

## L 4 KR 3734/21

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
4.  
1. Instanz  
SG Heilbronn (BWB)  
Aktenzeichen  
S 12 KR 2123/20  
Datum  
02.11.2021  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 4 KR 3734/21  
Datum  
22.07.2024  
3. Instanz  
-  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie  
Urteil  
Leitsätze

Eine ambulante orthomolekulare Therapie mit begleitender Labordiagnostik hat die Krankenkasse nicht als Sachleistung zur Verfügung zu stellen. Außerhalb des Anspruches auf bilanzierte Diäten nach [§ 31 Abs. 5 Satz 1 SGB V](#) sind Lebensmittel oder Nahrungsergänzungsmittel nicht von der Leistungspflicht der Krankenkasse umfasst.

**Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Heilbronn vom 2. November 2021 wird zurückgewiesen.**

**Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.**

### **Tatbestand**

Zwischen den Beteiligten sind die Versorgung mit einer orthomolekularen Therapie und Diät ernährung sowie vierteljährliche Untersuchungen streitig.

Der 1962 geborene Kläger ist bei der Beklagten krankenversichert. Vom 19. Oktober 1999 bis 10. Mai 2000 wurde er stationär im Zentrum für Psychiatrie W1 (Diagnose: paranoide Schizophrenie) und anschließend im Rahmen einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme im R1-Stift, in S1, behandelt (vgl. Entlassungsbericht vom 6. Juni 2000, Bl. 45/47 Senatsakte). Seinen Angaben zufolge wurde er darüber hinaus von Ende Dezember 2021 bis Anfang Januar 2022 auf Anraten der Ärztin D1 „in einem funkarmen Haus“ (Privatklinik) in D2 stationär behandelt, wobei der Aufenthalt ohne Ergebnis habe abgebrochen werden müssen.

Am 24. Februar 2020 stellte der Kläger bei der Beklagten einen „Antrag auf Übernahme von orthomolekularen Medikamentenkosten und Diät ernährung“. Zur Begründung führte er aus, er sei durch die Zahlungsunfähigkeit seines Arbeitgebers mittellos und könne die bisher selbst getragene orthomolekulare Therapie seiner Depressionen und Psychosen nicht mehr fortsetzen. Durch ein Absetzen der Medikamente drohe unmittelbar ein erneutes Aufflammen der nach Ausbruch nur sehr schwer wieder zu stabilisierenden sehr schweren Krankheit. Die Kosten der Therapie seien gering im Vergleich z.B. zu einem einjährigen Krankenhausaufenthalt, der vermieden werden könne und für ihn wieder mit äußersten Qualen verbunden wäre. Er beantrage deshalb die Übernahme der Kosten für orthomolekulare Vitamine und Nährstoffe, die von „G1 D.O., H1 Center, P1, USA“ verordnet worden seien, und der bereits lange von ihm praktizierten Diät ernährung nach „P2, ehem. B1 Center USA“ sowie für vierteljährliche Untersuchungen in Höhe von 150 \$ und entsprechende Laboruntersuchungen. [Art. 2 Abs. 2](#) Grundgesetz (GG) sei das in diesem Zusammenhang höchste Prinzip und stehe „über der Norm z.B. zugelassener Medikamente etc.“ Er bat um einen baldigen rechtsmittelfähigen Bescheid und merkte an, dass eine Ablehnung unvernünftig sei. Er bat darüber hinaus um eine unterschriebene Erklärung, mit der die Beklagte die Haftung für etwaige Folgen des Behandlungsabbruchs übernehme. Beigefügt waren Behandlungsempfehlungen („Suggested Treatment“) der genannten Einrichtungen (Empfehlungen, die näher bezeichneten Nahrungsmittel, Mineralstoffpräparate und Vitaminpräparate in bestimmter Konstellation zu konsumieren) sowie eine Rechnung der M1 Deutschland GmbH vom 14. Februar 2020 über den Kauf verschiedener Lebensmittel, in der der Kläger Einkäufe von Obst (Heidelbeeren, Himbeeren, Kiwi, Trauben, Saftorangen, Mango, Clementinen) mit einem Gesamtbetrag von 26,51 € markiert hatte.

Mit Bescheid vom 20. März 2020 lehnte die Beklagte die Kostenübernahme mit der Begründung ab, bei den orthomolekularen Vitaminen

und Nährstoffen sowie den Untersuchungskosten handle es sich nicht um eine gesetzliche Leistung. Hiergegen erhob der Kläger unter Wiederholung seiner bisherigen Ausführungen Widerspruch und bekräftigte, dass die Vitamine bereits ihren Nutzen bewiesen hätten. Die im Antrag genannten Ärzte sowie die Ärztin G2, H1 Center, R2, W3, PA, USA, unterstützten die orthomolekularen Medikamentenkosten und Diät Ernährung. Es bestehe damit eine Notwendigkeit. Er sehe sich in seinem Grundrecht aus [Art. 2 Abs. 2 GG](#) verletzt. Mit Widerspruchsbescheid vom 18. Juni 2020, der den Bevollmächtigten des Klägers am 2. Juli 2020 zugestellt wurde, wies der Widerspruchsausschuss der Beklagten den Widerspruch zurück. Versicherte hätten gemäß [§ 31 Abs. 1 Satz 1](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) Anspruch auf Versorgung mit apothekenpflichtigen Arzneimittel, soweit sie nicht nach § 34 SGB V oder durch Richtlinien nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V](#) ausgeschlossen seien. Lebensmittel, Nahrungsergänzungsmittel, sog. Krankenkost und diätetische Lebensmittel, einschließlich Produkte für Säuglinge und Kleinkinder, seien von der Versorgung nach [§ 27 SGB V](#) ausgeschlossen. Bei den Heidelbeeren etc. handle es sich um ganz alltägliche Lebensmittel. Die Mineralstoff- und Vitaminpräparate gehörten zu den Nahrungsergänzungsmitteln. Nahrungsergänzungsmittel oder Lebensmittel habe der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Arzneimittelrichtlinie gänzlich als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen. Lediglich Monopräparate mit bestimmten Vitaminen oder mit bestimmten Mineralstoffen seien zur gezielten Behandlung bestimmter Krankheiten wie einer manifesten Osteoporose, eines Hypoparathyreodismus oder einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen. Eine solche Erkrankung liege nicht vor. Die Erstattung bzw. Übernahme der Kosten von Lebensmitteln in Form von Obst oder von Nahrungsergänzungsmitteln in Form von Vitamin- und Mineralstoffpräparaten seien keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Ärztliche Behandlungen als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung würden von Ärzten erbracht, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnähmen. Von welchen Personen die vierteljährlichen Untersuchungen durchgeführt werden sollen, gehe aus den Angaben des Klägers nicht hervor. Die Erstattung bzw. Übernahme von Kosten für Untersuchungsmaßnahmen, die nicht von Vertragsärzten vorgenommen würden, sei keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung.

Am 31. Juli 2020 erhob der Kläger hiergegen beim Sozialgericht Heilbronn (SG) Klage. Er wiederholte sein bisheriges Vorbringen und führte weiter aus, dass er bereits seit jungen Jahren unter starken Depressionen leide und in größter Angst und in extremem Gequältsein gelebt habe. Er habe ein Jahr in einer psychiatrischen Klinik verbracht und dort Suizidfantasien gehabt und einen Suizidversuch unternommen. Es sei immer wieder zu Rückschlägen verbunden mit unendlichem Leid, seelischem Schmerz, sozialer Isoliertheit und Einschränkungen gekommen. Er habe vor ca. zweieinhalb Jahren die orthomolekulare Therapie bei B2 aufgenommen und habe seither eine deutliche Linderung der Beschwerden und zunehmende psychische Stabilität feststellen können. Mit der schulmedizinischen Behandlung sei er nicht gesund geworden. Er lege das Schreiben des W2 vom 24. Februar 2021 mit dem Hinweis vor, dieser verfüge über ein medizinisches amerikanisches Staatsexamen für Ausländer und kenne die dort vorhandenen und hier im Lande zu wenig bekannten diagnostischen und insbesondere therapeutischen Möglichkeiten im Bereich von Stoffwechsel einschließlich Neurotransmittern, Spurenelementen und Vitaminen. W2 führte u.a. aus, dass beim Kläger Knappheiten verschiedener Spurenelemente, Vitamine und Stoffwechselformparameter nachgewiesen seien und die logische Konsequenz die Verschreibung einer hierauf beruhenden Kombination verschiedener Spurenelemente und Vitamine sei. Die umfangreiche Psychopharmaka-Behandlung habe keinen befriedigenden Behandlungserfolg erbracht und mit dieser Zusatzbehandlung über einen Arzt in den USA habe eine deutliche Besserung erzielt werden können.

Die Beklagte trat der Klage unter Aufrechterhaltung ihres Standpunktes entgegen.

Mit Gerichtsbescheid vom 2. November 2021 wies das SG die Klage ab. Zur Begründung verwies es gemäß [§ 136 Abs. 3](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) auf die Ausführungen der Beklagten in dem angefochtenen Widerspruchsbescheid.

Gegen den seinen Prozessbevollmächtigten am 18. November 2021 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 6. Dezember 2021 beim Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg Berufung eingelegt und sein bisheriges Vorbringen wiederholt. Er hat den Entlassungsbericht des Zentrums für Psychiatrie W1 vom 6. Juni 2000 über die stationäre Behandlung vom 19. Oktober 1999 bis 10. Mai 2000 und den Arztbrief des B3, vom 3. Juni 2024 vorgelegt.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Heilbronn vom 2. November 2021 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 20. März 2020 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 18. Juni 2020 zu verurteilen, ihm die Kosten einer Versorgung mit orthomolekularen Vitaminen und Nährstoffen sowie die vierteljährlichen Untersuchungskosten mit Laboruntersuchungen zu erstatten bzw. zu übernehmen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird Bezug genommen auf die Verfahrensakten des SG und des Senats sowie die Verwaltungsakte der Beklagten.

### **Entscheidungsgründe**

1. Die gemäß [§ 151 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte und gemäß [§ 143 SGG](#) statthafte Berufung des Klägers ist auch im Übrigen zulässig. Sie bedurfte insbesondere nicht der Zulassung, da der Kläger die (fortlaufende) Versorgung mit einer orthomolekularen Therapie und Diät Ernährung sowie vierteljährlichen Untersuchungen begehrt und damit Leistungen für einen Zeitraum von mehr als ein Jahr ([§ 144 Abs. 1 Satz 2 SGG](#)).

2. Der Senat legt das Begehren des Klägers ([§ 123 SGG](#)) so aus, dass er neben der zukünftigen Versorgung mit einer orthomolekularen Therapie und Diät Ernährung sowie vierteljährlichen Untersuchungen als Sachleistung auch die Kostenerstattung wegen Selbstbeschaffung

der in dem vorgelegten Kassenbon markierten Einkäufe (Obst) in Höhe des Gesamtbetrags von 26,51 € begehrt. Streitgegenständlich ist der Bescheid vom 20. März 2020 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18. Juni 2020 ([§ 95 SGG](#)).

3. Die Berufung des Klägers ist nicht begründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Denn der Bescheid der Beklagten vom 20. März 2020 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18. Juni 2020 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat weder Anspruch Versorgung mit einer orthomolekularen Therapie und Diät Ernährung (dazu a) noch auf Erstattung der ihm durch die Selbstbeschaffung verschiedener Obstsorten entstandenen Kosten (dazu b). Mangels Anspruch auf Versorgung mit der in Rede stehenden Therapie und Diät Ernährung scheidet auch ein Anspruch auf vierteljährliche Untersuchungen zur Kontrolle der Nährstoffparameter aus.

a) Der Kläger hat keinen Anspruch auf Versorgung mit einer orthomolekularen Therapie und Diät Ernährung. Die insoweit geltend gemachten Ansprüche gehören nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. hierzu bereits Senatsurteil vom 19. November 2010 - [L 4 KR 180/10](#) - juris, Rn. 22 ff.).

Grundlage der vom Kläger beanspruchten Versorgung ist die orthomolekulare Medizin (altgr. orthós, „richtig“). Hierbei handelt es sich um eine alternativmedizinische Methode, die Substanzen, auf die der Körper angewiesen ist und die normalerweise im Körper vorhanden sind (Vitamine, Mineralstoffe, Spurenelemente, Aminosäuren, essentielle Fettsäuren), zur Vorbeugung und Behandlung von Krankheiten nutzt. Nach der Orthomolekularen Medizin ist ein biochemisches Ungleichgewicht von genannten Stoffen krankheitsauslösend, weshalb entsprechende Substanzen nahrungsergänzend eingesetzt werden (vgl. <https://de.m.wikipedia.org/wiki/orthomolekulare-medicin>; <https://habichtswald-reha-klinik.de/onkologie-lexikon/orthomolekulare-medicin>).

Versicherte haben nach [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) zwar Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern, wobei die Krankenbehandlung neben der ärztlichen Behandlung gemäß [§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGB V](#) auch die Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel umfasst. Allerdings handelt es sich bei den im Streit stehenden Substanzen (insbes. Mineralstoffe und Vitamine) und Produkten (Obst) weder um Arznei- oder Heilmittel noch um Hilfsmittel, sondern um Nahrungsmittel bzw. Nahrungsergänzungsmittel. Als solche gehören sie jedoch nicht zu den Nahrungsmitteln, die in [§ 31 Abs. 5 SGB V](#) eine eigenständige Regelung erfahren haben und als Teil der enteralen Ernährung ausnahmsweise von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst sind.

aa) Nach [§ 31 Abs. 5 Satz 1 SGB V](#) in der Fassung des Art. 1 Nr. 9 Buchst. b des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz - GVWG) vom 11. Juli 2021 ([BGBl. I, S. 2754](#)) haben Versicherte Anspruch auf bilanzierte Diäten zur enteralen Ernährung nach Maßgabe der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) des Gemeinsame Bundesausschusses nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V](#) in der jeweils geltenden und gemäß [§ 94 Abs. 2 SGB V](#) im Bundesanzeiger bekannt gemachten Fassung.

Außerhalb des Anspruches auf bilanzierte Diäten nach [§ 31 Abs. 5 Satz 1 SGB V](#) sind Lebensmittel oder Nahrungsergänzungsmittel nicht von der Leistungspflicht der Krankenkasse umfasst. Die Versorgung mit Lebensmitteln gehört grundsätzlich nicht zu den Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung, selbst wenn therapeutische Nebeneffekte damit verbunden sind (BSG, Urteil vom 8. November 2011 - [B 1 KR 20/10 R](#) - juris, Rn. 17 m.w.N.). Dies gilt auch für Nahrungsergänzungsmittel. Ein solcher Ausschluss wird auch in § 6 Satz 1 und § 18 Satz 1 AM-RL ausdrücklich formuliert. Danach sind Lebensmittel, Nahrungsergänzungsmittel, sog. Krankenkost und diätetische Lebensmittel, einschließlich Produkte für Säuglinge oder Kleinkinder von der Versorgung nach [§ 27 SGB V](#) ausgeschlossen.

Nach § 18 Satz 2 AM-RL gilt der in § 6 Satz 1 AM-RL formulierte und in § 18 Satz 1 AM-RL wiederholte Versorgungsausschluss von Lebensmitteln, Nahrungsergänzungsmitteln, sog. Krankenkost und diätetischen Lebensmitteln nicht für Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate, Elementardiäten und Sondennahrung, soweit sie nach den Bestimmungen dieser Richtlinie in medizinisch notwendigen Fällen verordnungsfähig sind. Die danach verordnungsfähigen bilanzierten Diäten werden in § 19 AM-RL nach den genannten Produktgruppen näher definiert.

Gemäß § 19 Abs. 1 AM-RL sind Aminosäuremischungen diätetische Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke (bilanzierte Diäten im Sinne der Diätverordnung). Sie bestehen überwiegend aus qualitativ und quantitativ definierten Gemischen von Aminosäuren und sind nicht für die Verwendung als einzige Nahrungsquelle geeignet. Entsprechend der Zweckbestimmung können gesetzlich vorgeschriebene Mineralstoffe, Vitamine, Spurenelemente sowie zugelassene Zusatz- und Aromastoffe und Kohlenhydrate als Füll- oder Geschmacksstoffe enthalten sein. Soweit dies medizinisch notwendig ist, können Aminosäuremischungen auch Fette und Kohlenhydrate enthalten. Eiweißhydrolysate sind gemäß § 19 Abs. 2 AM-RL diätetische Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke (bilanzierte Diäten im Sinne der Diätverordnung), bestehend aus abgebauten Proteinen (niedermolekularen Proteinkomponenten in Form von freien Aminosäuren, Oligopeptiden [2-10 Aminosäuren] und Peptiden). Sie sind nicht für die Verwendung als einzige Nahrungsquelle geeignet. Enthalten sein können entsprechend ihrer Zweckbestimmung gesetzlich vorgeschriebene Mineralstoffe, Vitamine, Spurenelemente sowie zugelassene Zusatz- und Aromastoffe und Kohlenhydrate als Füll- oder Geschmacksstoffe. Gemäß Abs. 3 der Regelung sind Elementardiäten diätetische Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke (bilanzierte Diäten im Sinne der Diätverordnung), die - unabhängig von der Molekulargröße - oral zuzuführende Gemische aus Proteinen (auch hochhydrolysierte Proteine), Aminosäuren, Kohlenhydraten, Fetten, Mineralstoffen, Spurenelementen und Vitaminen enthalten, und die als einzige Nahrungsquelle geeignet sind (sog. Trinknahrung). Sondennahrungen sind nach Abs. 4 der Vorschrift diätetische Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke (bilanzierte Diäten im Sinne der Diätverordnung), die bei einer individuell gewählten Zusammensetzung und Dosierung als einzige Nahrungsquelle zur Ernährung über die Sonde bestimmt sind.

bb) Vorliegend kann bereits nicht festgestellt werden, dass es sich bei den in Rede stehenden orthomolekularen Substanzen und der Diät Ernährung (Obst) um eine bilanzierte Diät im Sinne des [§ 31 Abs. 5 SGB V](#) handelt. Bilanzierte Diäten im Sinne der Diätverordnung, auf die § 19 AM-RL Bezug nimmt, sind diätetische Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke (§ 1 Abs. 4a Satz 1 DiätV). Es handelt sich hierbei um Erzeugnisse, die auf besondere Weise verarbeitet oder formuliert und für die diätetische Behandlung von Patienten bestimmt sind. Gemäß § 1 Abs. 4a Satz 2 DiätV dienen sie der ausschließlichen oder teilweisen Ernährung von Patienten mit eingeschränkter, behinderter oder gestörter Fähigkeit zur Aufnahme, Verdauung, Resorption, Verstoffwechslung oder Ausscheidung gewöhnlicher Lebensmittel oder bestimmter darin enthaltener Nährstoffe oder ihrer Metaboliten oder der Ernährung von Patienten mit einem sonstigen

medizinisch bedingten Nährstoffbedarf, für deren diätetische Behandlung eine Modifizierung der normalen Ernährung, andere Lebensmittel für eine besondere Ernährung oder eine Kombination aus beiden nicht ausreichen. Nach Aufhebung der DiätV durch Art. 6 der Verordnung zur Neuordnung des Rechts über bestimmte Lebensmittel vom 26. April 2023 ([BGBl. I, S. 115](#)) handelt es sich bei Lebensmitteln für besondere medizinische Zwecke gemäß Art. 2 Buchst. g VO EU Nr. 609/2013 um „unter ärztlicher Aufsicht zu verwendende Lebensmittel zum Diätmanagement von Patienten, einschließlich Säuglingen, die in spezieller Weise verarbeitet oder formuliert werden; sie sind zur ausschließlichen oder teilweisen Ernährung von Patienten mit eingeschränkter, behinderter oder gestörter Fähigkeit zur Aufnahme, Verdauung, Resorption, Verstoffwechslung oder Ausscheidung gewöhnlicher Lebensmittel oder bestimmter darin enthaltener Nährstoffe oder Stoffwechselprodukte oder von Patienten mit einem sonstigen medizinisch bedingten Nährstoffbedarf bestimmt ist, für deren Diätmanagement die Modifizierung der normalen Ernährung allein nicht ausreicht.“ Im Kern ist damit eine inhaltliche Änderung nicht verbunden (Luthe, in: Hauck/Noftz SGB V, Stand 2024, [§ 31 SGB V](#) Rn. 73).

Vorliegend ist nicht ersichtlich, dass der Kläger unter einer eingeschränkten, behinderten oder gestörten Fähigkeit zur Aufnahme, Verdauung, Resorption, Verstoffwechslung oder Ausscheidung gewöhnlicher Lebensmittel oder bestimmter darin enthaltener Nährstoffe oder ihrer Metaboliten (Stoffwechselprodukte) leidet oder einen sonstigen medizinisch bedingten Nährstoffbedarf hat. Entsprechendes hat der Kläger nicht behauptet und lässt sich auch nicht aus dem vorgelegten Schreiben des W2 vom 24. Februar 2021 herleiten. Dieser führte lediglich aus, dass beim Kläger „Knappheiten verschiedener Spurenelemente und Vitamine und Stoffwechselformparameter nachgewiesen“ seien und „die logische Konsequenz ist die Verschreibung einer hierauf beruhenden Kombination verschiedener Spurenelemente und Vitamine“.

cc) Der Kläger kann die orthomolekularen Substanzen und Diätahrung auch dann nicht als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung beanspruchen, wenn es sich um eine bilanzierte Diät handeln sollte. Denn die für erforderlich erachtete Kombination aus Spurenelementen und Vitaminen unterfallen keiner der in § 19 AM-RL spezifizierten bilanzierten Diäten. Diese besteht nicht überwiegend aus qualitativ und quantitativ definierten Gemischen von Aminosäuren (Abs. 1 Aminosäuremischungen) oder aus abgebauten Proteinen (niedermolekularen Proteinkomponenten in Form von freien Aminosäuren, Oligopeptiden [2-10 Aminosäuren] und Peptiden) im Sinne von Eiweißhydrolysaten (Abs. 2). Elementardiäten (Abs. 3) und Sondennahrung (Abs. 4) setzen jeweils eine Eignung als einzige Nahrungsquelle voraus. Dies ist bei der Kombination aus Spurenelementen und Vitaminen gerade nicht der Fall.

dd) Ein Anspruch auf Versorgung mit orthomolekularen Substanzen ergibt sich vorliegend auch nicht aus § 20 AM-RL.

Danach müssen verordnete Produkte der Legaldefinition für diätetische Lebensmittel (Diätverordnung) entsprechen und sich rechtmäßig auf dem deutschen Markt befinden. Produkte, die nicht den vorgenannten Definitionen entsprechen, z.B. weil sie nur Kohlenhydrate oder Fette enthalten, sind keine Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate, Elementardiäten und Sondennahrung im Sinne dieser Richtlinie und des [§ 31 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#). Dies gilt nicht für ergänzende bilanzierte Diäten zur Behandlung von angeborenen, seltenen Defekten im Kohlenhydrat- und Fettstoffwechsel und anderen diätpflichtigen Erkrankungen, die unbehandelt zu schwerer geistiger oder körperlicher Beeinträchtigung führen und bei denen eine diätetische Intervention mit ergänzenden bilanzierten Diäten medizinisch notwendig ist. Die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt hat für jeden Defekttyp zu prüfen, ob eine Behandlung durch diese Produkte medizinisch notwendig ist oder ob symptomatische oder eigenverantwortliche Maßnahmen Priorität haben. Des Weiteren ist enterale Ernährung immer nur bei fehlender oder eingeschränkter Fähigkeit zur ausreichenden normalen Ernährung verordnungsfähig, wenn eine Modifizierung der normalen Ernährung oder sonstige ärztliche, pflegerische oder ernährungstherapeutische Maßnahmen zur Verbesserung der Ernährungssituation nicht ausreichen (§ 21 Abs. 1 Satz 1 AM-RL).

Insoweit fehlt es bereits an einer vertragsärztlichen Verordnung der für erforderlich erachteten orthomolekularen Substanzen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung. Der Kläger hat lediglich Behandlungsempfehlungen von Einrichtungen in den USA vorgelegt, die sich ersichtlich nicht an den dargelegten Regelungen orientieren.

ee) Der Kläger kann sich auch nicht auf [§ 2 Abs. 1a SGB V](#), eingefügt durch Art. 1 Nr. 1 Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) vom 22. Dezember 2011 ([BGBl. I, S. 2983](#)) mit Wirkung vom 1. Januar 2012, berufen.

Nach [§ 2 Abs. 1a Satz 1 SGB V](#) können Versicherte mit einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung oder mit einer zumindest wertungsmäßig vergleichbaren Erkrankung, für die eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung steht, auch eine von [§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) abweichende Leistung beanspruchen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbar positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht. Diese Vorschrift setzt die Rechtsprechung des BVerfG (Beschluss vom 6. Dezember 2005 – [1 BvR 347/98](#) – juris) und die diese Rechtsprechung konkretisierenden Entscheidungen des BSG (z.B. BSG, Urteile vom 4. April 2006 – [B 1 KR 12/04 R](#) und [B 1 KR 7/05 R](#) – und Urteil vom 16. Dezember 2008 – [B 1 KR 11/08 R](#) – alle juris) zur Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung für neue Behandlungsmethoden, die Untersuchungsmethoden einschließen würden, in Fällen einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung um. Der vom BVerfG entwickelte Anspruch von Versicherten auf ärztliche Behandlung mit nicht allgemein anerkannten Methoden, die durch den zuständigen GBA bisher nicht anerkannt sind, setzt eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende oder zumindest wertungsmäßig damit vergleichbare Erkrankung voraus (BSG, Urteile vom 4. April 2006 – [B 1 KR 12/04 R](#) und [B 1 KR 7/05 R](#) –, vom 16. Dezember 2008 – [B 1 KR 11/08 R](#) – und vom 7. Mai 2013 – [B 1 KR 26/12 R](#) – alle juris). Mit dem Kriterium einer Krankheit, die zumindest mit einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankung in der Bewertung vergleichbar ist, ist eine strengere Voraussetzung umschrieben, als sie etwa mit dem Erfordernis einer „schwerwiegenden“ Erkrankung für die Eröffnung des so genannten Off-Label-Use formuliert ist (BSG a.a.O.). Gerechtfertigt ist hiernach eine verfassungskonforme Auslegung der einschlägigen gesetzlichen Regelungen u.a. nur, wenn eine notstandsähnliche Situation im Sinne einer in einem gewissen Zeitdruck zum Ausdruck kommenden Problematik vorliegt, wie sie für einen zur Lebenserhaltung bestehenden akuten Behandlungsbedarf typisch ist (vgl. BVerfG, Beschluss vom 10. November 2015 – [1 BvR 2056/12](#) – juris). Das bedeutet, dass nach den konkreten Umständen des Falles bereits drohen muss, dass sich ein voraussichtlich tödlicher Krankheitsverlauf innerhalb eines kürzeren, überschaubaren Zeitraums mit großer Wahrscheinlichkeit verwirklichen wird (BVerfG, Nichtannahmebeschluss vom 11. April 2017 – [1 BvR 452/17](#) – juris, Rn. 25; BSG, Beschluss vom 27. Oktober 2020 – [B 3 KR 18/20 B](#) – juris, Rn. 11; BSG, Urteil vom 29. Juni 2023 – [B 1 KR 35/21 R](#) – juris, Rn. 21 f. m.w.N.).

In dem dargelegten Sinne liegt beim Kläger keine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung vor. Um eine solche handelt es

sich weder bei den vom Kläger angegebenen Depressionen und Psychosen noch bei der im Entlassungsbericht des Zentrums für Psychiatrie W1 vom 6. Juni 2000 aufgeführten paranoide Schizophrenie und auch nicht bei der im Schreiben des W2 vom 24. Februar 2021 und dem Arztbrief des B3 vom 3. Juni 2024 erwähnten bipolaren Störung.

Unabhängig davon kommt ein Leistungsanspruch nach [§ 2 Abs. 1a SGB V](#) nicht in Betracht, da das SGB V Lebensmittel und Nahrungsergänzungsmittel grundsätzlich aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen, sie also dem Bereich der Eigenverantwortung der Versicherten ([§ 2 Abs. 1 S 1 SGB V](#)) zugerechnet hat, selbst wenn hierfür den Versicherten krankheitsbedingt ein Mehraufwand entstehen sollte (BSG, Urteil vom 8. November 2011 - [B 1 KR 20/10 R](#) - juris, Rn. 38; LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 25. April 2016 - [L 11 KR 4685/15](#) - juris, Rn. 27).

ff) Ein Anspruch auf die begehrte Versorgung lässt sich schließlich auch nicht aus verfassungsrechtlichen Regelungen herleiten. Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) folgt aus [Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG](#) regelmäßig kein verfassungsrechtlicher Anspruch gegen die Krankenkasse auf Bereitstellung bestimmter und insbesondere spezieller Gesundheitsleistungen (BVerfG, Nichtannahmebeschluss vom 25. September 2023 - [1 BvR 1790/23](#) -). Es ist verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden, dass die gesetzliche Krankenkasse den Versicherten Leistungen nach Maßgabe eines allgemeinen Leistungskatalogs ([§ 11 SGB V](#)) nur unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots ([§ 12 SGB V](#)) zur Verfügung stellt, soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden ([§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)). Insbesondere sind die gesetzlichen Krankenkassen nicht von Verfassungs wegen gehalten, alles zu leisten, was an Mitteln zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit verfügbar ist (BVerfG, Beschluss vom 6. Dezember 2005 - [1 BvR 347/98](#) - juris, Rn. 57 f.).

b) Der Kläger hat auch keinen Anspruch auf Erstattung der ihm durch die Selbstbeschaffung von Obst entstandenen Kosten.

Ein Kostenerstattungsanspruch ergibt sich nicht aus [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#). Denn dieser hat in beiden Regelungsalternativen einen Sach- oder Dienstleistungsanspruch des Versicherten gegen seine Krankenkasse (Primäranspruch) zur Grundvoraussetzung (ständige Rechtsprechung, vgl. z.B. BSG, vom 10. März 2022 - [B 1 KR 2/21 R](#) - juris, Rn. 8; Urteil vom 17. Dezember 2019 - [B 1 KR 18/19 R](#) - juris, Rn. 8; vom 28. Februar 2008 - [B 1 KR 16/07 R](#) - juris, und 7. Mai 2013 - [B 1 KR 44/12 R](#) - juris). Nicht erstattungsfähig sind mithin Kosten für ausgeschlossene Leistungen (Helbig, in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 4. Aufl., Stand April 2022, § 13 Rn. 52 f. m.w.N.). Ein solcher Primäranspruch auf Versorgung besteht, wie dargelegt, vorliegend nicht.

4. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs. 1 Satz 1, Abs. 4 SGG](#).

5. Die Revision war nicht zuzulassen, da Gründe hierfür (vgl. [§ 160 Abs. 2 SGG](#)) nicht vorliegen.

Rechtskraft  
Aus  
Saved  
2024-07-26