

BUNDESSOZIALGERICHT



Beschluss in dem Rechtsstreit

Az: B 1 KR 16/06 B

..... ,

Kläger und Beschwerdeführer,

Prozessbevollmächtigte:

g e g e n

Innungskrankenkasse Baden-Württemberg und Hessen,
Schlachthofstraße 3, 71636 Ludwigsburg,

Beklagte und Beschwerdegegnerin,

Prozessbevollmächtigte:

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts hat am 26. September 2006 durch den
Präsidenten von W u l f f e n , die Richter Prof. Dr. S c h l e g e l und
Dr. H a u c k sowie die ehrenamtlichen Richter S i l l e r und R i e s
beschlossen:

Die Beschwerde des Klägers gegen die Nichtzulassung der Revision im Urteil
des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 16. Dezember 2005 wird
zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Beschwerdeverfahrens sind nicht zu erstatten.



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

Gründe :

I

- 1 Der 1996 geborene, bei der beklagten Innungskrankenkasse versicherte Kläger leidet an einer Aminosäurenstoffwechselstörung mit Degeneration der Netz- und Aderhaut, die unbehandelt in der Regel im Alter von 30 bis 40 Jahren zur Erblindung führt. Nach den Feststellungen des Landessozialgerichts (LSG) kommt eine besondere Diät als einzig effektive Therapie beim Kläger in Betracht. Hierzu ist die Aufnahme von natürlichem Eiweiß auf 0,8 Gramm je Kilogramm Körpergewicht pro Tag zu reduzieren. Der Kläger benötige deshalb eiweißarme Spezialprodukte wie beispielsweise eiweißarme Nudeln, Brot usw sowie eine bestimmte Aminosäuremischung (EAM-2), um eine altersentsprechende Gesamteinweißzufuhr zu erzielen.
- 2 Der Kläger beantragte im Februar 2001 bei der Beklagten die Übernahme der (Zusatz-)Kosten für die eiweißreduzierte Kost (Kosten rund 10 bis 15 DM/Tag). Die Beklagte lehnte nach mehrmaliger Hinzuziehung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung die Kostenübernahme für die Diätkost ab, war aber bereit, die essentiellen Aminosäuren als Sachleistung zu erbringen (Bescheide vom 24. April, 4. Juli und 31. Oktober 2001, Widerspruchsbescheid vom 19. März 2002). Klage und Berufung des Klägers hiergegen, mit der er zuletzt die Erstattung von 7,67 €/Tag seit Oktober 2000 begehrte, sind ohne Erfolg geblieben (Urteil des LSG vom 16. Dezember 2005). - Das LSG hat die Revision nicht zugelassen. Hiergegen wendet sich der Kläger mit seiner Beschwerde.

II

- 3 Soweit die Beschwerde den Zulassungsgrund der Divergenz nach § 160 Abs 2 Nr 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) geltend macht, ist sie unzulässig, weil sie den Begründungserfordernissen des § 160a Abs 2 Satz 3 SGG nicht genügt (dazu 1.); im Übrigen, dh soweit sie eine grundsätzliche Bedeutung der Sache (§ 160 Abs 2 Nr 1 SGG) geltend macht, ist sie jedenfalls unbegründet (dazu 2.).
- 4 1. Die auf den Zulassungsgrund der Divergenz (§ 160 Abs 2 Nr 2 SGG) gestützte Beschwerde behauptet, das Urteil des LSG weiche vom Beschluss des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) vom 6. Dezember 2005 (1 BvR 347/98, SozR 4-2500 § 27 Nr 5) ab. Das LSG habe folgende tragende Rechtssätze aufgestellt:

"Als Anspruchsgrundlage für das geltend gemachte Erstattungsbegehren kommt vorliegend allein § 13 Abs. 3 SGB in Betracht. Danach hat die Krankenkasse dem Versicherten die für die Beschaffung der Leistung aufgewendeten Kosten zu erstatten, wenn sie eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder eine Leistung zu unrecht abgelehnt hat. Dieser Kostenerstattungsanspruch tritt an die Stelle eines an sich gegebenen Sachleistungsanspruchs, den die Krankenkasse wegen Versagens des Leistungs-



systems nicht erbracht hat. Ein solcher ist daher nur dann zu bejahen, wenn die selbst beschaffte Leistung ihrer Art nach zu den Leistungen gehört, die die gesetzlichen Krankenkassen als Sach- oder Dienstleistungen zu erbringen haben ..." (vgl. S. 6 des angefochtenen Urteils)"

"Mit Inkrafttreten des SGB V am 01.01.1989 sei die Möglichkeit jedoch entfallen, da der jetzige § 27 Abs. 1 Satz 2 SGB V den Umfang der Krankenbehandlung abschließend regelt, so dass die Krankenkassen grundsätzlich auch die Gewährung der in dieser Vorschrift genannten Leistungen beschränkt seien". (vgl. S. 7 des angefochtenen Urteils)"

- 5 Die Beschwerde legt mit diesem Vorbringen den Zulassungsgrund der Divergenz nicht in der gebotenen Weise dar. Die Revision ist nach § 160 Abs 2 Nr 2 SGG zuzulassen, wenn das Urteil von einer Entscheidung des Bundessozialgerichts (BSG), des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des BVerfG abweicht und auf dieser Abweichung beruht. Abweichung (Divergenz) iS von § 160 Abs 2 Nr 2 SGG bedeutet Widerspruch im Rechtssatz, das Nichtübereinstimmen tragender abstrakter Rechtssätze, die zwei Urteilen zu Grunde gelegt worden sind. Sie kommt nur dann in Betracht, wenn das LSG einen tragenden abstrakten Rechtssatz gebildet und eine Rechtsfrage in Abweichung von einem vorhandenen abstrakten Rechtssatz der in § 160 Abs 2 Nr 2 SGG genannten Gerichte aufgestellt hat. In der Beschwerdebegründung muss die Entscheidung, von der das Urteil des LSG abweicht, bezeichnet werden (vgl § 160a Abs 2 Satz 3 SGG). Die Beschwerdebegründung muss nach der Rechtsprechung des BSG insoweit erkennen lassen, welcher abstrakte Rechtssatz im herangezogenen höchstrichterlichen Urteil enthalten ist und welcher im Urteil des LSG enthaltene Rechtssatz dazu im Widerspruch steht (vgl BSG SozR 1500 § 160a Nr 67). Hieran fehlt es. Dabei kann dahingestellt bleiben, ob das LSG mit den oben zitierten Passagen des Urteils einen oder mehrere abstrakte Rechtssätze formuliert hat. Jedenfalls zeigt die Beschwerde nicht auf, dass und ggf welchen Rechtssatz das BVerfG aufgestellt hat, von dem das LSG abgewichen ist. Die Beschwerde beschränkt sich insoweit darauf, die Entscheidung des BVerfG sinngemäß zu referieren, ohne den konkreten Punkt herauszuarbeiten, in dem sich abstrakte Rechtssätze des LSG und des BVerfG unvereinbar gegenüberstehen.
- 6 Aber selbst wenn man davon ausgehen wollte, dass die Beschwerde sinngemäß einen abstrakten Rechtssatz des BVerfG aufgezeigt hätte, bedürfte es der Darlegung, dass dieser abstrakte Rechtssatz des BVerfG auch auf Fälle wie den vorliegenden Anwendung findet, zumal das BVerfG in seiner Entscheidung vom 6. Dezember 2005 auf in der Regel tödlich verlaufende Krankheiten abgestellt hat. Zur Darlegung einer Abweichung iS von § 160 Abs 2 Nr 2 SGG genügt es im Übrigen nicht zu behaupten, dass das LSG Tatsachen anders beurteilt hat, als dies in der von der Beschwerde genannten Entscheidung des BVerfG geschehen ist. Eine Abweichung liegt nämlich nicht schon dann vor, wenn das Urteil des LSG nicht den Kriterien entspricht, die das BVerfG aufgestellt hat. Vielmehr muss das LSG diesen Kriterien selbst widersprochen haben, dh andere Maßstäbe entwickelt haben. Nicht die Unrichtigkeit der Entscheidung im Einzelfall (was im Rahmen der Beschwerde nicht zu beurteilen ist), sondern die Nichtübereinstimmung im Grundsätzlichen begründet die Zulassung der Revision wegen



Abweichung (*BSG SozR 1500 § 160a Nr 67; SozR 3-1500 § 160 Nr 26*). Eine Divergenz in diesem Sinne ist vorliegend nicht dargetan.

- 7 2. Es kann dahingestellt bleiben, ob die Beschwerde, soweit sie eine grundsätzliche Bedeutung der Rechtssache geltend macht, bereits unzulässig ist, weil sie nicht den Begründungserfordernissen des § 160a Abs 2 Satz 3 SGG genügt. Denn die Beschwerde ist insoweit jedenfalls unbegründet.
- 8 Soll die Revision wie vorliegend nach § 160 Abs 2 Nr 1 SGG wegen grundsätzlicher Bedeutung der Rechtssache zugelassen werden, muss in der Beschwerdebegründung die grundsätzliche Bedeutung dargelegt werden (vgl § 160a Abs 2 Satz 3 SGG). Hierzu ist es erforderlich, eine entscheidungserhebliche, klärungsfähige und klärungsbedürftige Rechtsfrage klar zu formulieren und aufzuzeigen, dass sie über den Einzelfall hinausgehende Bedeutung besitzt (vgl *BSG SozR 4-1500 § 160a Nr 5 RdNr 3; BSG SozR 4-1500 § 160a Nr 7 RdNr 4 ff*). Zur grundsätzlichen Bedeutung der Rechtssache hat die Beschwerde lediglich vorgetragen:
- "Wie bereits oben dargestellt, ist nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 06.12.2005, AZ. 1 BvR 347/98 über die Frage neu zu entscheiden, unter welchen Umständen die grundrechtsorientierte Auslegung des Vorschriften des SGB V einen Leistungsanspruch auch abweichend vom Leistungskatalog begründen können. Diese Frage ist noch nicht höchstrichterlich entschieden und -worauf es hier ankommt- grundsätzlich klärungsbedürftig."
- 9 Die Beschwerde zeigt mit ihrem Vorbringen schon keine hinreichend konkret formulierte Rechtsfrage auf. Aber selbst wenn der Beschwerde insoweit eine sinngemäße abstrakte Frage zur Leistungspflicht für der Ernährung dienende Mittel vor dem Hintergrund des BVerfG-Beschlusses zu entnehmen sein sollte, wäre es erforderlich gewesen, sich mit der in diesem Zusammenhang bereits ergangenen Rechtsprechung des BSG auseinander zu setzen. Der erkennende Senat hat in Abgrenzung zu früherer Rechtsprechung (vgl *BSGE 63, 99 = SozR 2200 § 182 Nr 109; BSG vom 23. März 1983 - 3 RK 51/81 = SozR 2200 § 182 Nr 88; Abweichung von BSG vom 27. September 1994 - 8 RKn 9/92 = Die Leistungen 1996, 296*) bereits 1997 entschieden, dass Krankenkassen nicht für Mehraufwendungen aufzukommen haben, die dadurch entstehen, dass der Versicherte an Stelle haushaltsüblicher Lebensmittel aus Krankheitsgründen eine Diät- oder Krankenkost verwenden muss (*BSGE 81, 240-245 = SozR 3-2500 § 27 Nr 9*). Hieran hat er auch in jüngster Zeit festgehalten und mit Urteil vom 5. Juli 2005 (*B 1 KR 12/03 R*) entschieden, dass Krankenkassen ein Instant-Dickungsmittel (Quick & Dick), das wegen erheblichen Schluckstörungen verordnet worden war, nicht als Sachleistung zur Verfügung stellen müssen, weil es sich dabei weder um ein Heilmittel noch um ein Arzneimittel, sondern um ein Nahrungsmittel handelte. Es gehörte auch nicht zu denjenigen Nahrungsmitteln, die auf Grund von Spezialregelungen ausnahmsweise als Teil der enteralen Ernährung von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst sind. Das Dickungsmittel konnte schließlich auch nicht als Hilfsmittel angesehen werden. Im Ergebnis ebenso hat der Senat mit Urteil vom 4. April 2006 (*B 1 KR 12/04 R - zur Veröffentlichung*



vorgesehen) eine Leistungspflicht der Krankenkasse für den Einfachzucker D-Ribose verneint und sich dabei auch mit der Entscheidung des BVerfG vom 6. Dezember 2005 auseinander gesetzt. Er hat darauf hingewiesen, dass eine MAD-Mangel-Myopathie nicht mit einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung auf eine Stufe gestellt werden kann, wie es etwa für den Fall akut drohender Erblindung (vgl. dazu Senat, BSGE 93, 236 = SozR 4-2500 § 27 Nr 1 - Visudyne) zu erwägen wäre. Es bestehe kein Anlass, die Rechtsgedanken der Entscheidung des BVerfG auf weitläufigere Bereiche auszudehnen, in denen der Gesetzgeber aus wohl erwogenen Gründen in Abkehr von früherem Recht den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung bewusst eingeschränkt hat (vgl. ebenso Beschluss vom 19. Juni 2006 - B 1 KR 18/06 B - <natriumarmes Mineralwasser>).

- 10 Aber selbst wenn man eine erst in ferner Zukunft (hier: in 20 bis 30 Jahren) möglicherweise drohende Erblindung des Klägers auf eine Stufe mit einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung stellen wollte, hat die Rechtssache keine grundsätzliche Bedeutung. Auch unter Berücksichtigung des Beschlusses des BVerfG vom 6. Dezember 2005 kommt eine Leistungspflicht der Krankenkasse für Nahrungsmittel grundsätzlich nicht in Betracht. Nach der Rechtsprechung des BVerfG ist es nämlich verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden, dass die gesetzliche Krankenversicherung den Versicherten Leistungen nur nach Maßgabe eines allgemeinen Leistungskatalogs unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots zur Verfügung stellt, soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden (§ 2 Abs 1 Satz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch <SGB V>). Nur das, was in diesen Leistungskatalog fällt, hat die gesetzliche Krankenversicherung ihren Versicherten zu leisten. Versicherte können dagegen nicht alles als Versicherungsleistung beanspruchen, was ihrer Ansicht nach oder objektiv der Behandlung einer Krankheit dient (vgl. 1. Senat, Urteil vom 4. April 2006 - B 1 KR 12/04 R - RdNr 29). Die Krankenkassen sind auch von Verfassungs wegen nicht gehalten, alles zu leisten, was an Mitteln zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit verfügbar ist (vgl. BVerfG, Beschluss vom 6. Dezember 2005 - 1 BvR 347/98 = SozR 4-2500 § 27 Nr 5 RdNr 27; BVerfG, Beschluss der 2. Kammer des Ersten Senats vom 5. März 1997 - 1 BvR 1071/95 = NJW 1997, 3085).

- 11 Ernährungstoffe sind nach § 31 Abs 1 Satz 2 SGB V iVm den Arzneimittelrichtlinien nach § 92 Abs 1 Satz 2 Nr 6 SGB V nur ganz ausnahmsweise in die Versorgung mit Arzneimitteln einbezogen (vgl. Urteil des Senats vom 5. Juli 2005 - B 1 KR 12/03 R: Quick & Dick). Im Übrigen fallen sie, auch wenn es sich um gegenüber üblichen Nahrungsmitteln teurere Spezialkost handelt, in den Bereich der Eigenverantwortung des einzelnen Versicherten iS von § 1 SGB V; hiermit setzt sich die Beschwerde nicht ansatzweise auseinander. Lassen es die wirtschaftlichen/finanziellen Verhältnisse des Einzelnen nicht zu, solche Lebensmittel aus dem eigenen Einkommen oder Vermögen bzw aus dem Familieneinkommen aufzubringen, räumt das Gesetz dem Einzelnen entsprechende Ansprüche auf Zuschüsse zu den Kosten einer besonders kostenaufwändigen Ernährung ein. Die Rechtsgrundlagen hierfür sind für erwerbsfähige Hilfebe-



dürftige und die zu ihrer Bedarfsgemeinschaft gehörenden Angehörigen in § 21 Abs 5 Zweites Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) und für nicht erwerbsfähige Hilfebedürftige in § 30 Abs 5 Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) geregelt. Nach § 21 Abs 5 SGB II erhalten erwerbsfähige Hilfebedürftige, die aus medizinischen Gründen einer kostenaufwändigen Ernährung bedürfen, einen Mehrbedarf in angemessener Höhe. § 30 Abs 5 SGB XII bestimmt, dass für Kranke, Genesende, behinderte Menschen oder von einer Krankheit oder einer Behinderung bedrohte Menschen, die einer kostenaufwändigen Ernährung bedürfen, ein Mehrbedarf in "angemessener Höhe" anerkannt wird. Anspruchsgegner sind im Rahmen des SGB II die Bundesagentur für Arbeit und im Rahmen des SGB XII die Träger der Sozialhilfe (Kommunen), in keinem Fall aber die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Beklagte hat sich zudem ohnehin bereit erklärt, dem Kläger essentielle Aminosäuren als Sachleistung zu gewähren.

12 Die Kostenentscheidung beruht auf einer entsprechenden Anwendung von § 193 SGG.



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
(mobile App)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)