S 8 KR 540/04

Land
Freistaat Sachsen
Sozialgericht
SG Leipzig (FSS)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
8
1. Instanz
SG Leipzig (FSS)
Aktenzeichen
S 8 KR 540/04
Datum
16.12.2004
2. Instanz
Sächsisches LSG
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
Kosten für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die nach der Ausnahmeliste des Gemeinsamen Bundesausschusses in den Arzneimittelrichtlinien nicht ausnahmsweise verordnet werden dürfen, sind
auch nicht im Wege einer gerichtlichen Einzelfallentscheidung von den Gesetzlichen Krankenkassen zu erstatten bzw. zu übernehmen. Die Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses ist insoweit bindend.
I. Die Klage wird abgewiesen. II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über Arzneimittelkosten.

Die am ...1960 geborene Klägerin beantragte mit Schriftsatz vom 23.04.2004 beim Lan-deswohlfahrtsverband Sachsen als überörtlichem Träger der Sozialhilfe die Kostenüber-nahme für das Medikament "Methionin Stada"-Tabletten. Dies werde benötigt wegen eines Blasenfistelkatheters. Auf Grund der Gesetzgebungsreform sei es für sie nicht mehr frei beziehbar. Es sei jedoch für sie lebenswichtig. Die Kosten hierfür würden sich auf 25,07 EUR monatlich belaufen. Sie selbst verfüge jedoch nur über ein geringes Einkommen mit einer Rente von 219,27 EUR, zuzüglich 128,00 EUR Kindergeld, insgesamt 337,27 EUR. Beigefügt war ein "grünes Rezept" für nicht erstattungsfähige Leistungen des behandeln-den Urologen und Chirurgen, Dr. A ..., vom 15. bzw. 16.04.2004. Die Tabletten seien für die Klägerin notwendig, Ausweichpräparate gäbe es nicht.

Durch Bescheid vom 03.05.2004, dem keine Rechtsbehelfsbelehrung beigefügt worden war, lehnte der Beigeladene die Kostenübernahme ab. Durch das Gesetz zur Modernisie-rung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) seien ab 01.01.2004 zahlreiche Ände-rungen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung in Kraft getreten. Für Leistun-gen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung gestrichen worden seien, sei eine Kos-tenübernahme auch im Rahmen der Sozialhilfe nicht möglich. Vielmehr knüpfe das Bun-dessozialhilfegesetz (BSHG) an deren Leistungsumfang an, ohne hierüber hinausgehen zu können. Es werde daher empfohlen, sich deswegen an die zuständige Krankenkasse zu wenden. Nach Weiterleitung an die Beklagte am 18.05.2004 begründete die Klägerin ihren Antrag damit, dass bei Ablehnung der Kostenübernahme der Blasenkatheter entfernt, und sie statt-dessen mit Inkontinenzmaterial versorgt werden müsse. Die Kosten hierfür seien indes 10- mal höher.

Nachdem die Beklagte noch eine medizinische Stellungnahme von Frau Dr. K ... vom 18.05.2004 eingeholt hatte, lehnte sie mit Bescheid vom 09.06.2004 den Antrag ab. Nach dem GMG und der Ausnahmeliste des Gemeinsamen Bundesausschusses sei das begehrte Medikament nicht mehr über Kassenrezept erhältlich. Allenfalls könne sich die Klägerin über die Patientenbeauftragte der Bundesregierung und zwecks weiterer Unterstützung gegebenenfalls an das Sozialamt wenden.

Den hiergegen am 06.07.2004 ohne Begründung eingelegten Widerspruch wies die Be-klagte mit Widerspruchsbescheid vom 04.08.2004 zurück. Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel seien von der Versorgung ausgeschlossen. Eine Verordnung hiermit sei nur ausnahmsweise zulässig, wenn das Arzneimittel zur Behandlung schwerwiegender Erkran-kungen als Therapiestandard gelte. Ein Arzneimittel gelte als Therapiestandard, wenn der therapeutische Nutzen zur Behandlung der schwerwiegenden Erkrankung dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse entspreche. Der Gemeinsame Bundesausschuss habe in den Arzneimittel-Richtlinien (AMR) den Leistungsumfang der gesetzlichen Kranken-kassen auf der Grundlage des Wirtschaftlichkeitsgebotes konkretisiert. Das beantragte Arzneimittel falle jedoch nicht unter die Ausnahmeregelungen, nach denen apotheken-pflichtige, nicht verschreibungspflichtige, Arzneimittel ausnahmsweise zu Lasten der ge-setzlichen Krankenversicherung verordnet werden dürften. Da der Gesetzgeber den gesetz-

lichen Krankenkassen keinen diesbezüglichen Ermessensspielraum eingeräumt habe, sei eine Kostenübernahme ausgeschlossen.

Die Klägerin hat deswegen am 06.09.2004 Klage zum Sozialgericht Leipzig erhoben. Die Kostenübernahme für das Medikament sei wesentlich wirtschaftlicher als die Versorgung mit Inkontinenzmaterial. Beigefügt war auch ein Schreiben der Patientenbeauftragten der Bundesregierung vom 28.07.2004, wonach Arzneimittel, die nicht auf der Ausnahmeliste des Gemeinsamen Bun-desausschusses stünden, nicht mehr zu Lasten der Krankenkassen verschrieben werden dürften.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, ab 18.05.2004 anfallende Kosten für das Medikament "Methionin Stada"-Tabletten zu übernehmen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten wird auf den Sach- und Streitstand der Gerichtsakte sowie des beigezogenen Verwaltungsvorganges, der Gegenstand der mündlichen Verhand-lung gewesen ist, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist zulässig, insoweit sich dem Klageantrag entnehmen lässt, dass die Klägerin Kostenerstattung auf der Grundlage des "Grünen Rezepts" von Dr. A ... in Höhe von 25,07 EUR begehrt; sie ist insoweit jedoch unbegründet.

Der Bescheid vom 09.06.2004 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 04.08.2004 ist rechtlich nicht zu beanstanden. Die Klägerin wird hierdurch nicht in eigenen Rechten ver-letzt, weil sie keinen Rechtsanspruch auf Kostenerstattung des Arzneimittels "Methionin Stada"-Tabletten durch die Beklagte hat.

Der Versicherte kann – abweichend vom sonst geltenden Sachleistungsprinzip der gesetz-lichen Krankenversicherung (vgl. § 2 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)) – nur dann Erstattung geltend machen, wenn die Krankenkasse u.a. die Leistung zu Unrecht abgelehnt hat (§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V). Die Klägerin hat indes keinen Rechtsanspruch auf Leistung der Beklagten. Gem. § 27 Abs. 1 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krank-heitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst nach Satz 2 Nr. 3 der Vor-schrift die Versorgung u.a. mit Arzneimitteln. Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln, soweit die Arzneimittel nicht nach § 34 oder durch Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V ausgeschlossen sind (§ 31 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Hierbei sind indes nach Maßgabe des § 34 SGB V nicht verschreibungs-pflichtige Arzneimittel - wie im vorliegenden Fall - von der Versorgung nach § 31 grund-sätzlich ausgeschlossen. So ist im Vordruck zum "Grünen Rezept" ausdrücklich vermerkt, dass es nicht zum Zweck der Erstattung bei der Krankenkasse eingereicht werden kann. Dass "Methionin Stada-Tabletten" nicht verschreibungspflichtig sind, ist zwischen den Beteiligten im Übrigen unstreitig. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V erstmals bis zum 31. März 2004 fest, welche nicht verschreibungspflichtigen Arzneimit-tel, die bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten, zur Anwendung bei diesen Erkrankungen mit Begründung vom Vertragsarzt ausnahms-weise verordnet werden können. Bis zum In-Kraft-Treten dieser Richtlinien kann der Ver-tragsarzt nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel nach den Kriterien des Satzes 2 ver-ordnen. Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßi-ge und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten; dabei ist den besonderen Erfordernis-sen der Versorgung Behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen und psychisch Kranker Rechnung zu tragen, vor allem bei den Leistungen zur Belastungserprobung und Arbeitstherapie; er kann dabei die Erbringung und Verordnung von Leistungen oder Maß-nahmen einschränken oder ausschließen, wenn nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse der diagnostische oder therapeutische Nutzen, die medizini-sche Notwendigkeit oder die Wirtschaftlichkeit nicht nachgewiesen sind. Er soll nach Satz 2 insbesondere Richtlinien beschließen über die Verordnung u.a. von Arzneimitteln (AMR, vgl. Nr. 6 der Vorschrift).

In den AMR ist unter F 16.1 festgelegt, dass apothekenpflichtige nicht verschreibungs-pflichtige Arzneimittel von der Versorgung nach § 31 SGB V ausgeschlossen sind. Aus-nahmsweise ist die Verordnung dieser Arzneimittel nach § 34 Abs. 1 Satz 2 SGB V zuläs-sig, wenn die Arzneimittel bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Thera-piestandard gelten (vgl. auch: 16.1 Satz 2 der AMR). Unter 16.4 der AMR sind die Aus-nahmen aufgeführt. Nach 16.7 der AMR ist darin abschließend geregelt, unter welchen Voraussetzungen nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnungsfähig sind. Insoweit finden die Vorschriften anderer Abschnitte der AMR, insbesondere die Nr. 20 ff., keine Anwendung. Da das vom behan-delnden Urologen Dr. A ... verordnete Arzneimittel "Methionin Stada"-Tabletten nicht in der Ausnahmeliste des Gemeinsamen Bundesausschusses geführt wird, darf es nach § 34 Abs. 1 Satz 2 SGB V, auch nicht ausnahmsweise, zu Lasten der gesetzlichen Kranken-versicherung verordnet werden.

Dass die Klägerin wegen eines Blasenfistelkatheters auf dieses Medikament nach eigenen Angaben angewiesen sein soll, ist aus rechtlichen Gründen nicht berücksichtigungsfähig; denn weitere, außer den vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu bestimmenden, Ausnah-men hat der Gesetzgeber den Krankenkassen ausdrücklich nicht zugelassen. Eine darüber hinausgehende Ermessensausübung, auch unter den von der Klägerin angegebenen Wirt-schaftlichkeitsgesichtspunkten heraus, ist der Beklagten nicht einzuräumen.

Vielmehr hat der Gesetzgeber in § 92 Abs. 2 SGB V dem Gemeinsamen Bundesausschuss aufgegeben, durch Erstellung von Preislisten dem Arzt eine besonders wirtschaftliche Ver-sorgung der Patienten mit Arzneimitteln zu ermöglichen (BT-Drs. 11/3480, S. 59). Die Entscheidung darüber, welche Arzneimittel aus der Verordnungsfähigkeit entfallen sollen, welche wirtschaftlich vertretbaren Alternativen mit ähnlicher Wirkungsweise statt dessen verordnet werden können, obliegt mangels Fachwissen nicht den Gerichten, sondern im Wege der Ermächtigung zur Richtlinienkompetenz dem Gemeinsamen Bundesausschuss (vgl. Knittel, in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung, § 92 Rdnr. 3 EL 36). Insoweit kann auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) zu neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden Bezug genommen werden.

Gem. § 135 Abs. 1 SGB V dürfen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen nur erbracht werden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss auf Antrag einer Kassen-ärztlichen Bundesvereinigung, einer Kassenärztlichen Vereinigung oder eines Spitzenver-bandes der Krankenkassen in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 Empfehlungen ab-gegeben haben über die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode sowie deren medizinischen Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit – auch im Vergleich zu bereits zu Lasten der Krankenkassen erbrachten Methoden – nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse in der jeweiligen Therapierichtung (Nr. 1). Die Bundesausschüsse überprüfen die zu Lasten der Krankenkassen erbrachten vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Leistungen daraufhin, ob sie den Kriterien nach Satz 1 Nr. 1 entsprechen. Falls die Überprüfung ergibt, dass diese Kriterien nicht er-füllt werden, dürfen die Leistungen nicht mehr als vertragsärztliche oder vertragszahnärzt-liche Leistungen zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden (Abs. 1 Satz 2 und 3 der Vorschrift).

Der Bundesausschuss soll mithin darüber wachen, dass die Leistungspflicht der gesetzli-chen Krankenversicherung nicht auf unwirksame oder unwirtschaftliche Untersuchungs- und Behandlungsverfahren ausgedehnt wird. Als "neu" im Sinne des § 135 Abs. 1 SGV V, also als noch nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugehörig, gilt eine Untersuchungs- und Behandlungsmethode dann, wenn sie noch nicht als abrechnungsfähige ärztliche Leis-tungen im einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM-Ä) enthalten oder die dort zwar aufge-führt sind, deren Indikationen aber eine wesentliche Änderung oder Erweiterung erfahren haben (vgl. Ziff. 5 der NUB-RL). Dies muss auch im Hinblick auf die Entscheidung gelten, welche nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel verordnungsfähig sind.

Nach der Konzeption des Gesetzes hat das Gericht somit nicht darüber zu entscheiden, ob eine medizinische Behandlungsmethode, bzw. hier: ein Arzneimittel, anerkennungswürdig und im Einzelfall auch erfolgversprechend ist (wie hier: BSGE 76, 149 ff.). Vielmehr ist allein entscheidend, welcher medizinische Standard allgemein anerkannt ist und ob die zu beurteilende Methode diesem medizinischen Standard entspricht. Nach der Rechtspre-chung des Bundessozialgerichtes, der sich die erkennende Kammer anschließt, ist den Ge-richten damit eine Zurückhaltung im Hinblick auf medizinisch-wissenschaftliche Ausei-nandersetzungen um die "richtige" Heilmethode bzw. das richtige Medikament auferlegt. Dies geht auch aus § 2 Abs. 1 Satz 2 SGB V hervor. Es ist Ausdruck der Neutralität des Staates, Methoden der besonderen Therapierichtungen nicht auszuschließen. Der Schwer-punkt der Prüfung wird damit auf den tatsächlichen Verbreitungsgrad verlagert, weil es nicht Sinn eines Gerichtsverfahrens sein kann, die Erkenntnisse der wissenschaftlichen Wissenschaft voranzutreiben oder in wissenschaftlichen Auseinandersetzungen Position zu beziehen (wie hier: BSG Urteil vom 16.09.1997, Az: 1 RK 28/95).

Hinsichtlich der Verordnung von Arzneimitteln gilt nichts anderes. Die Prüfung der Wirk-samkeit von Medikamenten soll im Einzelfall nicht den Gerichten übertragen sein. Zum einen fehlt diesen – wie ausgeführt – die medizinische Fachkompetenz, die dem Gemein-samen Bundesausschuss zukommt; zum anderen würde dies dem Zweck der Richtlinien, durch eine allgemein gültige Begrenzung der Ausnahmen nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel, die verordnet werden können, das Ausgabenvolumen der Krankenkasse zu begrenzen und eine einheitliche Anwendung sicherzustellen, in sein Gegenteil verkehrt, wäre den Gerichten für jedes Arzneimittel gleichwohl eine eigene Prüfungskompetenz ein-geräumt. Bei der Vielzahl von Medikamenten und denkbarer divergierender gerichtlicher Entscheidungen würde andernfalls die dem Gemeinsamen Bundesausschuss vom Gesetz-geber in § 92 SGB V zugewiesene Richtlinienkompetenz weitgehend zur unverbindlichen Auslegungshilfe entwertet.

In der auf gesetzlicher Ermächtigung beruhenden Ablehnung des Gemeinsamen Bundes-ausschusses, das begehrte nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel nicht in die Aus-nahmeliste mit aufzunehmen, liegt auch kein Verstoß gegen höherrangiges Recht. Insbe-sondere wird nicht gegen das Grundrecht auf Eigentum nach Art. 14 Abs. 1 Grundgesetz (GG) verstoßen; denn der Ausschluss der Versorgung mit bestimmten Arzneimitteln durch die gesetzliche Krankenversicherung ist eine nach Art. 14 Abs. 1 Satz 2 GG zulässige Be-stimmung von Inhalt und Grenzen des Eigentums, d.h. der Anwartschaft auf Krankenver-sicherungsschutz und dem Anspruch auf Krankenbehandlung. Hierbei war zu beachten, dass der Versicherungsschutz durch diese Maßnahme nicht völlig entwertet wird, weil sich die Leistungseinschränkung weder als gleichheitswidrig noch als unverhältnismäßig er-weist. So hat das Bundesverfassungsgericht (BVerfG SozR 2200 § 179 Nr. 6) entschieden, dass es einen verfassungsrechtlich gesicherten Anspruch gegen die Krankenkasse auf alle als notwendig angesehenen Leistungen nicht geben kann. Begründet wird dies damit, dass der Einzelne in der Regel nicht der Notwendigkeit enthoben wird, anderweitig für be-stimmte Lebensrisiken wie Alter, Erwerbsunfähigkeit, Krankheit usw. Vorsorge zu treffen. Dem weiteren Fortbestand der gesetzlichen Krankenversicherung und deren weitere Finan-zierbarkeit hat das BSG indes eine hohe Bedeutung beigemessen. Dem Gesetzgeber kann es mithin nicht verwehrt sein, zur Sicherung dieses Leistungssystems die Krankenkassen im Einzelfall von bestimmen Kostenrisiken in der Arzneimittelversorgung zu entlasten.

Hierdurch wird auch nicht das Sozialstaatsprinzip verletzt. Denn das Sozialstaatsprinzip verlangt nicht, dass alle wirtschaftlich unzumutbaren Folgen gesundheitlicher Störungen durch die gesetzliche Krankenversicherung allein ausgeglichen werden müssen. Notfalls bestand früher im Einzelfall eine Inanspruchnahme von Leistungen im Wege der Sozialhil-fe (siehe sogleich). Das Bundessozialgericht, dem das erkennende Gericht folgt, hat im Falle der Versorgung mit Hörgerätebatterien entschieden, dass diese auch dann aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ausgenommen sind, wenn ihre Be-schaffung im Einzelfall mehr als nur geringe Kosten verursachen (BSG Urteil vom 25.10.1994, Az: 3/1 RK 57/93); vgl. auch: BVerfGE 26, 44 (61 f); 34, 118 (136); 36, 73 (84)). Selbst Kosten bis zu ca. 270,00 EUR jährlich galten bereits zum damaligen Zeit-punkt noch als hinnehmbar.

Maßgebend bei der vom Gesetzgeber gewollten Leistungseinschränkung des Krankenver-sicherungsschutzes ist der Gesichtspunkt der Kostendämpfung im Gesundheitswesen, die letztlich auch tatsächlich in vielen Fällen zu einer Beitragssenkung, zumindest einer Bei-tragsstabilität, der gesetzlichen Krankenkassen geführt hat. Würde das Gericht sich über den vom Gesetzgeber eng gezogenen Rahmen hinwegsetzen und – ohne die erforderliche medizinische Fachkompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses – darüber hinaus nicht verschreibungspflichtige Medikamente für verordnungsfähig erklären, würde dieser ge-setzgeberische Wille unterlaufen. Daher musste auch der Gesichtspunkt außer Betracht bleiben, dass nach Dr. A ... ein Ausweichpräparat, das verordnet werden dürfte, nicht zur Verfügung steht. Dass Versicherte darauf angewiesen sind, Medikamente – auch wenn sie sich als medizinisch notwendig erweisen sollten – selbst zu finanzieren, hat der Gesetzge-ber des GMG bewusst in Kauf genommen. Dies gilt selbst auf die Gefahr hin, dass Lücken im Versicherungsschutz der Gesetzlichen Krankenversicherung entstehen. Das Ziel der Beitrags- und damit auch der Systemstabilität, dem auch von Verfassungs wegen ein hoher Wert zukommt, sowie die Entlastung des Faktors Arbeit von Versicherungsbeiträgen er-schien dem Gesetzgeber insoweit vorrangig.

Vorsorglich wird darauf hingewiesen, dass die Klägerin auch keinen Rechtsanspruch ge-genüber dem Beigeladenen haben dürfte. Wegen der strengen Akzessorietät der Kranken-hilfe nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG) ist eine über den Rahmen der Gesetzli-chen Krankenversicherung hinausgehende Leistungsgewährung durch den Sozialhilfeträ-ger nicht möglich. Durch die Neugestaltung des BSHG sollte vielmehr vermieden werden, dass Sozialhilfeempfänger letztlich besser gestellt werden als die übrigen gesetzlich Kran-kenversicherten.

Während in § 37 Abs. 2 Satz 2 BSHG a.F. die Leistungen in der Regel den Leistungen entsprechen "sollten", die nach den Vorschriften über die gesetzliche Krankenversicherung gewährt werden, ist nunmehr in § 37 Abs. 1 Satz 1 BSHG nur noch vorgesehen, dass Leis-tungen zur Krankenbehandlung entsprechend dem Dritten Kapitel, Fünften Abschnitt, Ers-ten Titel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gewährt "werden". Eine darüber hinausge-hende Leistungsbewilligung ist damit ausgeschlossen. Dies hat zur Folge, dass im Wege der Sozialhilfe selbst eine Übernahme von Rezept- und Praxisgebühren nicht mehr mög-lich ist. Mit In-Kraft-Treten des GMG am 01. Januar 2004 steht ein Anspruch auf geson-derte Übernahme von Rezept- und Praxisgebühren dem Sozialhilfeempfänger nicht mehr zu, da ein diesbezüglicher Bedarf durch die dem Sozialhilfeempfänger bewilligten Regel-sätze bereits als abgegolten gilt (VG Kassel, Beschluss vom 18.02.2004, Az: 7 G 56/04). Zuzahlungen zur gesetzlichen Krankenversicherung sind demnach ebenso wenig möglich wie die Gewährung einer einmaligen Beihilfe zum Ausgleich dieser Mehrbelastung (Hess. VGH, Beschluss vom 20.04.2004, Az: 10 TG 532/04). § 38 Abs. 2 BSHG a.F. ist durch das GMG mit Wirkung vom 01.01.2004 aufgehoben worden. Praxisgebühr sowie Zuzah-lungen für Arznei-, Verbandmittel und Fahrtkosten sind somit Bestandteil der Regelsatz-leistungen geworden, weshalb auch auf der Grundlage der §§ 11, 21 BSHG die Gewährung einmaliger Beihilfen für diesen Bedarf ausscheiden (so: OVG Lüneburg, NJW 2004, 1817 f). Eine einmalige Beihilfe nach § 21 Abs. 1 a BSHG oder ein Anspruch auf Vorausge-währung von Zuzahlungen im Wege eines Darlehens nach § 38 BSHG ist ebenfalls nicht mehr möglich.

Hierin liegt auch kein Verstoß gegen höherrangiges Recht. Denn die Einteilung der Hilfe-arten nach dem BSHG und deren konkrete Ausformung ist nicht durch die Verfassung vorgegeben. Sie unterliegt damit der Dispositionsfreiheit des Gesetzgebers (Hess. VGH, Beschluss vom 20.04.2004, Az: 10 TG 532/04). Auch Leistungen nach dem Bundessozial-hilfegesetz sind grundsätzlich nicht von Kürzungen ausgeschlossen (wie hier: VG Berlin, Beschluss vom 02.04.2004, Az: 8 A 69.04). Die incidenter getroffene Regelung, beim Krankheitsbild der Klägerin "Methionin Stada"- Tabletten nicht in die Ausnahmeliste mit aufzunehmen, verstößt damit weder gegen das Sozialstaatsgebot des Art. 20 Abs. 1 Grund-gesetz (GG) noch gegen das aus Art. 3 Abs. 1 GG abzuleitende Willkürverbot. Der Verfas-sung lässt sich insbesondere kein Gebot entnehmen, Sozialhilfeempfänger günstiger zu stellen als die übrigen gesetzlich Krankenversicherten. Die mit dem GMG verbundenen Einschränkungen in der Versorgung mit Arzneimitteln sind insoweit auch von diesen hin-zunehmen (vgl. dazu auch: Hess. VGH, Beschluss vom 11.10.2004, Az: 10 UE 2731/03).

Insoweit die Klägerin – über die beantragte Kostenerstattung hinaus – die weitere Kosten-erstattung für die Behandlung mit "Methionin Stada" in der Vergangenheit begehrt, ist der Antrag unzulässig. Es fehlt hierfür an der erforderlichen Bestimmtheit. Zwar setzt § 92 Satz 1 SGG keinen Klageantrag voraus, weil das Gericht nur über die vom Kläger erhobe-nen Ansprüche entscheidet, ohne an die Fassung des Antrags gebunden zu sein (§ 123 SGG). Es muss indes klar sein, welches Ziel mit der Klage verfolgt wird, wobei es zur Ab-grenzung des Streitgegenstandes genügt, das im Antrag verdichtete Klagebegehren er-kennbar zu machen (Meyer-Ladewig, SGG, 7.Aufl., § 92 Rdnr. 5). Hier fehlt es indes an der Vorlage weiterer Kostenbelege. Außer einer Rechnung der ... Apotheke ... über 25,07 EUR hat sie jedoch keinerlei weitere Quittungen vorgelegt. Ein auf allgemeine Kos-tenerstattung nach § 13 Abs. 3 SGB V gerichteter Antrag ist deshalb unzulässig, wenn er nicht beziffert, aber bezifferbar ist.

Dies gilt auch für den geltendgemachten Anspruch auf Kostenübernahme, d.h. für den künftigen Medikamentenbezug. Zwar ist bei einem auf Sachleistung gerichteten Antrag die Bezifferung der Leistung entbehrlich (ständige Rechtsprechung des BSG, vgl. bspw. Urteil vom 28.06.2001, Az: B 3 KR 3/00 R); dafür muss aber die Menge und die Häufigkeit der Leistungen konkretisiert werden (wie hier: BSG, Urteil vom 24.09.2002, Az: B 3 P 15/01 R). Dies liegt darin begründet, dass anderenfalls bei einem zusprechenden Urteil der Streit der Beteiligten nicht endgültig ausgeräumt wird. Ein von der Klägerin in allgemeiner Form gestellter Antrag auf Kostenübernahme für das Medikament in der Zukunft lässt je-doch in keiner Weise erkennen, inwieweit auf die Beklagte eine Kostenbelastung zu-kommt.

Die Kostenentscheidung beruht auf §§ 183, 193 Sozialgerichtsgesetz (SGG) und entspricht dem Ausgang des Verfahrens.
Rechtskraft
Aus
Login
FSS
Saved
2005-01-24