L 9 SO 455/11

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Sozialhilfe
Abteilung
9
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 22 SO 65/09
Datum
17.06.2011
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 9 SO 455/11
Datum
21.02.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
Ein gesetzlich krankenversicherter Sozialhilfeempfänger hat keinen Anspruch auf Übernahme der Kosten für ein Medikament, dessen Anschaffungspreis den von der Krankenkasse festgesetzten Festbetrag übersteigt, aus Mitteln der Sozialhilfe.
Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 17.06.2011 wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Gewährung zusätzlicher Leistungen der Sozialhilfe, um das Medikament Sortis, dessen Anschaffungspreis den festgesetzten Festbetrag übersteigt, beschaffen zu können.

Der im Oktober 1936 geborene Kläger verfügt weder über Einkommen noch über Vermögen. Er ist bei der AOK Rheinland/Hamburg freiwillig gesetzlich kranken- und pflegeversichert. Seit dem 01.01.2005 bezieht er Leistungen nach dem 4. Kapitel des Sozialgesetzbuchs Zwölftes Buch (SGB XII).

Der Kläger leidet u.a. an einer Erhöhung der Blutfettwerte (Hyperlipoproteinämie). Zur Behandlung dieser Erkrankung verordnete der behandelnde Arzt das Medikament Sortis mit dem Wirkstoff Atorvastatin. Atorvastatin gehört zur Gruppe der Statine. Statine dienen insbesondere dazu, als zu hoch angesehene Spiegel von LDL-Cholesterin im Menschen zu senken. Hierzu vermindern sie die körpereigene Erzeugung dieses Stoffes, indem sie die Wirkung des Schlüsselenzyms für die Cholesterinproduktion in Körperzellen (ß-Hydroxy-ß-Methylglutaryl-Coenzym A-Reduktase (HMG-CoA-Reduktase)) hemmen. Die Zellen reagieren auf den hierdurch hervorgerufenen Cholesterinmangel, indem sie vermehrt Rezeptoren bilden, die das LDL aus dem Blut aufnehmen. Weitere in Deutschland zugelassene Statine sind Fluvastatin, Lovastatin, Pravastatin und Simvastatin. Der Gemeinsame Bundesausschuss fasste auf der Grundlage einer Anhörung und einer gutachterlichen Stellungnahme Arzneimittel mit Statinen als Wirkstoff unter Einbeziehung sämtlicher genannter Wirkstoffe in der Festbetragsgruppe "HMG-CoA-Reduktasehemmer" in der Anlage 2 der Arzneimittel-Richtlinien zusammen. Die AOK Rheinland/Hamburg setzte ab dem 01.06.2006 einen Festbetrag von 36,61 Euro (Standardpackung 100, Wirkstärkenvergleichsgröße 0,97) und ab dem 01.06.2008 einen Festbetrag von 13,48 Euro (Standardpackung zu 100 Stück, Wirkstärkenvergleichsgröße 0,4) fest. Die Festsetzung dieser Festbeträge erklärte das Bundessozialgericht (BSG) für rechtmäßig (Urt. v. 01.03.2011 - B 1 KR 10/10 R -, juris Rn. 29 ff.).

Den den Festbetrag übersteigenden Preis des Medikaments Sortis zahlte der Kläger fortlaufend selbst.

Am 16.11.2007 beantragte der Kläger bei der Beklagten zusätzliche laufenden Leistungen in Höhe von 32,19 Euro und berief sich insoweit auf § 48 SGB XII. Seinem Antrag fügte er eine Quittung über 32,19 Euro bei, die er als Restzahlung für die Anschaffung des Medikaments Sortis aufgewendet hatte.

Mit Bescheid vom 19.11.2007 lehnte die Beklagte den Antrag des Klägers mit der Begründung ab, der Bedarf werde bereits durch die Regelleistungen gemäß § 27 SGB XII abgedeckt.

Mit seinem hiergegen eingelegten Widerspruch trug der Kläger u.a. vor, er müsse seit Juli 2008 sogar 46,13 Euro für Sortis hinzuzahlen. Zuzahlungen für die Medikamente Belok Zok in Höhe von 1,54 Euro und PK Merz FTA in Höhe von 4,56 Euro kämen hinzu. Die Gesamtkosten von 52,23 Euro könnten nicht durch die Regelleistungen abgedeckt werden, allein das Medikament Sortis verursache jeweils Kosten von 46,13 Euro monatlich.

Für die übrigen Medikamente erhielt der Kläger später eine Befreiung von der AOK Rheinland/Hamburg, nicht jedoch für das Medikament Sortis. Einen förmlichen Antrag insoweit stellte der Kläger allerdings nicht und erhielt dementsprechend auch von seiner Krankenkasse hierüber keinen ablehnenden Bescheid.

Mit Widerspruchsbescheid vom 16.06.2009 wies die Beklagte unter Beteiligung von Vertretern anerkannter Verbände der freien Wohlfahrtspflege den Widerspruch als unbegründet zurück. Soweit die Krankenkasse des Klägers keine Leistungen für die Inanspruchnahme einer bestimmten medizinischen Versorgung zu erbringen habe, könnten diese Leistungen auch nach § 48 SGB XII nicht gewährt werden. Vielmehr sei der Bedarf aus dem Regelsatz im Sinne von § 28 SGB XII - notfalls durch Einsparungen - aufzubringen. Nach der Regelsatzverordnung umfasse der Regelsatz nämlich auch Mittel für die Gesundheitspflege. Auch eine Erhöhung des Regelsatzes komme nicht in Betracht. Ein höherer Bedarf bestehe tatsächlich nicht, da dem Kläger die gesamte Gruppe der Statine zur Verfügung stehe. Seit dem 01.01.2005 hätten die meisten Pharmahersteller die Preise gesenkt, lediglich Pfizer, der Hersteller des Medikaments Sortis, sei dem nicht gefolgt. Dass eine Umstellung auf ein Präparat, dessen Kosten unterhalb des Festbetrags lägen, nicht erfolgen könne, habe der Kläger nicht nachgewiesen.

Der Kläger hat am 14.07.2009 Klage beim Sozialgericht (SG) Düsseldorf erhoben. Er hat vorgetragen, er habe schon andere Medikamente ausprobiert, habe diese allerdings absetzen müssen, da er Atemnot bekommen habe. Zur Unterstützung seines Vortrags hat er eine Attest seines behandelnden Arztes, des Facharztes für Allgemeinmedizin L, vom 22.09.2009 zu Akten gereicht, in dem es u.a. heißt, zu Optimierung der kardiovaskulären Risikofaktoren sei u.a. eine effektive Lipidsenkung durch Atorvastatin (Sortis) notwendig. In einem weiteren Attest vom 15.12.2009 hat Herr L ausgeführt, bei dem Kläger liege eine Fluvastatin-Unverträglichkeit verbunden mit heftigen allergischen Hautreaktionen vor. Später hat der Kläger noch ergänzend vorgetragen, er habe nach Rücksprache mit seinem Arzt auch Simvastatin nicht vertragen.

Der Kläger hat schriftsätzlich beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 19.11.2007 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 16.06.2009 zu verurteilen, die dem Kläger entstehenden Mehrkosten für seine notwendigen Medikamente zu zahlen.

Die Beklagte hat schriftsätzlich beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat auf ihre Ausführungen im Widerspruchsbescheid Bezug genommen. Ergänzend hat sie behauptet, dem Kläger sei ein Wechsel des Medikaments Sortis auf ein anderes Medikament ohne Nachteile möglich. Das Medikament Sortis enthalte den Wirkstoff Atorvastatin. Dieser gehöre zu einer Gruppe ähnlicher Medikamente (Statine), die Herzinfarkte und Schlaganfälle verhindern sollten. In Deutschland seien die Wirkstoffe Atorvastatin, Fluvastatin, Lovastatin, Pravastatin und Simvastatin erhältlich. Es gebe keinen Nachweis dafür, dass ein bestimmtes Statin Herzinfarkte oder Schlaganfälle besser verhindere als ein anderes.

Das SG hat Befundberichte der den Kläger behandelnden Ärzte Dr. I (Facharzt für Innere Medizin) und L (Facharzt für Allgemeinmedizin) eingeholt. Dr. I hat u.a. ausgeführt, ein Medikamentenwechsel habe unter seiner Behandlung nicht stattgefunden. Alternativ käme als kostengünstigeres Medikament Simvastatin in Betracht. Herr L hat ausgeführt, der Kläger nehme Sortis wegen subjektiv besserer Verträglichkeit. Eine Medikamentenwechsel auf Fluvastatin sei im Dezember 2009 durchgeführt worden. Der Kläger habe hierauf mit heftigen Hautreaktionen und Pruritis reagiert.

Nachdem sich die Beteiligten mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt haben, hat das SG die Klage mit Urteil ohne mündliche Verhandlung vom 17.06.2011 als unbegründet abgewiesen. Zur Begründung hat es zunächst auf den Widerspruchsbescheid der Beklagten vom 16.06.2009 Bezug genommen und ergänzend ausgeführt, eine Erhöhung des Regelsatzes komme nicht in Betracht, da die vom Gericht eingeholten Befundberichte nicht belegen würden, dass der Kläger nur auf das Medikament Sortis zurückgreifen könne. Auch nach den Ausführungen von Herrn L habe der Kläger vor der Antragstellung bei der Beklagten nie ein anderes Medikament ausprobiert. Gehe man, wie Herr L im Juni 2010 bestätigt habe, von einer Fluvastatin-Unverträglichkeit aus, verbleibe in jedem Fall das auch von Seiten der Beklagten genannte Simvastatin als Austauschwirkstoff für das im Medikament Sortis enthaltene Atorvastatin.

Gegen das am 03.08.2011 zugestellte Urteil hat der Kläger am 18.08.2011 Berufung eingelegt. Er verweist erneut auf die beiden Atteste seines Arztes L aus dem Jahre 2009. Ergänzend trägt er vor, er habe keinen schriftlichen Bescheid von seiner Krankenkasse bekommen, dass ihm Sortis nicht als Leistung der Krankenversicherung erbracht werde. Seiner Einschätzung nach habe er 5 verschiedene Präparate ausprobiert und danach immer Hautausschlag bekommen, nur bei Sortis nicht.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 17.06.2011 abzuändern und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 19.11.2007 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 16.06.2009 zu verurteilen, ab dem 16.11.2007 die den Festbetrag übersteigenden Kosten für die Anschaffung des Medikaments Sortis aus den Mitteln der Sozialhilfe zu übernehmen.

Die Beklagte beantragt schriftsätzlich,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes nimmt der Senat auf die Prozessakte und die beigezogene Verwaltungsakte der Beklagten Bezug. Die Akten haben vorgelegen und sind Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat durfte trotz der Abwesenheit der Beklagten in der mündlichen Verhandlung entscheiden, weil diese in der ihr zugestellten Ladung auf diese Möglichkeit hingewiesen worden ist; die Beklagte hatte sich zudem zuvor damit einverstanden erklärt.

Die Berufung ist zulässig, aber unbegründet.

I. Die Berufung ist nach Maßgabe von §§ 143, 144 Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthaft und auch im Übrigen zulässig.

1. Der Wert des Beschwerdegegenstandes übersteigt 750,- Euro, so dass die Berufung unabhängig von der fehlenden Zulassung durch das SG gemäß §§ 143, 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG statthaft ist.

Der Beschwerdegegenstand ist danach zu bestimmen, was das SG dem Kläger versagt hat und was von diesem mit seinen Berufungsanträgen weiterverfolgt wird (vgl. Leitherer, in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 10. Aufl. 2012, § 144 Rn. 14 m.w.N.). Das SG ist von einem zeitlich unbefristeten Begehren und Streitgegenstand ausgegangen und hat die Klage insgesamt abgewiesen. Der Kläger hat weder im Klageverfahren noch in der Berufungsinstanz sein Begehren auf einen bestimmten Leistungszeitraum beschränkt. Beschwerdegegenstand ist danach die Ablehnung zusätzlicher Leistungen zur Beschaffung des Medikaments Sortis bis zum Abschluss des Berufungsverfahrens.

Der Wert des Beschwerdegegenstandes übersteigt den Betrag von 750,- Euro deutlich. Bis einschließlich Juni 2008 begehrt der Kläger zusätzliche monatliche Leistungen in Höhe von 32,19 Euro und ab Juli 2008 dann in Höhe von 46,13 Euro. Nach den Ausführungen des Klägers in der mündlichen Verhandlung vor dem Senat sind die monatlichen Zuzahlungen mittlerweile sogar noch höher. Bis zum Tag der mündlichen Verhandlung vor dem Senat geht es damit um Leistungen in Höhe von mindestens 2.794,67 Euro.

Ob das SG zu Recht von einem zeitlich unbefristeten Streitgegenstand ausgegangen ist, ist keine Frage der Statthaftigkeit, sondern der Begründetheit der Berufung.

2. Weitere Bedenken gegen die Zulässigkeit der Berufung bestehen nicht. Sie ist insbesondere fristgerecht eingelegt worden.

II. Die Berufung ist unbegründet. Das SG hat die zulässige Klage im Ergebnis zu Recht abgewiesen, weil sie unbegründet ist. Der Kläger ist durch die angefochtenen Bescheide nicht im Sinne von § 54 Abs. 2 Satz 1 SGG beschwert, denn die Bescheide sind rechtmäßig. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Übernahme der den Festbetrag übersteigenden Kosten für die Anschaffung des Medikaments Sortis aus den Mitteln der Sozialhilfe.

1. Zu entscheiden ist allein über die Gewährung zusätzlicher Leistungen zur Beschaffung des Medikaments Sortis im Zeitraum ab Antragstellung am 16.11.2007 bis zum Tag der mündlichen Verhandlung vor dem Senat.

a) Gegenstand der Klage ist nur die Gewährung zusätzlicher Leistungen in Gestalt der Übernahme der den Festbetrag übersteigenden Kosten für die Anschaffung des Medikaments Sortis und nicht allgemein die Gewährung höherer Leistungen nach dem Vierten Kapitel des SGB XII.

aa) Bei der Bewilligung der vom Kläger begehrten zusätzlichen Leistungen handelt es sich um einen von der Bewilligung der Grundsicherungsleistungen im Übrigen abtrennbaren, selbstständigen Verfügungssatz, so dass die Ablehnung der Leistungen einen selbstständigen Streitgegenstand einer Klage bilden kann.

Für das Recht der Grundsicherung für Arbeitsuchende hat der 14. Senat des BSG zwar entschieden, dass die Gewährung eines Mehrbedarfs für Anschaffung nicht verschreibungspflichtiger und damit nicht durch die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung abgedeckter Medikamente nicht zulässigerweise zum isolierten Streitgegenstand eines gerichtlichen Verfahrens bestimmt werden könne (vgl. BSG, Urt. v. 26.05.2011 - B 14 AS 146/10 R -, juris Rn. 14). Diese Rechtsprechung ist jedoch vor dem Hintergrund sehen, dass die für das Recht der Grundsicherung für Arbeitsuchende zuständigen Senate generell die Auffassung vertreten, dass die Regelungen über die laufenden Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts sich nicht in rechtlich zulässiger Weise in weitere Regelungen, Verfügungssätze und Streitgegenstände aufspalten ließen. Eine Ausnahme ist lediglich für die Leistungen für Unterkunft und Heizung anerkannt (vgl. insoweit auch BSG, a.a.O, m.w.N.). Der für das Sozialhilferecht zuständige 8. Senat vertritt demgegenüber andere Grundsätze. Er stellt entscheidend darauf ab, ob es sich bei der im Streit stehenden Leistung nach materiellem Recht (vgl. §§ 30 ff. SGB XII) um eine von den übrigen Bedarfen unterscheidbare Leistung handelt (vgl. insoweit im Allgemeinen BSG, Urt. v. 26.08.2008 - B 8/9b SO 10/06 R -, juris Rn. 13 f.). Dementsprechend sind die Mehrbedarfe nach § 30 SGB XII nach Auffassung des 8. Senat des BSG abtrennbare Streitgegenstände (vgl. hierzu zuletzt BSG, Urt. v. 10.11.2011 - B 8 SO 12/10 R -, juris Rn. 11), wohingegen die für das Recht der Grundsicherung für Arbeitsuchende zuständigen Senat in ständiger Rechtsprechung vertreten, dass die Mehrbedarfe nach § 21 Sozialgesetzbuch Zweites Buch (SGB II) keinen selbstständigen Gegenstand einer Klage bilden können (vgl. hierzu z.B. BSG, Urt. v. 22.03.2010 - B 4 AS 59/09 R -, juris Rn. 11).

Der Kläger selbst hat sein Begehren auch ausdrücklich auf § 48 SGB XII stützt und damit eine von den Leistungen der Grundsicherung nach Vierten Kapitel zu unterscheidende, andere Leistungsart geltend gemacht (vgl. § 8 Nr. 2 und 3 SGB XII). Zum Anderen beansprucht der Kläger in der Sache einen besonderen Mehrbedarf, der mit den in § 30 SGB XII geregelten Mehrbedarfen vergleichbar ist. Wenn die in § 30 geregelten Mehrbedarfe einen selbstständigen Streitgegenstand bilden können, muss dies auch für den hier streitigen Mehrbedarf gelten.

bb) Der Kläger hat sein Begehren ausweislich des in der mündlichen Verhandlung vor dem Senat gestellten Antrags auch hinreichend deutlich auf den abtrennbaren Streitgegenstand der Gewährung eines Mehrbedarfs zur Deckung der Anschaffungskosten für das Medikament Sortis beschränkt (vgl. zu diesem Erfordernis z.B. BSG, Urt. v. 10.11.2011 - B 8 SO 12/10 R -, juris Rn. 11). Die Bescheide der Beklagten über die Höhe der Grundsicherungsleistungen hat er nicht angefochten. Bis auf die begehrte Übernahme der Kosten für das Medikament Sortis sind ungedeckte Bedarfe auch nicht ersichtlich. Die Beklagte hat dem Kläger stets den Regelsatz in gesetzlicher Höhe gewährt und auch sonstige zu deckenden Kosten in tatsächlicher Höhe übernommen.

b) In zeitlicher Hinsicht ist nach dem unbefristet gestellten Klageantrag der gesamte Zeitraum von der Antragstellung am 16.11.2007 bis zum Tag der mündlichen Verhandlung vor dem Senat streitgegenständlich, da die Beklagte das Begehren des Klägers unbefristet abgelehnt hat (vgl. BSG, Urt. v. 11.12.2007 - B 8/9b SO 12/06 R -, juris Rn. 8).

2. Dem Kläger steht der streitgegenständliche Anspruch gegen die Beklagte nicht zu. Der Kläger hat zwar nach Maßgabe von § 19 Abs. 2 und 3 SGB XII dem Grunde nach Anspruch auf Leistungen nach dem Vierten bis Neunten Kapitel des SGB XII, da er weder über anrechenbares Einkommen noch über verwertbares Vermögen verfügt und das Einkommen und Vermögen Dritter bei dem alleinstehenden und auch allein wohnenden Kläger nicht zu berücksichtigen ist. Eine Anspruchsgrundlage für die allein streitgegenständlichen Medikamentenkosten ist jedoch nicht ersichtlich.

a) Der vom Kläger selbst genannte § 48 Satz 1 SGB XII scheidet von vornherein aus, denn diese Regelung ist gegenüber einem unmittelbaren Leistungsanspruch gegen eine gesetzliche Krankenkasse subsidiär und kommt bei solchen Sozialhilfeempfängern, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind und deren Beiträge gemäß § 32 SGB XII aus den Mitteln der Sozialhilfe übernommen werden, wie dies beim Kläger der Fall ist, nicht zur Anwendung (vgl. Flint, in: Grube/Wahrendorf, SGB XII, 4. Aufl. 2012, § 48 Rn. 4). Dies folgt auch aus § 48 Satz 2 SGB XII, wonach die Regelungen zur Krankenbehandlung nach § 264 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) den Leistungen der Hilfe bei Krankheit vorgehen; denn eine Leistungsberechtigung nach § 264 Abs. 2 SGB V besteht ihrerseits nur für solche Sozialhilfeempfänger, die nicht gesetzlich krankenversichert sind. Im Übrigen entsprechen die Hilfen nach §§ 47 bis 51 SGB XII nach § 52 Abs. 1 Satz 1 SGB XII den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, so dass die im SGB V vorgesehenen Eigenleistungen auch bei den Leistungen nach § 48 Satz 1 SGB XII zur Anwendung kommen (vgl. auch BSG, Urt. v. 16.12.2010 - B 8 SO 7/09 R -, juris Rn. 12). Besteht gegen die gesetzliche Krankenkasse kein Anspruch auf Versorgung mit einem den Festbetrag übersteigenden Festbetragsarzneimittel (siehe hierzu auch unten d) aa)), scheidet ein entsprechender Leistungsanspruch gegen den Sozialhilfeträger aus § 48 Satz 1 SGB XII ebenfalls aus. Nichts anderes ergibt sich daraus, dass die Krankenkasse des Klägers ihre Leistungspflicht nach den Angaben des Klägers bislang noch nicht durch förmlichen Bescheid und damit auch nicht bestandskräftig abgelehnt hat. Dieser Umstand kann allenfalls zur Beiladung der Krankenkasse verpflichten (siehe dazu aber unten 3.), nicht aber zur Verurteilung des Sozialhilfeträgers nach §§ 47 ff. SGB XII führen (vgl. Coseriu, in: jurisPK-SGB XII, § 2 Rn. 19.2).

b) Der geltend gemachte Anspruch ist auch nicht unter dem Gesichtspunkt der Eingliederungshilfe nach den §§ 53 ff. SGB XII gerechtfertigt. Leistungen der Eingliederungshilfe sind nach § 53 Abs. 1 Satz 1 SGB XII nur zu gewähren, wenn die Aussicht besteht, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe erfüllt werden kann. Aufgabe der Eingliederungshilfe ist nach § 53 Abs. 3 Satz 1 SGB XII die Eingliederung des behinderten Menschen in die Gesellschaft. Hierzu dient die Behandlung mit dem Medikament Sortis erkennbar nicht. Es ist allein dazu bestimmt, den kardio-vaskulären Risikofaktor eines erhöhten LDL-Cholesterinspiegels zu bekämpfen. Mit der Eingliederung des behinderten Menschen in die Gesellschaft hat dies nichts zu tun. Durch die Behandlung mit dem Medikament Sortis wird noch nicht einmal das Wohlbefinden oder das Selbstbewusstsein eines Menschen mit erhöhten Blutfettwerten gesteigert, geschweige denn der Kontakt mit anderen Menschen gefördert. Von der Absenkung des LDL-Cholesterinspiegels merkt der Betroffene ebenso wenig wie von der Erhöhung der LDL-Cholesterinwerte selbst.

c) Ein Anspruch des Klägers lässt sich ferner nicht aus § 73 Satz 1 SGB XII herleiten. Hiernach können Leistungen in besonderen/sonstigen Lebenslagen erbracht werden, wenn sie den Einsatz öffentlicher Mittel rechtfertigen.

Diese "Öffnungsklauseln" ermöglichen es, in Fällen, die vom (übrigen) Sozialleistungssystem nicht erfasst werden, Hilfen zu erbringen und damit einen "Sonderbedarf" zu decken. Von den Vorschriften betroffen werden nur atypische ("besondere" bzw. "sonstige") Lebenslagen, die nicht bereits durch andere Vorschriften des SGB XII erfasst sind. Soweit der geltend gemachte Bedarf allerdings vom Regelbedarf umfasst ist, ist für die Anwendung von § 73 SGB XII auf Sozialhilfeempfänger kein Raum. Bei diesen kommt vielmehr eine Erhöhung des Regelsatzes nach § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB XII in der bis zum 31.12.2010 geltenden Fassung (SGB XII a.F.), § 27a Abs. 4 Satz 1 SGB XII in der ab dem 01.01.2011 geltenden Fassung in Betracht (vgl. BSG, Urt. v. 16.12.2010 - B 8 SO 7/09 R -, juris Rn. 13 a.E.).

Danach scheidet § 73 Satz 1 SGB XII von vornherein als Anspruchsgrundlage aus, denn die Kosten für die Beschaffung von Medikamenten, die nicht von den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung abgedeckt werden, sind vom Regelbedarf umfasst und grundsätzlich aus den Regelätzen zu decken. § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB XII a.F. und § 27a Abs. 1 Satz 1 SGB XII n.F. bestimmen, dass der notwendige Lebensunterhalt insbesondere Ernährung, Unterkunft, Kleidung, Körperpflege, Hausrat, Heizung und persönliche Bedürfnisse des täglichen Lebens umfasst. Nach § 28 Abs. 1 Satz 1 SGB XII a.F. und § 27a Abs. 2 SGB XII n.F. wird der gesamte regelmäßige Bedarf des notwendigen Lebensunterhalts außerhalb von Einrichtungen nach Regelsätzen erbracht. Die Regelsätze werden so bemessen, dass der Bedarf durch sie gedeckt werden kann (§ 28 Abs 3 Satz 1 SGB XII a.F., § 27a Abs. 3 Satz 1 SGB XII n.F.). Wie sich aus § 2 Abs. 2 Nr. 6 Regelsatzverordnung (RSV) in der bis zum 31.12.2010 geltenden Fassung und § 5 Abs. 1 Regelbedarfsermittlungsgesetz (RBEG) ergibt, umfasst der durch die Regelsätze zu deckende Regelbedarf auch Ausgaben für Gesundheitspflege (Abteilung 6 der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe) und damit generell auch Kosten für die Beschaffung von Medikamenten. Dies folgt im Übrigen auch daraus, dass der Gesetzgeber die bis zum 31.12.2003 geltende Regelung des § 38 Abs. 2 Bundessozialhilfegesetz (BSHG), die die Übernahme von im Krankenversicherungsrecht vorgesehenen finanziellen Eigenleistungen regelte, ersatzlos gestrichen hat, weil er davon ausging, dass der Regelsatz nunmehr auch Leistungen für Kosten bei Krankheit, bei vorbeugender und bei sonstiger Hilfe umfasst (vgl. hierzu ausführlich BSG, Urt. v. 16.12.2010 - B 8 SO 7/09 R -, juris Rn. 15).

Im Übrigen scheidet § 73 SGB XII nach der Systematik des SGB XII für die Übernahme solcher Gesundheitskosten, die von den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nicht gedeckt sind, generell als Anspruchsgrundlage aus. § 73 SGB XII gilt nicht für solche Bedarfe, die explizit im Dritten bis Achten Kapitel des SGB XII geregelt werden. Die Hilfe bei Krankheit wird subsidiär für den Fall der fehlenden Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung und der fehlenden Leistungsberechtigung nach § 264 Abs. 2 SGB V abschließend im Fünften Kapitel des SGB XII geregelt. Die dort vorgesehene Beschränkung auf den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 52 Abs. 1 Satz 1 SGB XII), kann nicht durch die Anwendung der Öffnungsklausel des § 73 SGB XII umgangen werden.

d) Schließlich kommt auch eine Erhöhung des Regelsatzes nach § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB XII a.F., § 27a Abs. 4 Satz 1 SGB XII n.F. wegen des geltend gemachten Bedarfs nicht in Betracht. Eine Erhöhung des Regelsatzes setzt voraus, dass ein vom Regelsatz umfasster Bedarf unabweisbar seiner Höhe nach erheblich von einem durchschnittlichen Bedarf abweicht. Daran fehlt es hier, denn ein unabweisbarer Bedarf

im Sinne von § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB XII a.F., § 27a Abs. 4 Satz 1 SGB XII n.F. liegt nicht vor.

aa) Eine Erhöhung des Regelsatzes wegen der von einem gesetzlich Krankenversicherten zu tragenden Anschaffungskosten für ein Medikament, dessen Preis den nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung festgesetzten Festbetrag übersteigt, kommt von vornherein nicht in Betracht. Denn das System des SGB V deckt unabweisbare Bedarfe insoweit hinreichend ab (vgl. insoweit auch BSG, Urt. v. 26.05.2011 - B 14 AS 146/10 R -, juris Rn. 22 f. zu den Kosten nicht verschreibungspflichtiger Medikamente).

Versicherte erhalten grundsätzlich die krankheitsbedingt notwendigen, nicht der Eigenverantwortung (§ 2 Abs. 1 S 1 SGB V) zugeordneten Arzneimittel (§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGB V) aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund vertragsärztlicher Verordnung. Ist für ein Arzneimittel wirksam ein Festbetrag festgesetzt, trägt die Krankenkasse grundsätzlich - abgesehen von der Zuzahlung (§ 31 Abs. 3 SGB V) - die Kosten bis zur Höhe dieses Betrags (§ 31 Abs. 2 Satz 1 bis 5 SGB V). Für andere Arznei- oder Verbandmittel trägt die Krankenkasse dagegen regelmäßig die vollen Kosten abzüglich der vom Versicherten zu leistenden Zuzahlung (§ 31 Abs. 2 Satz 1 Halbs. 2 SGB V). Ist für eine Leistung - wie hier für Sortis - wirksam ein Festbetrag festgesetzt, erfüllt die Krankenkasse ihre Leistungspflicht gegenüber dem Versicherten regelmäßig mit dem Festbetrag (§ 12 Abs. 2 SGB V). Die behandelnden Ärzte müssen ihr Therapieverhalten an der Verpflichtung zur wirtschaftlichen Verordnung ausrichten und auf die sich aus der Verordnung ergebende Pflicht zur Übernahme der Mehrkosten hinweisen, wenn sie ein Arzneimittel verordnen, dessen Preis den Festbetrag überschreitet (§ 73 Abs. 5 Satz 3 SGB V; zum Ganzen BSG, Urt. v. 03.07.2012 - B 1 KR 22/11 R -, juris Rn. 12). Geht es dagegen um einen atypischen Ausnahmefall, in dem - trotz Gewährleistung einer ausreichenden Arzneimittelversorgung durch die Festbetragsfestsetzung im Allgemeinen - aufgrund der ungewöhnlichen Individualverhältnisse keine ausreichende Versorgung zum Festbetrag möglich ist, greift die Leistungsbeschränkung auf den Festbetrag nicht ein (BSG, a.a.O., Rn. 16). Aufgrund ungewöhnlicher Individualverhältnisse ist keine ausreichende Versorgung zum Festbetrag mehr möglich, wenn die zum Festbetrag erhältlichen Arzneimittel unerwünschte Nebenwirkungen verursachen, die über bloße Unannehmlichkeiten oder Befindlichkeitsstörungen hinausgehen und damit die Qualität einer behandlungsbedürftigen Krankheit (§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V) erreichen. Die Beurteilung der Verursachung richtet sich nach der im Sozialrecht maßgeblichen Theorie der wesentlichen Bedingung. Die Erfüllung dieser Voraussetzungen muss in Gerichtsverfahren grundsätzlich zur vollen Überzeugung des Gerichts feststehen. Lediglich für die zu prüfenden Kausalzusammenhänge genügt die überwiegende Wahrscheinlichkeit. Nach allgemeinen Grundsätzen tragen die Versicherten hierfür die objektive Beweislast (BSG, a.a.O., Rn. 17). Ein Versicherter hat danach Anspruch auf eine eigenanteilsfreie Versorgung mit einem nur oberhalb des Festbetrags erhältlichen Festbetragsarzneimittel, wenn bei ihm zumindest objektiv nachweisbar eine zusätzliche behandlungsbedürftige Krankheit oder eine behandlungsbedürftige Verschlimmerung einer bereits vorliegenden Krankheit nach indikationsgerechter Nutzung aller anwendbaren, preislich den Festbetrag unterschreitenden Arzneimittel eintritt, die zusätzliche Erkrankung/Krankheitsverschlimmerung zumindest mit überwiegender Wahrscheinlichkeit jeweils wesentlich durch die Anwendung der den Festbetrag im Preis unterschreitenden Arzneimittel bedingt ist und die Anwendung des nicht zum Festbetrag verfügbaren Festbetragsarzneimittels dagegen ohne Nebenwirkungen im Ausmaß einer behandlungsbedürftigen Krankheit bleibt und in diesem Sinne alternativlos ist (vgl. BSG, a.a.O., Rn. 18).

In Anbetracht dieser Grundsätze scheidet eine Erhöhung des Regelsatzes zur Anschaffung des Medikaments Sortis von vornherein aus. Liegen die vorstehend genannten Voraussetzungen vor, hat der gesetzlich krankenversicherte Sozialhilfeempfänger einen Anspruch auf Versorgung mit einem den Festbetrag übersteigenden Festbetragsarzneimittel bzw. auf entsprechende Kostenerstattung (vgl. § 13 SGB V) gegen seine Krankenkasse. Hat ein gesetzlich Krankenversicherter nach den genannten Grundsätzen keinen Anspruch auf eigenanteilsfreie Versorgung über den Festbetrag hinaus, z.B. weil er noch nicht alle Wirkstoffe ausprobiert hat, kommt auch eine Erhöhung der sozialhilferechtlichen Regelsätze nicht in Betracht. Zwar ist eine Erhöhung des Regelsatzes bei solchen die Gesundheitspflege betreffenden Bedarfen, die nicht durch das Leistungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung abgedeckt werden, nicht grundsätzlich ausgeschlossen (vgl. insoweit BSG, Urt. v. 15.11.2012 - B 8 SO 6/11 R -, gegenwärtig nur als Terminmitteilung vorliegend; vgl. auch Harich, SGB 2012, S. 584, 586 ff.). Wenn eine aus Sicht des Rechtes der gesetzlichen Krankenversicherung therapeutisch notwendige Krankenbehandlung, Heilmittel- oder Hilfsmittelversorgung nur deshalb aus dem Leistungskatalog ausgenommen wird, weil es dem durchschnittlichen Versicherten wirtschaftlich zumutbar ist, die Leistung aus eigenen Mitteln zu beschaffen, ist eine Erhöhung des Regelsatzes bei Sozialhilfeempfängern, die nicht über existenzsicherndes Einkommen verfügen, nicht systemwidrig. Wenn jedoch, wie bei den Regelungen zum Festbetrag in der Auslegung durch das BSG, die an sich medizinisch notwendige Versorgung durch die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund einer Einzelfallprüfung sichergestellt wird und die Leistungen lediglich deshalb beschränkt werden, um unverhältnismäßige und therapeutisch nicht notwendige Kosten zu vermeiden, können die Wertungen des Krankenversicherungsrechts nicht durch eine extensive Anwendung von § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB XII a.F., § 27a Abs. 4 Satz 1 SGB XII n.F. umgangen werden. Vielmehr kann dann ein unabweisbarer Bedarf im Sinne dieser Vorschriften nicht vorliegen.

Dies entspricht auch verfassungsrechtlichen Wertungen. Da das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung in Bezug auf die Festbeträge in der Auslegung, die es durch das BSG gefunden hat, dem verfassungsrechtlich gebotenen Schutz des Versicherten hinreichend Rechnung trägt (vgl. insoweit BVerfG Urt. v. 17.12.2002 - 1 BvL 28/95 u.a. -, juris Rn. 139 ff.) und das Grundrecht auf Gewährleistung eines menschenwürdigen Existenzminimums aus Art. 1 Abs. 1 i.V.m. Art. 20 Abs. 1 GG keine über den Schutzumfang der gesetzlichen Krankenversicherung hinausreichenden Leistungen zur Gesundheitspflege gebietet (vgl. BVerfG, Beschl. v. 13.02.2008 - 2 BvL 1/06 -, juris Rn. 110 ff.; Urt. v. 09.02.2010 - 1 BvL 1/09 u.a. -, juris Rn. 148), ist für eine Erhöhung des Regelsatzes auch unter verfassungsrechtlichen Erwägungen kein Raum.

bb) Auch unabhängig von den vorstehenden systematischen Erwägungen fehlt es in vorliegendem Fall schon begrifflich an einem unabweisbaren Bedarf in Bezug auf das Medikament Sortis und den dort enthaltenen Wirkstoff Atorvastatin, weil bislang nicht feststeht, dass der Kläger zwingend auf die Behandlung mit Sortis angewiesen ist. Dies könnte erst festgestellt werden, wenn alle übrigen für die Behandlung eines erhöhten LDL-Cholesterin-Spiegels geeigneten und zugelassenen Medikamente, deren Anschaffungspreis den Festbetrag nicht übersteigt und die deshalb vom Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung des Klägers umfasst sind, eine nicht ausreichende therapeutische Wirksamkeit aufwiesen oder zu unzumutbaren Nebenwirkungen beim Kläger führen würden. Der Kläger hat jedoch nach Auskunft seines behandelten Arztes lediglich einmal im Dezember 2009 einen Medikamentenwechsel auf den Wirkstoff Fluvastatin vollzogen, der bei ihm zu krankhaften Hautveränderungen geführt hat. Andere Medikamente mit den übrigen zugelassenen Wirkstoffen Lovastatin, Pravastatin und Simvastatin, deren Anschaffungspreis den Festbetrag nicht überschreitet, hat er zur Überzeugung des Senats noch nicht ausprobiert. In Anbetracht der eindeutigen Auskunft seines behandelnden Arztes hält der Senat die Behauptung des Klägers, er habe 5 Medikamente ausprobiert, für nicht glaubhaft.

Die unterbliebene Behandlung mit alternativen HDL-Cholesterinsenkern kann nicht auf Veranlassung des Gerichts im sozialgerichtlichen Verfahren nachgeholt werden. Der Senat ist aufgrund der ihm obliegenden Amtsermittlungspflicht weder befugt noch gehalten, im gerichtlichen Verfahren Maßnahmen zur Prüfung zu ergreifen, ob der Kläger andere Medikamente verträgt oder ob diese keinen ausreichenden therapeutischen Nutzen aufweisen. Insoweit geht es nicht um eine Maßnahme der gerichtlichen Sachverhaltsermittlung, die ggf. durch Einholung von Sachverständigengutachten erfolgen könnte. Welche Medikamente der Kläger einnimmt, ist vielmehr allein eine therapeutische Frage, die der Kläger mit seinem behandelnden Arzt klären muss und die einem Sachverständigenbeweis nicht zugänglich ist. Ein Gericht kann eine medizinische Therapie nicht selbst durchführen. Es ist auch weder befugt noch in der Lage, auf den behandelnden Arzt einzuwirken, damit dieser eine bestimmte medikamentöse Therapie beim Kläger ausprobiert. Eine Aussetzung des Rechtsstreits, um dem Kläger Gelegenheit zu geben, einen etwaigen Therapieversuch freiwillig durchzuführen, kommt nicht in Betracht, weil die in § 114 SGG geregelten gesetzlichen Voraussetzungen insoweit nicht vorliegen.

3. Eine Beiladung und Verurteilung der AOK Rheinland/Hamburg, bei der der Kläger freiwillig gesetzlich versichert ist, nach § 75 Abs. 2 2. Alt., Abs. 5 SGG scheidet aus, denn es steht fest, dass der Kläger im streitgegenständlichen Zeitraum vom 16.11.2007 bis zum Tag der mündlichen Verhandlung vor dem Senat am 21.02.2013 keinen Anspruch auf Erstattung der den Festbetrag übersteigenden Aufwendungen für die Anschaffung des Medikaments Sortis nach der allein in Betracht kommenden Vorschrift des § 13 Abs. 3 SGB V gegen seine Krankenkasse hat. Unabhängig davon, ob die Voraussetzungen dieser Vorschrift (unaufschiebbare Leistung oder zu Unrecht erfolgte Ablehnung) vorliegen, bestand und besteht ein Anspruch des Klägers auf eine Versorgung mit dem Medikament Sortis nach den oben genannten, vom BSG entwickelten Grundsätzen bis zum 21.02.2013 nicht. Das BSG hat insoweit im Urteil vom 03.07.2012 - B 1 KR 22/11 R - , juris Rn. 25 ff., Folgendes ausgeführt:

"Der erforderliche kausale Zusammenhang zwischen Arzneimittelanwendung und unerwünschter Nebenwirkung im Ausmaß einer behandlungsbedürftigen Krankheit oder einer Verschlimmerung muss auch - abgesehen vom beanspruchten - hinsichtlich aller anderen Festbetragsarzneimittel mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bestehen. Notwendige Bedingung dafür, dass die Festbetragsgrenze im Einzelfall infolge der inneren Begrenzung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12 Abs 1 SGB V) entfällt, ist nämlich grundsätzlich, dass der Arzt unter Beachtung der allgemein anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst dem Versicherten die in Betracht kommenden, zum Festbetrag erhältlichen und nach ihrer Wirkungsweise therapeutisch geeigneten Arzneimittel verordnet und der Versicherte die verordneten Arzneimittel über einen therapeutisch relevanten Zeitraum hinweg auch tatsächlich in vorgeschriebener Weise anwendet.

Bei Krankheiten von behandlungsbedürftigem Ausmaß als Folgen unerwünschter Arzneimittelwirkungen besteht aber nicht bereits dann ein dauerhafter Anspruch auf das Nicht-Festbetragsarzneimittel, wenn alle Festbetragsarzneimittel im konkret-individuellen Behandlungsfall eines Versicherten nachweisbar nach dem Maßstab der Theorie der wesentlichen Bedingung gleichermaßen nebenwirkungsbehaftet sind. Vielmehr besteht der Anspruch auf das begehrte Festbetragsarzneimittel ohne Zahlung des über der Festbetragsgrenze liegenden Anteils zunächst nur während eines Heilversuchs im Rahmen eines aussagekräftigen indikationsbezogenen Therapiezeitraums. Dort muss der Wegfall oder der deutliche Rückgang der nebenwirkungsbedingten behandlungsbedürftigen Krankheiten vollbeweislich gesichert sein. Ist dies der Fall, muss die Nebenwirkungsfreiheit bzw -armut nach dem oben aufgezeigten Kausalitätsmaßstab mit überwiegender Wahrscheinlichkeit wesentlich auf der Therapie mit dem preislich über dem Festbetrag liegenden Arzneimittel beruhen. Zugleich dürfen keine anderen, ähnlich belastenden neuen Nebenwirkungen wie bei den bisher angewendeten Festbetragsarzneimitteln auftreten. Hierüber hat die KK vor Ablauf des Heilversuchs unter Berücksichtigung der gewonnenen Erkenntnisse erneut zu entscheiden."

Diese Voraussetzungen liegen im Falle des Klägers nicht vor. Der Kläger hat zur Überzeugung des Senats nach der Auskunft seines behandelnden Arztes noch nicht alle zum Festbetrag erhältlichen, zur Senkung des LDL-Cholesterinspiegels in Deutschland zugelassenen Wirkstoffe ausprobiert. Vor allem hat bislang noch kein Heilversuch im Rahmen eines aussagekräftigen indikationsbezogenen Therapiezeitraums mit Sortis im Anschluss an die Therapie mit anderen Wirkstoffen stattgefunden. Da ein Anspruch auf die Versorgung mit einem den Festbetrag übersteigenden Festbetragsarzneimittel frühestens während eines solchen Heilversuchs besteht, scheidet ein Kostenerstattungsanspruch für die streitgegenständliche Zeit bis zum 21.02.2013 hier von vornherein aus. Im Übrigen gelten die Ausführungen zu 2. d) bb) a.E. entsprechend. Lediglich ergänzend weist der Senat darauf hin, dass der Kläger für die Zukunft auch beachten muss, dass nach Ablauf des Patentschutzes für Sortis zwischenzeitlich Generika mit dem Wirkstoff Atorvastatin erhältlich sind (vgl. BSG, a.a.O., Rn. 27).

4. Die Kostenentscheidung beruht auf §§ 183, 193 SGG.

5. Gründe, die Revision zuzulassen (§ 160 Abs. 2 SGG), liegen nicht vor.
Rechtskraft
Aus
Login
NRW
Saved
2013-03-28