht. Eine Besonderheit des Einzelfalles im Sinne von § 28 Absatz 1 Satz 2 SGB XII liegt dann vor, wenn der Hilfesuchende einen laufenden, nicht einmaligen Bedarf geltend macht, der bei der generalisierenden Bemessung der laufenden Leistungen zum Lebensunterhalt nicht berücksichtigt worden ist und - weil einzelfallabhängig - auch nicht berücksichtigt werden konnte. Der Anwendungsbereich der Vorschrift beschränkt sich somit auf in diesem Sinne atypische Bedarfslagen. Insofern kommt es auf die individuelle Situation des einzelnen an, der seinen Bedarf konkret angeben muss, damit er nach § 28 Absatz 1 Satz 2 SGB XII Berücksichtigung finden kann.

Nach dieser Maßgabe hat die Antragstellerin einen Sachverhalt glaubhaft gemacht, auf Grund dessen ihr Bedarf an Hygieneartikeln unabweisbar seiner Höhe nach erheblich von einem durchschnittlichen Bedarf, insbesondere der generalisierten Bemessung in der Abteilung 06 (Gesundheitspflege), vgl. § 2 Absatz 2 Nr. 5 der Regelsatzverordnung vom 3.6.2004 (BGBl. I, Seite 1067) liegt. dies ergibt sich für das Gericht zunächst aus der ärztlichen Stellungnahme des behandelnden Arztes (...) vom 23.9.2005. Danach liege bei der Antragstellerin auf Grund einer HIV-Infektion ein zellulärer Immundefekt vor, der durch eine chronische Virus-Hepatitis-C-Infektion zusätzlich verstärkt werde. Beide Erkrankungen gingen häufig mit einer Hautmanifestation einher, wie z.B. Prurigo simplex, Austrocknung der Haut. Damit die Haut ihre Funktionen als Schutzbarriere gegenüber Bakterien- und Pilzinfektionen erfüllen könne, seien eine regelmäßige und

sorgfältige Hautpflege mit kostenintensiven Cremes, Lotionen und Badezusätzen, z.B. Lipolotio excipial oder Balneum Hermal F erforderlich. Diese kostenintensiven Produkte seien nicht rezeptpflichtig und deshalb komplett vom Patienten selbst zu bezahlen. Darüber hinaus hat die Antragstellerin mit Schreiben vom 17.10.2005 eidesstattlich versichert, dass sie für den Erwerb von Reinigungs- und Waschmitteln inklusive Toilettenpapier und Verbandsmaterial monatlich € 25,- bis € 35,- sowie für Salben und Badezusätze € 25,- pro Monat ausbebe. Dies wird vom Antragsgegner nicht bestritten. Vielmehr ergibt sich aus den vom Antragsteller (gemeint ist Antragsgegner) vorgelegten Leistungsabrechnungen, dass dieser in der Vergangenheit im Falle der Antragstellerin einen Hygienemehrbedarf von € 30,68 berücksichtigt hat. Es ist nichts dafür ersichtlich, dass sich seither an dem Bedarf etwas geändert hat.

Zwar hatte das Gericht die Stattgabe bis zum Ende des Monats der gerichtlichen Entscheidung befristet. Es geht jedoch davon aus, dass der Antragsgegner die streitige Leistung im Falle der Rechtskraft des vorliegenden Beschlusses bei unveränderter Sachlage auch in Zukunft nicht verweigert. Andernfalls hat die Antragstellerin die Möglichkeit, nochmals die Gewährung vorläufigen Rechtsschutzes zu beantragen. (...)“

Im weiteren Verfahren wurde ein Vergleich über die ganze Sache geschlossen, so dass dieser Rechtsstandpunkt Bestand hat.

An dieser Entscheidung ist bemerkenswert, dass das Sozialgericht festgestellt hat, dass jedenfalls dem Grunde nach der sog. Hygienemehrbedarf auch dann bestehen kann, wenn man **Leistungen nach dem SGB XII** erhält. Seit dem 1.1.2005 hatten die Sozialbehörden die Antragsteller regelmäßig auf die Neufassung der Regelsatzordnung verwiesen und mit dieser Begründung einen entsprechenden Anspruch auf Hygienemehrbedarf verneint.

Zu beachten ist allerdings, dass Empfänger von Arbeitslosengeld II, d.h. Leistungen nach dem SGB II, keinen solchen Anspruch geltend machen können. Die Vorschrift des SGB XII über den individuellen Bedarf der Sozialhilfe wurde eigenartigerweise in das SGB II nicht aufgenommen. In der Kommentarliteratur wird dieser Umstand als sachlich unbegründet und letztlich nicht erklärbar dargestellt. M. E. liegt hierin eine verfassungsrechtlich nicht zu rechtfertigende Ungleichbehandlung zweier gleicher Sachverhalte. Gleichwohl haben inzwischen Sozialgerichte entschieden, dass arbeitssuchende Sozialhilfeempfängern, das heißt denjenigen, die Leistungen nach dem SGB II erhalten, keinen Anspruch auf Hygienemehrbedarf haben. Bei

der Beratung ist daher immer darauf zu achten, nach welchem Gesetz der Antragsteller Leistungen erhält. Inzwischen liegen aber Urteile einiger Sozialgerichte vor, die auch bei Leistungen von arbeitssuchenden Sozialhilfeempfänger einen individuellen dauerhaften Bedarf anerkennt. Als Begründung wird unterschiedlich argumentiert: Das Sozialgericht Lüneburg (Az.: S 30 AS 328/05 ER, „ER“ bezeichnet Verfahren im einstweiligen Rechtsschutz) meint, ein solcher Anspruch besteht nach § 23 Abs. 1 SGB II. Diese Vorschrift regelt Hilfen in anderen Lebenslagen (Nachfolgevorschrift zu der Vorschrift über die Hilfe in besonderen Lebenslagen nach dem BSHG). Gemeint sind aufgelaufene Mietschulden etc. Diese müssen nach der Vorschrift als Darlehen gewährt werden und entweder zurück bezahlt werden oder sie werden mit den laufenden Leistungen zu einem bestimmten Teil verrechnet. Das Sozialgericht Lüneburg meint, dass die Rückfor-

derung des Darlehens möglicherweise gegen das Grundgesetz verstößt und deshalb das „Rückforderungsgebot“ verfassungskonform ausgelegt werden muss in eine Ermessensvorschrift und das Ermessen bei einem erhöhten regelmäßigen Bedarf von Dauer (im Urteil wird ausgeführt, dass es voraussichtlich jedenfalls ein Jahr sein müsse) in der Weise ausgeübt werden muss, dass von der Rückforderung abgesehen wird. Das Sozialgericht Berlin (Az.: S 95 AS 9051/05 ER) stellt auf § 21 Abs. 5 SGB II (erhöhter Mehrbedarf wegen - gesundheitsbedingter - kostenaufwendiger Ernährung) und führt aus, dass diese Vorschrift analog, d.h. entsprechend, angewandt werden muss, wenn ein andere individuell begründeter dauernder Bedarf (Hygiene-Mehrbedarf bei HIV wegen dauernder Diarrhoe und starkem Nachtschweiß) besteht, der aus dem Regelsatz nicht finanziert werden muss und kann.

Rechtsanwalt Johannes Latz, Köln

Kostenübernahme bei HIV- bzw. Aids-Behandlung durch Heilpraktiker?

Aus unterschiedlichen Gründen möchten viele HIV-positive Patienten neben der schulmedizinischen auch eine Behandlung durch den Heilpraktiker in Anspruch nehmen. Fraglich ist, inwieweit die Krankenversicherung zur Übernahme der damit verbundenen Kosten bereit und dazu verpflichtet ist.

1. Ausgangssituation

Die Behandlung der HIV-Infektion mit sog. Kombi-Präparaten ist finanziell aufwändig, für den Patienten umständlich und nicht zuletzt wegen der Nebenwirkungen oftmals äußerst unangenehm. Der Schritt zur „alternativen“ Behandlung, also mittels Naturheilverfahren oder auch Homöopathie, liegt in dieser Situation nahe. Tatsächlich lassen sich zahlreiche HIV-positive Menschen bei Heilpraktikern mit zur Schulmedizin alternativen Methoden behandeln. Jedoch ist die Krankenversicherung nicht immer zur Übernahme der damit verbundenen Kosten bereit.

2. Verweigerung der Kostenübernahme wegen Ärzte-Privilegs

a. Behandlungsverbot für übertragbare Krankheiten

Obwohl in der Regel Behandlungen beim Heilpraktiker im Vergleich zur schulmedizinischen Behandlung

mittels Kombi-Präparaten erheblich kostengünstiger sind, verweigern Krankenversicherungen oftmals die Erstattung der damit verbundenen Kosten, wobei sie sich u.a. auf das gesetzliche Verbot des **§ 24 Infektionsschutzgesetz (IfSG)** berufen. Nach dieser Vorschrift ist die Behandlung von Personen, die an einer **übertragbaren Krankheit** (also auch HIV) erkrankt oder dessen verdächtig sind, ausschließlich Ärzten gestattet (sog. Ärzte-Privileg). Die Berufung auf diese Bestimmung ist für Krankenversicherungen attraktiv, weil es durchaus Studien gibt, die Naturheilverfahren bei der Behandlung von Immunsuppressionen (Unterdrückung oder Schwächung der Immunreaktionen) Erfolge bescheinigen oder jedenfalls Behandlungseignung zubilligen. Die Auseinandersetzung über die Notwendigkeit der Heilpraktiker-Behandlung wird aber gänzlich überflüssig, wenn man mit einem regelrechten **Behandlungsverbot** aufwarten kann: Verbotene Behandlungen sind grundsätzlich nicht notwendig und sogar gegebenenfalls geeignet, den gesamten Behandlungsvertrag mit dem Heilpraktiker als verbotenes Rechtsgeschäft gem § 134 BGB unwirksam zu machen.

b. Kein Behandlungsverbot für unabhängig bestehende Krankheiten

Das Oberlandesgericht Köln hat gegenüber dem auf § 24 IfSG gestützten Einwand von Krankenversiche-

rungen in vor kurzem abgeschlossenen Verfahren (5 U 30/03, 5 U 31/03) Hinweisbeschlüsse erlassen, aufgrund derer die Heilpraktiker-Behandlung HIV-infizierter Patienten nicht mehr von vornherein als verboten und damit nicht notwendig angesehen werden kann. Der 5. Zivilsenat versteht das Ärzte-Privileg des § 24 IfSG dem Grundsatz nach als der **Seuchenprophylaxe** dienend und nicht allein die Behandlungsqualität gewährleistend. Die Vorschrift bezwecke nicht den Schutz der infizierten Person selbst, sondern sei auf die Verhinderung der Verbreitung aufgetretener Infektionen durch die infizierte Person auf Dritte gerichtet. Infolge dessen sei zwar die unmittelbar gegen die Verbreitung des HI-Virus gerichtete Behandlung als eine Behandlung der HIV-Infektion selbst zu verstehen und damit allein Ärzten vorbehalten.

Umgekehrt sei aber die Behandlung anderer Krankheiten, die völlig unabhängig von der HIV-Infektion seien und nicht mit ihr in einem Kausalzusammenhang stünden, nicht vom Ärzte-Privileg des § 24 IfSG erfasst.

Das gängige Motiv HIV-positiver Patienten, einen Heilpraktiker aufzusuchen, liegt indessen nicht im Bereich der vorstehend skizzierten eindeutigen Entweder-Oder-Konstellation. Kaum wird jemand auf die Idee kommen, der Heilpraktiker sei in der Lage, seine Infektiosität zu beseitigen, und sich deshalb behandeln lassen. Umgekehrt dürfte es auch der phantasiebegabtesten Krankenversicherung nicht einfallen, die Kostenerstattung für die Behandlung einer Gelenkverstauchung nach einem Sturz durch einen Heilpraktiker mit Hinweis auf das Ärzte-Privileg zu verweigern, nur weil der Gestürzte (auch) HIV-positiv ist.

Üblicherweise wendet sich der HIV-infizierte Patient an den Heilpraktiker, weil er wegen nicht tolerabler Nebenwirkungen der Kombi-Präparate eine Therapiepause einlegen muss und diese überbrücken will, weil er den Beginn der Therapie mit Kombi-Präparaten hinauszögern oder die Auswirkungen des HIV auf die allgemeine Abwehrlage behandeln lassen möchte.

3. Grundsätze des OLG Köln zur Zulässigkeit der Heilpraktiker-Behandlung

Gerade für diese Fälle hat der 5. Zivilsenat des OLG Köln Grundsätze aufgestellt, die in der Auseinandersetzung mit Krankenversicherungen äußerst hilfreich sind.

Bei der Behandlung von **unmittelbaren oder mittelbaren Infektionsfolgen** oder bei der Behandlung solcher Krankheiten, deren **Zusammenhang mit dem HIV ungewiss** ist, lässt das Gericht die Behandlung durch Heilpraktiker unter gewissen Voraussetzungen zu. Dabei orientiert es sich ausschließlich an der infektionsprophylaktischen Zwecksetzung des § 24 IfSG.

a. *Kompetente ärztliche Aufklärung*

Zur Erreichung dieses Gesetzeszwecks sei es (lediglich) erforderlich, dass HIV-positive Patienten bei ihrer Behandlung eine kompetente Aufklärung durch einen Arzt erfahren. Die Behandlung von Infektionsfolgen oder möglicherweise infektions-assoziiertes Erkrankungen setzt danach voraus, dass kontinuierlich – zusätzlich – ein Arzt die Beratung des Patienten durchführt und über den Stand der Infektion beim Patienten informiert wird.

b. *Kontinuierliche ärztliche Behandlung*

Hierfür genügt es nach Ansicht des Gerichts, dass sich der Patient im Hinblick auf seine HIV-Infektion überhaupt in kontinuierlicher ärztlicher Behandlung befindet, in deren Rahmen eine Aufklärung über den Stand der Infektion und die Möglichkeit der Weiterbehandlung stattfindet. **Es reicht allerdings nicht aus**, dass neben dem Heilpraktiker lediglich ein **Laborarzt** tätig wird, weil dieser in der Regel nicht selbst Schlussfolgerungen aus den Laborbefunden für die Weiterbehandlung ziehe und individuelle Beratungen des Patienten vornimmt.

Diese Grundsätze gelten auch und gerade für Verlaufsphasen, in denen eine **antiretrovirale Therapie nicht durchgeführt** wird, damit vermieden wird, dass der Patient allein den Heilpraktiker aufsucht, um den Stand seines Krankheitsverlaufes zu kontrollieren und zu beherrschen, ohne dass hierüber ein Arzt informiert wird.

c. *Fazit: Zusammenarbeit des Heilpraktikers mit einem Arzt*

Im Ergebnis laufen die genannten Kriterien darauf hinaus, dass Heilpraktiker nur dann, aber auch schon dann von HIV-positiven Patienten zur Behandlung der Folgen der Infektion aufgesucht werden können, wenn sie bei der Behandlung mit einem Arzt zusammenarbeiten und diesen über die durchgeführten Maßnahmen und ihre Ergebnisse informieren.

In den entschiedenen Fällen haben sich übrigens die Parteien (Patienten und Krankenversicherung) darauf verglichen, dass die Krankenversicherung den Einwand, die Behandlung des jeweiligen Patienten durch den Heilpraktiker verstoße gegen § 24 IfSG, nicht weiter aufrecht erhält oder erhebt, sofern die derzeitige Zusammenarbeit zwischen Heilpraktiker und Arzt andauert.

Rechtsanwalt Jacob Hösl, Köln

Erstattung von Behandlungskosten bei HIV

1. Abrechnung über die kassenärztliche Vereinigung

Die meisten Patienten mit HIV sind in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert. Nur einige haben eine private Krankenversicherung. Die Erstattung von Behandlungskosten durch die gesetzlichen Krankenversicherung erfolgt bei der Behandlung durch niedergelassene Ärzte über die **kassenärztliche Vereinigung**. Dort reicht der Arzt seine Abrechnung ein und erhält daraufhin sein Honorar, nachdem die kassenärztliche Vereinigung mit der jeweiligen Krankenversicherung abgerechnet hat. Der Patient erhält im Rahmen dieses Abrechnungssystems kaum Informationen, da der Arzt unmittelbar mit den Kostenträgern abrechnet.

2. Abrechnungsfähige Behandlungen

Abrechnen kann der Arzt aber nur solche Behandlungen, die nach den gesetzlichen Vorschriften und den Ausführungsvorschriften abrechnungsfähig sind. Was abrechenbar ist, wird in den **Richtlinien der sog. Bundesausschüsse** festgelegt. Die Bundesausschüsse sind mit Vertretern der Ärzteschaft und sonstiger am Gesundheitssystem Beteiligter (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Spitzenverbände der Krankenkassen, der Bundesknappschaft und den Verbände der Ersatzkassen sowie Patientenvertreter ohne Stimmrecht) besetzt. Diese erstellen die Richtlinien nach Kriterien **medizinischer Wirksamkeit** und nach Grundsätzen der **Wirtschaftlichkeit**. Die Behandlung der HIV-Infektion und der damit zusammenhängenden Erkrankungen und die Verschreibung der erforderlichen Arzneimittel sind ganz überwiegend in den Richtlinien festgehalten, so dass der größte Teil der Behandlung von HIV und den damit zusammenhängenden Erkrankungen von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet wird.

3. Neue Diagnose- und Behandlungsmethoden

Bei einer Krankheit wie HIV und AIDS, für die es keine weitgehend standardisierte Therapie gibt und bei der auch bezüglich der Diagnostik ständig neue Erkenntnisse gewonnen werden, kommt es immer wieder vor, dass Methoden (sowohl aus dem Bereich der Diagnostik als auch der Behandlung), die auf neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen, nicht in den Richtlinien enthalten sind und damit nicht in die Regelerstattung fallen. Jede solche Behandlungsform kann vom Arzt grundsätzlich erst dann verschrieben

oder angewandt werden, wenn sie in die Richtlinien aufgenommen wurde.

Bei neuen **Medikamenten** werden diese mit ihrer **arzneimittelrechtlichen Zulassung** in der Regel in die Richtlinien zur Erstattung durch die gesetzlichen Krankenversicherungen aufgenommen, wenn es sich um verschreibungspflichtige Arzneimittel handelt, was bei allen Medikamenten der HAART (Highly Active Anti-Retroviral Therapy = Kombinationstherapie) der Fall ist. Trotzdem gibt es immer wieder Behandlungsmethoden, die nicht in den Richtlinien enthalten sind. Dies betrifft bei HIV gegenwärtig vor allem die Behandlung der Lipoatrophie (Fettverlust) im Gesicht durch Unterspritzung mit Polymilchsäurelaktat, Hydrogel oder anderen Substanzen zur Rekonstruktion der Wangen, die Behandlung anderer Folgen der Lipodystrophie (Fettverteilungsstörung) oder z.B. des Buffalohump (Nackenfettpolster) durch Fettabsaugen .

Vitamine und Mineralstoffe sind nur dann auf Kosten der Krankenkasse zu verordnen, wenn nachgewiesenermaßen ein Mangel (niedrige Vitaminspiegel im Blut) vorliegt. Nahrungsergänzungsmittel wie z.B. Uridin sind grundsätzlich nicht auf Kosten der Kasse zu verordnen.

Welche nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel („OTC“) unter welchen Bedingungen von den Krankenkassen erstattet werden kann man auf den Seiten des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de nachlesen.

4. Voraussetzungen der Erstattung

Grundsätzlich sind solche Behandlungsmethoden von der Regelversorgung ausgeschlossen. Dies bedeutet aber nicht zwingend, dass eine Erstattung durch die gesetzliche Krankenversicherung nicht möglich ist. Für die Erstattung der Kosten solcher Methoden oder Medikamente müssen einige Voraussetzungen gegeben sein.

– Einhaltung des Beschaffungswegs

In formeller Hinsicht muss zunächst ein besonderer sog. „Beschaffungsweg“ eingeschlagen werden. Dieser entspricht den auch bei der Beantragung sonstiger Leistungen von Sozialversicherungsträgern einzuhaltenden Vorgaben. Um hier Fehler im Antragsverfahren zu vermeiden, sind einige Aspekte zu beachten:

- Schriftlicher Antrag

Zunächst muss ein Antrag auf die gewünschte Leistung bei der gesetzlichen Krankenversicherung eingereicht werden. Dies sollte unbedingt schriftlich erfolgen. Das ist zwar rechtlich nicht zwingend notwendig, aber zu Beweis Zwecken bei einer späteren Auseinandersetzung unbedingt sinnvoll.

- Widerspruch und Klage

Nach Antragstellung ist die Entscheidung der Krankenkasse abzuwarten. Handelt es sich um eine Ablehnung, muss gegen den ablehnenden Bescheid Widerspruch eingelegt werden. Fällt der Widerspruchsbescheid erneut ablehnend aus, muss Klage beim Sozialgericht erhoben werden.

- Kein vorzeitiger Behandlungsbeginn

Dieses Verfahren kann durchaus einige Zeit dauern, was viele Patienten nicht abwarten können oder wollen. Häufig kommt es vor, dass die Behandlung, z.B. mit „Sculptra“ oder „Aquamid“ oder einer anderen Substanz wegen einer Lipoatrophie im Gesicht bereits vor oder kurz nach der Antragsstellung begonnen wurde. Wer eine Erstattung der Behandlungskosten einer Behandlung außerhalb der Regelversorgung erreichen möchte, muss darauf achten, dass er die Behandlung nicht zu früh beginnt, um keine formalen Ablehnungsgründe zu provozieren. Der früheste Zeitpunkt des Behandlungsbeginns liegt **nach dem Eingang der ersten ablehnenden Entscheidung der Krankenkasse**. Dies ist meist der erste Bescheid, der mit einer Rechtsmittelbelehrung versehen ist, d.h. in dem man auf die Möglichkeit des Widerspruchs hingewiesen wird. Erst wenn man diesen Zeitpunkt abwartet, ist der sog. Beschaffungsweg eingehalten, denn nach den einschlägigen Vorschriften muss die gesetzliche Krankenversicherung jedenfalls die Möglichkeit gehabt haben, die Sache zu prüfen und darüber zu entscheiden.

Häufig lassen sich die Krankenkassen viel Zeit für die Bearbeitung. Dauert es ein **halbes Jahr**, ohne dass die Krankenkasse eine inhaltliche Äußerung abgegeben hat, kann man **Untätigkeitsklage** vor dem Sozialgericht erheben. Manchmal hilft es auch schon, wenn man die Krankenkasse um Zusendung eines „rechtsmittelfähigen Bescheides“ bittet. Hierauf folgt in der Regel eine Reaktion.

- Eilfälle

Etwas anderes gilt in Eilfällen. Hier muss bei dem zuständigen Sozialgericht vor Durchführung der Maßnahme eine **einstweilige Anordnung** erwirkt werden. Dies kann z.B. notwendig sein, wenn die Entscheidung der Krankenkasse nicht abgewartet werden kann (s.u.). Allerdings besteht bei Verfahren auf Erlass einer einstweiligen Anordnung das

besondere Problem, dass die Gerichte im Bereich der „Leistungsklage“ (Klagen, die nicht der Abwehr einer Maßnahme dienen, sondern der Durchsetzung von Leistungsansprüchen), vor einer zusprechenden Entscheidung zurück schrecken, da dies die Hauptsache vorwegnehmen kann. Dies ist eigentlich nicht der Sinn eines Verfahrens auf Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes. In der Regel kommt einstweiliger Rechtsschutz nur in Betracht, wenn eine lebensbedrohliche Gesundheitssituation vorliegt oder nicht wieder gut zu machende gesundheitliche Schäden drohen, wenn die Behandlung nicht unmittelbar durchgeführt wird. Was in einem solchen Verfahren zu beachten ist, sollte mit einem Anwalt besprochen oder, wenn man das Verfahren selbst durchführen möchte, bei Gericht erfragt werden. Das Verfahren vor dem Sozialgericht ist gerichtskostenfrei.

Medizinische Notwendigkeit

Die Einhaltung des Beschaffungswegs gewährleistet noch keine positive Entscheidung über die beantragte Leistung; entscheidend ist vielmehr, ob die beantragte Maßnahme medizinisch notwendig ist oder nicht. Dies richtet sich nach **individuellen Kriterien**, d.h. danach, ob die beantragte Maßnahme bei dem konkreten Patienten notwendig ist. Das bedeutet, dass jede gerichtliche Entscheidung anders ausfallen kann. In manchen Bereichen ist eine positive Entscheidung bei entsprechender **ärztlicher Stellungnahme** leichter zu erlangen.

5. Fallgruppen

a. Vitamine und Mineralien

Fast ausgeschlossen ist die Erlangung von Leistungen für Vitamine und Mineralien von der gesetzlichen Krankenversicherung, da es sich zumeist nicht einmal um verschreibungspflichtige oder auch nur apothekenpflichtige Mittel handelt, jedoch ab dem 1.1.2004 von den gesetzlichen Krankenversicherungen grundsätzlich nur noch Kosten für sog. „**verschreibungspflichtige Medikamente**“ erstattet werden sollen. Es bedarf in diesem Bereich eines ganz erheblichen Aufwands an **medizinischer Begründung**, um entsprechende Leistungen zu erhalten. Es muss ein Vitaminmangel nachgewiesen sein, ansonsten ist eine Erstattung nicht möglich (es gibt also auf Kasse keine „prophylaktischen“ Vitamingaben, auch nicht mit der Begründung, dass bei chronischen Erkrankungen der Bedarf erhöht sei)

b. Lipodystrophie

- Krankheitsbild

In den letzten Jahren haben sich bei zahlreichen Patienten Nebenwirkungen der HAART gezeigt, die aufgrund einer Fettverteilungsstörung (Lipodystro-

phie) entstehen. Hierbei wird Fett in einigen Bereichen des Körpers angesammelt und in anderen abgebaut. Es kann zu Fettzunahmen im Bauchraum und im Nacken kommen, während Fett an den Gliedmaßen und vor allem im Gesicht abschmilzt. Der Fettverlust im Gesicht kann sich derart stark auswirken, dass es zu tiefen Einkerbungen in den Wangen und an den Schläfen kommen kann. In der Fachwelt wird dies auch als „Totenkopfsyndrom“ bezeichnet. Auch die Fettzunahmen am Nacken können ganz erheblich entstehend wirken. Insgesamt führen diese Veränderungen je nach Ausprägung zu einem unnatürlichen Aussehen, da einerseits sehr „dicke“ Körperbereiche zu andererseits deutlich abgemagerten Bereichen nicht passen. Dadurch werden die Betroffenen für die Umwelt als Menschen mit HIV erkennbar. Viele Patienten leiden sehr unter dieser durch Medikamente hervorgerufenen **Stigmatisierung**. Zwar haben die erhöhten Blutfettwerte in der Regel Krankheitswert, aber ob sich auch die sichtbaren Fettverteilungsstörungen gesundheitlich negativ auswirken, ist unklar. Derzeit können noch keine physischen Auswirkungen der Lipoatrophie im Gesicht oder des „Buffalohump“ im Nacken festgestellt werden. Aus diesem Grund lehnen die Krankenkassen die Behandlung dieser äußeren Erscheinung der Lipodystrophie mit der Begründung ab, dass es sich lediglich um eine **kosmetische Maßnahme** und nicht um die Behandlung einer Krankheit handelt, die allein erstattungsfähig wäre. Kosmetische Maßnahmen werden nicht erstattet. Rekonstruktionsverfahren werden erstattet, z.B. handelt es sich bei Implantaten nach Brustkrebsoperationen oder Hodentumoroperationen auch um Implantate (dauerhafte Implantate). Auch die Rekonstruktionsverfahren im Gesicht werden mit Implantaten durchgeführt (Sculptra als teilweise-dauerhaftes Implantat und Aquamid als dauerhaftes Implantat). Wichtig ist also die Bezeichnung „Rekonstruktion“!

- Behandlungsbedürftigkeit und Behandelbarkeit

Behandlungsbedürftigkeit liegt aber vor, wenn durch den **regelwidrigen Gesundheitszustand** die körperlichen und geistigen Funktionen in einem so beträchtlichen Maße eingeschränkt sind, dass ihre Wiederherstellung der Mithilfe eines Arztes, also **ärztlicher Behandlung**, bedarf.

Bei der Feststellung der Regelwidrigkeit ist vom Leitbild eines gesunden Menschen auszugehen, der zur Ausübung körperlicher und psychischer Funktionen in der Lage ist. Die Abweichung von der Norm darf allerdings nicht nur geringfügig sein. Auch kommen **abweichende Körperformbildungen** in Betracht, wenn diese so ausgeprägt sind, dass eine **erhebliche Veränderung oder Entstellung** eingetreten ist. Die Behandlung solcher Veränderungen ist erstattungsfähig.

Voraussetzung ist natürlich auch die Behandelbarkeit, wobei es ausreicht, dass ein **Behandlungserfolg erzielt werden kann**. Dass er eintritt ist, wie bei nahezu allen ärztlichen Behandlungen, nicht Voraussetzung einer Erstattungspflicht.

Bei Entstellungen kann nicht allein auf die Störung von körperlichen Funktionen abgestellt werden, sondern es ist anerkannt, dass der Mensch als soziales Wesen auf zwischenmenschlichen Kontakt angewiesen ist und darin eine „Funktionsstörung“ eintreten kann, wenn dieser **soziale Kontakt** durch entstehendes Aussehen **schwer beeinträchtigt** wird. Dies gilt vor allem für Körperstellen, die herkömmlicherweise nicht von Kleidung verdeckt sind, also vor allem hinsichtlich des Gesichts.

Die Erfahrung der letzten Jahre hat gezeigt, dass die Rechtssprechung recht hohe Anforderungen an das Ausmaß der Entstellung stellt. Sie lehnt sich dabei zunehmend an das Maß der Entstellung, das auch für eine Schwerbehinderung vorliegen muss. Demnach muss die Entstellung so groß sein, das unbeteiligte Dritte von dem Aussehen abgeschreckt werden.

- Darlegungs- und Beweisfragen

Wann eine **Gesichtsveränderung** aufgrund einer Lipoatrophie entstehenden Charakter erlangt, ist je nach Einzelfall zu beurteilen und wird durch die sog. „richterliche Inaugenscheinnahme“ bestimmt. Das bedeutet, dass das Gericht den Betroffenen ansieht und feststellt, ob eine Entstellung vorliegt oder nicht. Die Veränderung des Erscheinungsbilds muss nach Möglichkeit durch Vorlage von Fotos dokumentiert werden. Dabei kommt es nicht auf die behandlungs-, sondern auf die zuvor eingetretenen krankheitsbedingten Veränderungen an. Es muss also nach Möglichkeit dargelegt werden, wie man aussah, bevor man an der Fettverteilungsstörung litt, und wie man sich infolge dieser Störung entwickelt hat.

Praxishinweis: Ab dem Zeitpunkt, ab dem eine HAART durchgeführt wird und solche Mittel eingenommen werden, die das Risiko einer Lipodystrophie mit sich bringen, sollten **in regelmäßigen Abständen Fotos** von dem Patienten, vor allem seines Gesichts, angefertigt werden. Andernfalls gibt es häufig noch andere Aufnahmen aus früherer Zeit, die ebenfalls herangezogen werden können.

Bei der Behandlung des „Buffalohump“ durch Fettabsaugen oder ähnliche Maßnahmen gelten dieselben Grundsätze wie bei der Behandlung der Lipoatrophie im Gesicht. Allerdings muss man dies mit Einschränkungen sehen, da die Schultern normalerweise von Kleidung bedeckt sind und damit die durch diese Veränderung eintretende Entstellung jedenfalls für eine gewisse Zeit kaschiert werden kann. Bei einem Buffalohump kann aber durchaus auch eine Bewegungseinschränkung z.B. des Halses vorliegen (Funk-

tionseinschränkungen, ggf. mit Schmerzen). Solche Erscheinungen reichen aus, um Behandlungsbedürftigkeit zu begründen, wenn sie ärztlich feststellbar sind.

Bei der Erstattung der Behandlungskosten hinsichtlich körperlicher Veränderungen ist besonders problematisch, dass sich jeder Fall am individuellen Aussehen des betreffenden Klägers orientiert und man über den Ausgang eines Verfahrens nur sehr schwer Vorhersagen treffen kann. Häufig ist auch die **Beweisführung schwierig**, weil nur wenig oder qualitativ nicht aussagefähiges Fotomaterial aus der Zeit vor Beginn der Lipodystrophie vorliegt, so dass die Richter u.U. nur schwer eine Veränderung feststellen können.

Schließlich sind bei der Inaugenscheinnahme durch das Gericht Personen beteiligt, die jeweils persönliche Erfahrungen, Anschauungen und „Vorurteile“ haben, die sich in der Bewertung einer Entstellung niederschlagen können. So wird teils in Fällen, die eher an der Grenze liegen, vom Gericht Behandlungsbedürftigkeit angenommen, während sie in anderen Konstellationen, bei denen eine Entstellung nahezu eindeutig ist, verneint wird. Diese Unwägbarkeiten machen alle Verfahren in diesem Bereich sehr schwierig; gleichwohl sollte man jedenfalls die Möglichkeit einer Erstattung der Behandlungskosten in Betracht ziehen.

IMPRESSUM

JUR-INFO
Rechtliche Informationen zu HIV und AIDS

herausgegeben vom
Juristenkreis der
AIDS-Hilfe Köln e.V.
Beethovenstraße 1
Tel.: 0221/ 20 20 30

Mit Unterstützung der Deutschen AIDS-Stiftung.

Texte dieser Ausgabe:
Jacob Hösl
Johannes Latz

REDAKTIONSGRUPPE
Leitung:
Carlos Stemmerich
Ehrenamtliche Mitarbeit:
Stefanie Fuchs-Gallilea

V.i.S.d.P.:
Carlos Stemmerich
Michaela Diers
Für die Richtigkeit der Textinhalte sind die
Autoren verantwortlich. Der Herausgeber
übernimmt in soweit keine Haftung.

Gesamtherstellung:
Prima Print, Köln
Auflage 500

Das JUR-INFO kann bestellt werden bei der
Deutschen AIDS Hilfe e.V.:
Tel: 030-690087-0
Fax: 030-690087-42
www.aidshilfe.de

Alle JUR-INFO-Broschüren sind auch unter
www.HIV-MED-INFO.de / www.aids-stiftung.de
de einzusehen und als PDF-Datei zu laden.

Themenvorschläge nimmt die JUR-INFO-Redaktion
gerne auf. E-Mail an stemmerich@koeln.aidshilfe.de