

L 19 AS 2435/12 B

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Grundsicherung für Arbeitsuchende
Abteilung

19
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 25 AS 2812/12

Datum
04.12.2012
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 19 AS 2435/12 B

Datum
04.03.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Beschluss

Die Beschwerde der Klägerin gegen den Beschluss des Sozialgerichts Düsseldorf vom 04.12.2012 wird zurückgewiesen.

Gründe:

I.

Die Klägerin wendet sich gegen die Ablehnung ihrer Anträge auf Bewilligung von Prozesskostenhilfe für ihre Klagen auf Übernahme von Kosten einer Osteopathiebehandlung sowie für die Beschaffung von Zubehör zur Blutzuckermessung als Leistung nach dem Sozialgesetzbuch Zweites Buch - Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II).

Die am 00.00.1971 geborene Klägerin ist ausgebildete Damenschneiderin (vgl zur weiteren Vita Beschluss des Senats vom 29.10.2012 - L 19 AS 1772/12 B). Seit dem 01.03.2005 bezieht sie durchgehend Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II, die ihr für den Bewilligungsabschnitt vom 01.01. bis 30.06.2012 mit Bescheid vom 06.12.2012 und Änderungsbescheid vom 24.01.2012 bewilligt wurden.

Mit zwei Schreiben vom 14.03.2012 beantragte die Klägerin die Übernahme der nicht von ihrer Krankenversicherung übernommenen Kosten einer Osteopathiebehandlung i.H.v. 123 EUR sowie zu erwartender Beschaffungskosten für Zubehör zur Blutzuckermessung i.H.v. 46,11 EUR.

Mit zwei Bescheiden vom 04.04.2012 lehnte der Beklagte beide Anträge ab.

Bei den Kosten für die Osteopathiebehandlung handele es sich nicht um einen laufenden unabweisbaren Bedarf im Sinne der Leistungsvoraussetzungen nach [§§ 21 Abs. 6, 24 Abs. 1 SGB II](#). Auch das Zubehör zur Blutzuckermessung stelle keinen unabweisbaren oder dauerhaften Bedarf dar, so dass auch insoweit die Leistungsvoraussetzungen nach [§§ 21 Abs. 6, 24 Abs. 1 SGB II](#) nicht gegeben seien.

Mit Widerspruch vom 03.05.2012, 12.37 Uhr, wandte sich die anwaltlich vertretene Klägerin gegen die Ablehnung der Übernahme von Kosten ihrer Osteopathiebehandlung. Entgegen der Annahme des Beklagten handele es sich um einen regelmäßigen unabwendbaren Bedarf im Sinne von [§ 21 Abs. 6 SGB II](#). Es seien mehrere Behandlungen beabsichtigt und ein Rezept über sechs Behandlungen bereits ausgestellt. Atypisch sei die Bedarfssituation, die so stark vom statistischen Durchschnitt abweiche, dass sie bei der Ermittlung des Regelbedarfes nicht habe berücksichtigt werden können.

Am 03.05.2012, 13.44 Uhr, hat die anwaltlich vertretene Klägerin Widerspruch gegen den Bescheid vom 04.04.2012 eingelegt, mit dem die Übernahme der Kosten für Blutzuckermesszubehör abgelehnt worden war. Bei diesen Gegenständen handele es sich um einen regelmäßig auftretenden unabwendbaren Bedarf im Sinne von [§ 21 Abs. 6 SGB II](#). Dieser Bedarf sei unabweisbar, er diene der Vermeidung von Folgeschäden des Diabetes. Es handele sich um einen atypischen Bedarf, der bei der Berechnung des Regelbedarfes nicht habe berücksichtigt werden können.

Der Beklagte fasste die beiden Widerspruchsverfahren zusammen und wies mit Widerspruchsbescheid vom 20.07.2012 die Widersprüche gegen die beiden Bescheide vom 04.04.2012 als unbegründet zurück. Bei dem Zubehör zur Blutzuckermessung handele es sich nicht um eine atypische Bedarfslage, sondern vielmehr um einen typischen Bedarf, da zahlreiche Menschen unter Diabetes litten. Die Aufwendungen von 46,11 EUR seien der Klägerin zumutbar, zumal sie aktuell nicht an Diabetes leide. Bei den Kosten für die Osteopathiebehandlung

handele es sich ebenfalls nicht um einen unabweisbaren Bedarf. Die Krankenkasse übernehme 80 % der Kosten. Weder bei dem Blutzuckermesszubehör noch bei den Kosten der Osteopathiebehandlung handele es sich um einen laufenden Bedarf, einer der in [§ 24 Abs. 3 Satz 1 Ziffern 1, 2 oder 3 SGB II](#) genannten Bedarfe liege nicht vor. Ein Darlehen auf Grundlage von [§ 24 Abs. 1 Satz 1 SGB II](#) werde nicht begehrt.

Am 21.08.2012 hat die Klägerin in dem Verfahren [L 19 AS 2435/12 B](#) Klage gegen die Ablehnung der Übernahme der Kosten ihrer Osteopathiebehandlung i.H.v. 123,00 EUR erhoben und für diese Rechtsverfolgung Prozesskostenhilfe beantragt. Sie leide unter Rückenschmerzen. Von den Kosten der Osteopathiebehandlung, bestehend aus sechs Sitzungen, übernehme ihre Krankenversicherung nur 60 %, so dass auf sie ein Eigenanteil i.H.v. 123,00 EUR entfalle. Es sei nicht ausgeschlossen, dass die Behandlung wiederholt werde. Es handele sich deshalb um einen laufenden Bedarf.

Am 24.08.2012 hat die Klägerin Klage gegen den Bescheid des Beklagten vom 04.04.2012 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20.07.2012 erhoben, mit dem die Übernahme der Kosten für Verbrauchszubehör zur Blutzuckermessung i.H.v. 46,11 EUR abgelehnt worden war. Sie hat für diese Rechtsverfolgung Prozesskostenhilfe beantragt. Sie benötige das Material zur Überwachung ihres Blutzuckerspiegels. Die Bedarfslage sei atypisch, die entstehenden Kosten seien nicht zumutbar und es sei nicht sicher, dass es sich um eine einmalige Ausgabe handele.

Mit Beschluss vom 04.12.2012 hat das Sozialgericht den Antrag auf Bewilligung von Prozesskostenhilfe abgelehnt. Die beabsichtigte Rechtsverfolgung biete keine Aussicht auf Erfolg.

Hinsichtlich sowohl des Anspruches auf Blutzuckermesszubehör als auch des begehrten Kostenanteils für die Osteopathiebehandlung handele es sich um einen einheitlichen Streitgegenstand bezüglich des Bewilligungsabschnittes vom 01.01.2012 bis 30.06.2012. Beide Bedarfe seien einmalig angefallen. Auch soweit sich die Bedarfslage wiederholen sollte, bestehe ein Anspruch auf Gewährung laufender Mehrbedarfe nicht.

Solange eine Diabeteserkrankung bei der Klägerin nicht festgestellt worden sei, sei auch nicht davon auszugehen, dass in der Zukunft laufend Blutzuckermessungen durchgeführt werden müssten. Nicht von [§ 21 Abs. 6 SGB II](#) gedeckt seien Krankenbehandlungen, Medikamente und durch die gesetzliche Krankenversicherung zu übernehmende Leistungen. Von der Krankenversicherung nicht zu übernehmende Leistungen könnten auch als Mehrbedarf nach dem SGB II nicht übernommen werden.

Gegen den am 06.12.2012 zugestellten Beschluss richtet sich die Beschwerde der Klägerin vom 20.12.2012, mit der der Sachverhalt dargestellt und betont wird, eine Wiederholung sowohl der Osteopathiebehandlung als auch der Beschaffung von Blutzuckermesszubehör sei durchaus möglich.

Mit Schreiben des Berichterstatters vom 30.01.2013 ist die Klägerin auf tatsächliche und rechtliche Aspekte des Verfahrens hingewiesen und zur Vorlage einer Erläuterung des behandelnden Arztes gebeten worden, warum das Blutzuckermesszubehör zwar einerseits als medizinisch unabdingbar notwendig, andererseits jedoch nicht als verschreibungspflichtig angesehen worden ist. Die Klägerin hat hierauf weder bis zum Ablauf der gesetzten Frist noch bis zur Beschlussfassung des Senats reagiert.

Zu weiteren Einzelheiten wird auf den Akteninhalt Bezug genommen.

II.

Die zulässige Beschwerde ist unbegründet.

Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Bewilligung von Prozesskostenhilfe.

Die beabsichtigte Rechtsverfolgung bietet keine hinreichende Aussicht auf Erfolg i.S.v. [§§ 73a](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG), 114 Zivilprozessordnung (ZPO), weil auf die Übernahme von Teilen der Kosten einer Osteopathiebehandlung sowie der Kosten für die Beschaffung von Blutzuckermesszubehör als Leistung nach dem SGB II unter den gegebenen Voraussetzungen im Rahmen der alleine stattfindenden summarischen Prüfung kein Anspruch besteht und andere Gründe einer Rechtswidrigkeit der vom Beklagten getroffenen Bewilligungsentscheidung nicht ersichtlich sind.

Prozessual ist vorab darauf hinzuweisen (vgl. bereits Schreiben des Berichterstatters vom 30.01.2013), dass um Mehrbedarfe nach [§ 21 SGB II](#) nicht isoliert gestritten werden kann. Ihre Versagung kann nicht separat angefochten werden, denn sie sind Bestandteil der Bewilligung von Arbeitslosengeld II für den jeweiligen Zeitraum und können nur zusammen mit dieser angefochten werden (vgl. z.B. Urteile des BSG vom 10.05.2011 - [B 4 AS 100/10 R](#), vom 22.11.2011 - [B 4 AS 138/10 R](#), Beschluss des BSG vom 04.07.2011 - [B 14 AS 30/11 B](#)).

Dies hat zur Folge, dass innerhalb der Anfechtungsfristen der Bewilligungsbescheide gestellte Anträge auf Gewährung von Mehrbedarfen als Anfechtung der Bewilligung für den gesamten Leistungsabschnitt zu behandeln sind, nach Ablauf der Anfechtungsfrist eingehende Anträge als Anträge auf Überprüfung nach [§ 44](#) des Sozialgesetzbuches Zehntes Buch - Verwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz (SGB X), gerichtet auf Überprüfung des betroffenen Bewilligungsabschnittes.

Im vorliegenden Fall hat die Klägerin daher mit ihren beiden Anträgen vom 14.03.2012 den seinerzeit noch nicht bestandskräftigen Änderungsbescheid des Beklagten vom 24.01.2012 doppelt angefochten. Mit Klageerhebung am 21.12.2012 in dem Rechtsstreit [S 25 AS 2812/12](#) wurde der gesamte durch die Anträge vom 14.03.2012 bestimmte Streitgegenstand rechtshängig, die weitere Klage vom 24.08.2012 in dem Verfahren S 25 AS 2854/12 verstößt gegen das Verbot der doppelten Rechtshängigkeit.

Eine Rechtsgrundlage für die geltend gemachten Ansprüche im Rahmen der hier alleine möglichen summarischen Prüfung ist nicht ersichtlich.

Der rechtliche Rahmen für die Möglichkeiten einer Übernahme krankheitsbezogener Bedarfe als Leistung nach dem SGB II ist ausgehend vom Verhältnis dieses Gesetzes zu den Ansprüchen nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) zu bestimmen.

Hierbei ist innerhalb des SGB II die Gewährung von zusätzlichen monetären Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts neben dem Regelbedarf i.S.v. [§ 20 Abs. 1 SGB II](#) und Kosten für Unterkunft und Heizung, soweit sie nicht von den Vorschriften der [§§ 21, 24 Abs. 3 SGB II](#) erfasst werden, nach [§§ 3 Abs. 3 Satz 2, 24 Abs. 1 Satz 4 SGB II](#) ausgeschlossen.

Nach insoweit gefestigter Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist die Gewährung von zusätzlichen monetären Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts neben dem Regelsatz nach [§ 20 SGB II](#), den Mehrbedarfen nach [§ 21 SGB II](#) und den nach [§ 24 Abs. 3 SGB II](#) gewährten einmaligen Leistungen nicht denkbar (Urteile vom 10.05.2011 - [B 4 AS 11/10 R](#) = juris Rn 30; vom 19.09.2010 - [B 14 AS 47/09 R](#) = juris 11; vom 28.10.2009 - [B 14 AS 44/08 R](#) = juris Rn 17f und vom 18.06.2008 - [B 14 AS 22/07 R](#) = juris Rn 24). Nach dem Regelungskonzept des SGB II sind die in [§ 20 Abs. 1 SGB II](#) genannten Bedarfe durch den Regelbedarf in [§ 20 SGB II](#), die Mehrbedarfe nach [§ 21 SGB II](#) und die einmaligen Leistungen nach [§ 24 Abs. 3 SGB II](#) abschließend und pauschalierend gedeckt.

Die Kosten einer notwendigen medizinischen Behandlung für die Klägerin als gesetzlich versicherter Leistungsberechtigter sind im Grundsatz durch den Anspruch auf Krankenbehandlung nach [§ 27 Abs. 1](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) gedeckt (vgl. BSG Urteil vom 15.12.2010 - [B 14 AS 44/09 R](#) = juris Rn 21 m.w.N.). Vom Anspruch auf Krankenbehandlung ist die Versorgung mit Arzneimitteln und mit Hilfsmitteln ([§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGB V](#)) miterfasst. Die Frage, ob die Kosten für Arzneimittel oder für Hilfsmittel als Teil einer Krankenbehandlung übernommen werden, muss eine Leistungsberechtigte daher auch zunächst gegenüber der Krankenkasse klären. Hinsichtlich der therapeutischen Notwendigkeit einer bestimmten Krankenbehandlung und den Anforderungen an ihren Nachweis gelten für Leistungsempfänger nach dem SGB II insoweit keine anderen Voraussetzungen als für die übrigen Versicherten nach dem SGB V, die Versicherungsschutz insbesondere aufgrund abhängiger Beschäftigung erlangen (BSG Urteil vom 26.05.2011 - [B 14 AS 146/10 R](#) = juris 24 m.w.N.).

Nicht alle gesundheitsrelevanten und zur Krankheitsbehandlung möglicherweise auch dienlichen Aufwendungen werden jedoch vom Leistungssystem des SGB V getragen.

Insbesondere haben Versicherte nicht alleine wegen ihrer Hilfebedürftigkeit Anspruch gegen ihre Krankenkasse auf krankheitsbedingt benötigte Mittel. Benötigen Versicherte krankheitsbedingte Mittel, die verfassungskonform nicht dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung unterfallen, sichern die bei Hilfebedürftigkeit eingreifenden Teile des Sozialsystems das verfassungsrechtlich garantierte Existenzminimum

Ähnlich wie im Bereich krankheitsbedingt unverzichtbarer Lebensmittel (vgl. dazu [§ 21 Abs. 5 SGB II](#), [§ 30 Abs. 5 SGB XII](#) und dazu zB BSG Urteil vom 9.6.2011 - [B 8 SO 11/10 R](#) - RdNr 24; [BSGE 100, 83](#) = [SozR 4-4200 § 20 Nr. 6](#), RdNr 39 ff; BSG [SozR 4-4200 § 21 Nr. 2](#) RdNr 28; BSG Urteil vom 8.11.2011 - [B 1 KR 20/10 R](#) - RdNr 38 mwN, Leucinose, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen) ist es Aufgabe dieser gesetzlichen Bestimmungen des SGB II und SGB XII, die Gewährleistung des verfassungsrechtlich garantierten Existenzminimums zu sichern, soweit es - wie dargelegt verfassungskonform - nicht durch den Leistungskatalog der GKV abgedeckt ist. Inwieweit im Einzelnen nicht von der Leistungspflicht der GKV abgedeckte Kosten für medizinisch notwendige Gesundheitspflege, zB für OTC-Präparate, dem verfassungsrechtlich garantierten Existenzminimum unterfallen, in der Regelleistung nach dem SGB II oder XII abgebildet sind oder Mehrbedarfsleistungen auslösen, unterliegt der Beurteilung der für die Grundsicherung und Sozialhilfe zuständigen Senate des BSG (Urteil des BSG vom 06.03.2012 - [B 1 KR 24/10 R](#)).

Die innerhalb des SGB II in Betracht kommende Anspruchsgrundlage in [§ 24 Abs. 3 SGB II](#) scheidet für die vorliegend begehrten Leistungen aus, da keiner der dort genannten Fälle vorliegt.

Die Aufzählung des Gesetzes ist innerhalb der Materialien zur Einführung der Regelung nachweisbar abschließend gemeint ([BT-Drs 17/3404 S 103](#)) und der erweiternden Auslegung nicht zugänglich (vgl. zuletzt Beschluss des Senats vom 07.12.2012 - L 19 AS 1692/12).

Die Voraussetzungen für einen Anspruch nach [§ 21 Abs. 6 SGB II](#) sind von der Klägerin nicht glaubhaft gemacht worden. Nach [§ 21 Abs. 6 SGB II](#) kann ein von dem Regelbedarf umfasster, nach den Umständen nicht gedeckter laufender und unabweisbarer Bedarf gesondert übernommen werden, wenn er erheblich von einem durchschnittlichen Bedarf abweicht. Diese Voraussetzungen sind noch insoweit erfüllt, als die geltend gemachten Bedarfe vom Regelbedarf nach [§ 20 SGB II](#) umfasst sind.

Im streitgegenständlichen Zeitraum des Jahres 2012 findet sich ein regelbedarfsrelevanter Ansatz von 15,55 EUR innerhalb der Abteilung 6 (Gesundheitspflege) nach § 5 Abs. 1 des Gesetzes zur Ermittlung der Regelbedarfe nach [§ 28 SGB XII](#) ([BT-Drs 17/3404 S 5](#)).

Weder der Aktenlage noch den - trotz Hinweis und Aufforderung - insoweit defizitären Darlegungen der Klägerin ist zu entnehmen, ob es sich bei den geltend gemachten Bedarfen um wiederkehrende, unabweisbare und erheblich von einem durchschnittlichen Bedarf abweichende Bedarfe handelt.

In der Frage, ab welcher Wiederholungsfrequenz ein Bedarf als wiederkehrender Bedarf anzusehen ist, hat sich die Rechtsprechung - soweit ersichtlich - bislang nicht grundsätzlich festgelegt. Bereits logisch scheidet die Annahme eines wiederkehrenden Bedarfes jedoch aus, wenn lediglich ein einmaliger Bedarf feststeht.

So liegt es hier, denn sowohl hinsichtlich der Osteopathiebehandlung als auch der Anschaffung bzw. beabsichtigten Anschaffung von Blutzuckermesszubehör handelt es sich nach Aktenlage um jeweils einmalige Vorgänge.

Der Hinweis der Klägerbevollmächtigten auf die bloße Möglichkeit einer Wiederholung lässt den Schluss auf deren Wahrscheinlichkeit oder deren tatsächliches Eintreten nicht zu. Weder wird aktuell, d.h. nach etwa einem Jahr seit Entstehen der Bedarfe auf Wiederholungsfälle hingewiesen noch ärztlicherseits attestiert, dass solche auftreten können.

Insbesondere hinsichtlich des Blutzuckermesszubehörs erscheint es daher nicht nur nicht ausgeschlossen, vielmehr wahrscheinlich, dass die einmalige Überwachung der Blutzuckerwerte bei der Klägerin entweder zu dem Ergebnis geführt hat, dass kein überwachungsbedürftiger Diabetes vorliegt oder, dass ein behandlungsbedürftiger Diabetes mit dann verschreibungsfähigen Folgekosten festgestellt worden ist.

Denn sowohl Blutzuckermessgeräte als auch zu deren Einsatz erforderliches Zubehör sind nach dem SGB V (grundsätzlich) verschreibungsfähig. Bei Blutzuckermessgeräten handelt es sich um medizinische Geräte im Sinne von [§ 31 SGB V](#) i.V.m. dem Hilfsmittelverzeichnis der gesetzlichen Krankenversicherungen (Produktgruppe 21 "Messgeräte für Körperzustände/Funktionen") Anwendungsort 34 (Blut/blutbildende Organe), Geräteart 02 (Blutzuckermessgeräte).

Verbrauchszubehör, insbesondere Blutzuckermesszubehör, ist als zugehöriges Hilfsmittel gleichfalls (grundsätzlich) verschreibungspflichtig nach [§ 31 SGB V](#). Denn diese Materialien sind i.S.v. § 3 Nr. 9 des Gesetzes über Medizinprodukte (Medizinproduktegesetz - MPG) vom Hersteller dazu bestimmt, zusammen mit dem Medizinprodukt "Blutzuckermessgerät" verwendet zu werden, damit dieses entsprechend der von ihm festgelegten Zweckbestimmung des Medizinproduktes angewendet werden kann und zählen daher auch nach § 2 Satz 4 der Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Hilfsmittel-Richtlinie in der Neufassung vom 21.12.2011/15. März 2012, Bundesanzeiger vom 10.04.2012) zu den verschreibungsfähigen Hilfsmitteln.

Die Verschreibung im Einzelfall hängt jedoch nach allgemein zugänglichen Quellen (www.vfa.de: "Zahlt die Kasse für Blutzuckerteststreifen für Diabetiker?") davon ab, ob die Blutzuckerselbstmessungen sinnvoll und wirtschaftlich sind.

Insoweit hat der gemeinsame Bundesausschuss vor dem Hintergrund ausführlich dokumentierter Untersuchungen und nach einer Prüfung des Vorhabens durch das Bundesgesundheitsministerium beschlossen (Beschluss vom 17.03.2011, Bundesanzeiger Nr. 90 vom 16.06.2010, S 2144), dass Harn- und Blutzuckertestmaterialien künftig nur noch dann zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verschreibungsfähig sein sollen, wenn sie für Patientinnen und Patienten wirkliche Vorteile haben, z.B. in den Fällen instabiler Stoffwechsellage, bei Bestehen bestimmter Parallelerkrankungen und anderer Indikationen (Beschluss und Materialien zugänglich unter www.gba.de/informationen/beschluesse/1307).

Ist also eine Verschreibung des Blutzuckermesszubehörs im Leistungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem SGB V zwar grundsätzlich möglich, wenn sie "sinnvoll und wirtschaftlich" ist, hat im Falle der Klägerin jedoch nicht stattgefunden, so spricht zunächst mehr gegen als für die Annahme, dass es sich um einen unabweisbaren Bedarf i.S.v. [§ 21 Abs. 6 SGB II](#) handelt (ebenso mit ausführlicher Begründung Harig, Krankheitsbedingte Ansprüche im SGB XII und im SGB II, SGB 10/12, S 584 f. m.w.N.).

Die Klägerin ist mit Schreiben des Berichterstatters vom 30.01.2013 hierauf hingewiesen und aufgefordert worden, eine Erläuterung ihres behandelnden Arztes vorzulegen, warum Blutzuckermessgerät und Teststreifen zwar einerseits als medizinisch unabdingbar notwendig, andererseits jedoch nicht als verschreibungspflichtig angesehen worden sind. Eine Reaktion hierauf ist ausgeblieben.

Dies gilt in ähnlicher Weise für die von der Klägerin begehrte Übernahme der nicht von ihrer Krankenversicherung getragenen Kosten einer osteopathischen Behandlung.

Die Behandlung mit osteopathischen Methoden umfasst unterschiedliche befunderhebende und therapeutische Verfahren mit bedingten und eingeschränkten Wirkungsnachweisen im Bereich der sog. Alternativmedizin.

Die Osteopathie ist keine anerkannte Krankenbehandlung i.S.v. [§ 27 SGB V](#), die notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Dementsprechend sind Aufwendungen für osteopathische Behandlungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem SGB V nicht erstattungsfähig.

Soweit der Klägerin Teile der Aufwendungen für ihre osteopathische Behandlung erstattet worden sind, beruht dies auf einer satzungsrechtlichen Besserstellung der Techniker Krankenkasse, bei der die Klägerin gesetzlich krankenversichert ist (www.tk.de/tk/leistungen-a-z/o/osteopathie).

Die Osteopathie wurde als Therapieform auch nicht in die allgemeinen Heilmittelrichtlinien aufgenommen.

Vor diesem Hintergrund wird vertreten, dass Aufwendungen für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die der gemeinsame Bundesausschuss von der Verordnung zulasten der GKV ausgeschlossen hat oder für die es an einer positiven Empfehlung des gemeinsamen Bundesausschusses fehlt, generell nicht über [§ 21 Abs. 6 SGB II](#) oder nach [§ 23 Abs. 1 SGB II](#) beansprucht werden können (Behrend in juris-PK SGB II, 3. Aufl. 2012, § 21 Rn 116; Harig, a.a.O., S 588).

Ob dem in dieser Allgemeinheit beizutreten ist, kann hier offen bleiben.

Denn die Klägerin hat es auch insoweit trotz Hinweises an jeglichem Beleg und jeder Argumentation fehlen lassen, warum hinsichtlich der durchgeführten Osteopathiebehandlung gerade in ihrem Fall ein "unabweisbarer Bedarf" bestanden haben könnte.

Die Tatbestandsvoraussetzungen nach [§ 21 Abs. 6 SGB II](#) sind danach nicht erfüllt. Andere Gründe einer Rechtswidrigkeit der vom Beklagten getroffenen Bewilligungsentscheidung sind nicht ersichtlich. Die Voraussetzungen für die Bewilligung von Prozesskostenhilfe sind daher nicht gegeben.

Kosten des Beschwerdeverfahrens nach Ablehnung von Prozesskostenhilfe sind entsprechend [§ 127 Abs. 4 ZPO](#) nicht zu erstatten.

Dieser Beschluss ist endgültig, [§ 177 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW
Saved
2013-03-13