
Datum: 15.11.2011
Gericht: Sozialgericht Düsseldorf
Spruchkörper: 42. Kammer
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: S 42 (7) SO 2/08
ECLI: ECLI:DE:SGD:2011:1115.S42.7SO2.08.00

Sachgebiet: Sozialhilfe
Rechtskraft: nicht rechtskräftig

Tenor:
Die Klage wird abgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten

-
- Tatbestand: 1
- Die Klägerin begehrt die Gewährung eines Mehrbedarfs wegen kostenaufwändiger Ernährung nach § 30 Abs. 5 Sozialgesetzbuch, Zwölftes Buch (SGB XII). 2
- Die am 00.00.1957 geborene Klägerin bezog seit dem 01.01.2007 Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem 3. Kapitel SGB XII und seit dem 01.07.2007 Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem 4. Kapitel SGB XII. Mit am 02.04.2007 von der Gemeinschaftspraxis N1 und Kollegen unterzeichnetem Vordruck - bei der Beklagten am 16.04.2007 eingegangen - machte die Klägerin geltend, unter einer Leberzirrhose bei chronischer Hepatitis C zu leiden; sie benötige eine eiweißreduzierte Kost und dürfe keinen Alkohol konsumieren. Nach Einholung einer amtsärztlichen Stellungnahme vom 09.05.2007 lehnte die Beklagte den Antrag der Klägerin auf Gewährung einer Krankenkostzulage nach § 30 Abs. 5 SGB XII mit Bescheid vom 14.05.2007 ab. Nicht jede ärztlich verordnete Diät verteuere die Lebenshaltung. Nach allgemeinen Feststellungen würden z.B. akute und chronische Lebererkrankungen keinen erhöhten Ernährungsaufwand begründen. 3
- Dagegen erhob die Klägerin am 18.06.2007 Widerspruch. Neben einer eiweißreduzierten Kost müsse sie nach ärztlicher Anweisung Nahrungsergänzungsmittel einnehmen, die ebenfalls Mehrkosten verursachen würden. Die Klägerin legte dazu eine ärztliche Bescheinigung der Gemeinschaftspraxis N1 und Kollegen vom 12.11.2007 vor. Aufgrund der 4

dekompensierten Leberzirrhose sei danach eine Medikation mit Diuretika zum Ausschwemmen des durch die Leberzirrhose bedingten Wassers im Bauchraum und in den Beinen erforderlich. Die dauerhaft einzusetzenden Diuretika würden zu einer Verarmung an Mineralien führen. Dadurch sei der Einsatz folgender Nahrungsergänzungsmittel erforderlich: Kalium (z.B. Kalinor-Brause), Calcium (z.B. Calcium-Brause), Magnesium (z.B. Magnesium-Verla). Diese Nahrungsergänzungsmittel würden von der Krankenkasse nicht erstattet. Zusätzlich sei eine eiweißreduzierte Kost erforderlich, um die Entwicklung einer hepatischen Enzephalopathie (Funktionsstörung des Gehirns aufgrund einer unzureichenden Entgiftungsfunktion der Leber) zu verhindern. In der daraufhin veranlassten amtsärztlichen Stellungnahme vom 20.11.2007 heißt es, dass durch die erforderliche eiweißdefinierte Kost keine Mehrkosten entstünden. Nahrungsergänzungsmittel wie Kalium, Calcium und Magnesium hingegen gehörten zu den Dingen des täglichen Bedarfs und würden gleichfalls keine Mehrkosten bedingen. Bei Vorliegen einer erheblichen Störung des Elektrolythaushalts sei dies durch entsprechende Laboruntersuchungen nachzuweisen. Die Klägerin reichte daraufhin einen Bericht des St. N2-Krankenhauses E vom 02.10.2007 nebst Laborblatt vom 28.09.2007 sowie Laborblätter der Gemeinschaftspraxis N1 und Kollegen vom 22.11.2007 und 08.04.2008 ein. Ausweislich der amtsärztlichen Stellungnahme vom 29.04.2008 habe die Klägerin danach im September 2007 unter einer Elektrolytstörung gelitten habe. Die damals verordnete Einnahme von Calcium-Brause sei sicherlich notwendig gewesen. Seit Oktober 2007 sei dieser Elektrolytmangel jedoch behoben. Sämtliche hierzu erhobenen Laborparameter lägen seitdem im Normbereich, so dass eine Substitution nicht mehr erforderlich sei.

Die Beklagte wies daraufhin den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 16.07.2008 zurück. Nach den vorgelegten Unterlagen benötige die Klägerin eine Kost mit verminderter Eiweißzufuhr, was keine Mehrkosten verursache. Im Hinblick auf die geltend gemachte Einnahme von Nahrungsergänzungsmitteln habe nach den vorgelegten Unterlagen lediglich eine Entgleisung der Werte im September 2007 festgestellt werden können. Aber auch die Kosten für Nahrungsergänzungsmittel seien bereits im Regelsatz gemäß § 28 SGB XII enthalten. Demnach umfasse die konkretisierte Regelleistung zur Sicherung des Lebensunterhaltes insbesondere Ernährung und Gesundheitspflege. Auch wenn die Klägerin geltend mache, die aufgeführten Kosten würden die hierfür im Regelsatz enthaltenen Beträge überschreiten, könne keine andere Entscheidung getroffen werden. Denn die geltend gemachten Mehraufwendungen stellten weder unabweisbare Bedarf dar, die nicht bereits durch die Regelleistung gedeckt seien, noch handele es sich um individuelle Bedarfe. 5

Die Klägerin hat am 18.08.2008 Klage erhoben. Aufgrund der dekompenzierten Leberzirrhose sei sie auf die Einnahme von Nahrungsergänzungsmitteln und die Einhaltung einer eiweißreduzierten Kost angewiesen. Sie reichte zudem eine Kostenaufstellung für einen Monat (30 Tage) ein. Danach benötige sie: Kalinor Brause 30 x 1 Tabl. (= 16,51 EUR), Vitamin B Komplex 30 x 1 Tabl. (= 4,42 EUR), Calcium forte 30 x 3 Tabl. (24,79 EUR), Magnesium 30 x 2 Tabl. (12,48 EUR) und Bifiteral Sirup 30 x 60ml (32,81 EUR), also insgesamt 90,92 EUR. 6

Die Klägerin beantragt, 7

die Beklagte unter Aufhebung des Bescheid vom 14.05.2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16.07.2008 zu verpflichten, der Klägerin einen Mehrbedarf wegen kostenaufwändiger Ernährung zu gewähren. 8

Die Beklagte beantragt, 9

die Klage abzuweisen.

Sie hält die angegriffenen Bescheide für rechtmäßig. Im Hinblick auf die geltend gemachten Nahrungsergänzungsmittel sei festzuhalten, dass seit Oktober 2007 bei regelmäßigen Kontrollen in der Gemeinschaftspraxis N1 und Kollegen kein Elektrolytmangel mehr nachweisbar sei. Eine prophylaktische Substitution mit Mineralien werde vom Hersteller des diuretischen Medikamentes nicht empfohlen. 11

Das Gericht hat Befundberichte eingeholt bei dem Arzt für Allgemeinmedizin V sowie N1. Das Gericht hat zudem ein fachinternistisches Gutachten bei dem Sachverständigen P eingeholt. Auf das Gutachten vom 15.10.2010 wird verwiesen. 12

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakte und die Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen. 13

Entscheidungsgründe: 14

Die Klage ist zulässig, aber nicht begründet. Der Bescheid der Beklagten vom 14.05.2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16.07.2008 ist rechtmäßig und beschwert die Klägerin nicht in ihren Rechten gemäß § 54 Abs. 2 S. 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG). 15

1. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Gewährung eines Mehrbedarfs wegen kostenaufwändiger Ernährung. Nach § 30 Abs. 5 SGB XII (in Verbindung mit § 42 S. 2 Nr. 3 SGB XII) wird für Kranke, Genesende, behinderte Menschen oder von einer Krankheit oder von einer Behinderung bedrohte Menschen, die einer kostenaufwändigen Ernährung bedürfen, ein Mehrbedarf in angemessener Höhe anerkannt. 16

a) Zunächst macht die Klägerin nach den Ausführungen im Verhandlungstermin nicht mehr geltend, dass die von ihr aufgrund der Leberzirrhose bei chronischer Hepatitis C benötigte eiweißreduzierte Kost zu einem ernährungsbedingten Mehrbedarf führe. Dies entspricht auch den Angaben des Sachverständigen P in seinem Gutachten, wonach insoweit keine zusätzliche Kost erforderlich sei, sondern vielmehr die Notwendigkeit eines Weglassens von höheren Eiweiß-Gaben bestehe. Mehrkosten lassen sich hierdurch nicht begründen. 17

b) Soweit die Klägerin jedoch weiterhin geltend macht, auf die Einnahme von Laktulose angewiesen zu sein, begründet dies gleichfalls keinen Mehrbedarf wegen kostenaufwändiger Ernährung. Bei Laktulose handelt es sich schon nach den Angaben des behandelnden Arztes N1 nicht um ein Nahrungsergänzungsmittel, sondern um ein Medikament. Ein Medikament ist schon begrifflich kein Nahrungsmittel; es kann somit keinen Mehrbedarf wegen kostenaufwändiger "Ernährung" begründen. Kein Zuschlag nach § 30 Abs. 5 SGB XII kann gewährt werden für andere medizinisch bedingte Bedarf, insbesondere etwa für Arzneimittel (vgl. JurisPK-SGB XII, 1. Aufl. 2010, § 30 Rn. 94). 18

Im Übrigen trägt nach den Ausführungen von P die Kosten dafür ohnehin die gesetzliche Krankenversicherung. Zwar sind apothekenpflichtige, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel von der Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 31 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (SGB V) grundsätzlich ausgeschlossen (vgl. § 34 Abs. 1 S. 1 SGB V). Die Verordnung dieser Arzneimittel ist aber nach § 34 Abs. 1 S. 2 SGB V ausnahmsweise zulässig, wenn die Arzneimittel bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in den Arzneimittel-Richtlinien fest, welche der verschreibungspflichtigen Arzneimittel, die bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten, zur Anwendung 19

bei diesen Erkrankungen mit Begründung vom Vertragsarzt ausnahmsweise verordnet werden können. Nach Nr. 26 der Anlage I zum Abschnitt F der Arzneimittel-Richtlinie (Zugelassene Ausnahmen zum gesetzlichen Verordnungsausschluss nach § 34 Abs. 1 S. 2 SGB V (OTC Übersicht)) ist Laktulose (nur) zu Senkung der enteralen Ammoniakresorption bei Leberversagen im Zusammenhang mit der hepatischen Enzephalopathie als nicht verschreibungspflichtiges Medikament zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnungsfähig. Diese Voraussetzungen sind nach den Angaben des Sachverständigen P gegeben, so dass - entgegen der Ansicht des behandelnden Arztes N1 - eine Verordnung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung vorgenommen werden kann. N1 scheint diese Ausnahmeregelung nicht berücksichtigt zu haben, wenn er in seiner Stellungnahme vom 26.01.2009 lediglich ausführt, dass Laktulose nicht rezeptpflichtig und daher nicht erstattungsfähig sei. Schließlich hat die Klägerin im Termin zur mündlichen Verhandlung ausgeführt, dass ihr mittlerweile - weil nunmehr (erst) eine hepatische Enzephalopathie vorliege - Laktulose zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werde, so dass jedenfalls ab diesem Zeitpunkt ein zu Lasten des Sozialhilfeträgers zu deckender Bedarf ohnehin nicht mehr besteht.

c) Im Hinblick auf die Einnahme von Kalium (Kalinor Brause), Magnesium und Calcium auf ärztliche Verordnung bei geltend gemachten Elektrolytverlust unter Therapie mit harntreibenden Mitteln kommt ein Ernährungsbedarf gleichfalls nicht in Betracht. 20

aa) Nahrungsergänzungsmittel sind grundsätzlich im Grenzbereich zwischen Arznei- und Lebensmittel einzuordnen. Hier geht die Kammer davon aus, dass die von der Klägerin genannten apothekenpflichtigen Präparate als Bestandteil der medizinischen Therapie verordnet wurden, so dass es sich um Arzneimittel handelt. Auch nach den Angaben des Sachverständigen P handelt es sich bei den von der Klägerin genutzten Präparaten (Kalinor-Brause, Calcium Sandoz Forte und Magnesium Verla) um zugelassene Medikamente. Dies entspricht den im Internet abrufbaren Beipackzetteln der einzelnen Präparate, die jeweils von "Arzneimitteln" sprechen. 21

bb) Aber selbst wenn dies anders zu beurteilen wäre, begründet jedenfalls die Einnahme von Kalium und Magnesium keinen Mehrbedarf. 22

Denn im Hinblick auf die Einnahme von Kalium entstehen der Klägerin keine zusätzlichen Kosten. Ist ein Kaliummangel (Hypokaliämie) im Blut nachgewiesen, ist eine Verordnung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung möglich (vgl. Nr. 25 der Anlage I zum Abschnitt F der Arzneimittel-Richtlinie). Allerdings wurde ausweislich des Berichts des St. N2-Krankenhauses E vom 02.10.2007 nebst Laborblatt vom 28.09.2007 ohnehin ein referenzfähiger Kaliumspiegel (4,6 mmol/l bei einem Referenzbereich von 3,6 bis 4,8 mmol/l) festgestellt, so dass die medizinische Indikation zur Gabe von Kalium aus Sicht der Kammer fraglich ist. Besteht jedoch ein Mangel, besteht auch Verordnungsfähigkeit zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung. 23

Magnesiumverbindungen sind zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung nur bei einer angeborenen Magnesiumverlusterkrankungen erstattungsfähig (vgl. Nr. 28 der Anlage I zum Abschnitt F der Arzneimittel-Richtlinie). Diese Voraussetzungen sind bei der Klägerin nicht gegeben. Jedoch führt die Therapie mit harntreibenden Mitteln nach den Ausführungen des Sachverständigen P grundsätzlich nicht zur Indikation für die Gabe von Magnesium. In den Fachinformationen der von der Klägerin verwendeten harntreibenden Mittel ("Xipamid" und "Spironolacton") ist ein Magnesium-Verlust nicht beschrieben. Auch aus dem Umstand, dass bei der Klägerin kein vermehrter Magnesiumnachweis im Blut vorliegt, kann nicht geschlossen werden, dass sie persönlich das Magnesium auch tatsächlich benötigt. Denn 24

überschüssiges Magnesium wird durch die Nieren ausgeschieden, auch beim Nierengesunden kommt es deshalb nicht zu einer Magnesiumüberdosierung. Bei der Klägerin wäre nach den Angaben des Sachverständigen zum Beleg der therapeutischen Notwendigkeit eine Pause der Magnesiumgabe unter engmaschiger Elektrolytkontrolle durchzuführen, um festzustellen, ob tatsächlich (noch) ein Magnesiummehrbedarf besteht. Damit ist nach den in sich schlüssigen Angaben des Sachverständigen P derzeit schon nicht belegt, ob die derzeitige Supplementierung mit Magnesium überhaupt erforderlich ist.

2. Eine - von der Klägerin nicht beantragte - Erhöhung des Regelsatzes ist im vorliegenden Gerichtsverfahren nach Ansicht der Kammer auch nicht Streitgegenstand. Über die Festsetzung abweichender Bedarfe (nach § 28 Abs. 1 S. 2 SGB XII in der bis zum 31.12.2010 bzw. § 27 a Abs. 4 S. 1 SGB XII in der seit dem 01.10.2011 geltenden Fassung) wird nicht durch eigenständige Verwaltungsakte entschieden. Die abweichende Festsetzung erfolgt im Rahmen der Entscheidung über die Höhe der Leistung, d.h. durch die jeweiligen - hier nicht angefochtenen - Bewilligungsbescheide (JurisPK-SGB XII, 1. Aufl. 2010, § 30 Rn. 114; vgl. auch BSG Urt. v. 26.08.2008 - B 8/9b SI 10/06 R, juris). Im Übrigen sind die dazu erforderlichen Voraussetzungen fraglich. Nach § 28 Abs. 1 S. 2 SGB XII in der bis zum 31.12.2010 geltenden Fassung werden die Bedarfe abweichend festgelegt, wenn im Einzelfall ein Bedarf ganz oder teilweise anderweitig gedeckt ist oder unabweisbar seiner Höhe nach erheblich von einem durchschnittlichen Bedarf abweicht. Nach § 27 a Abs. 4 S. 1 SGB XII in der seit dem 01.10.2011 geltenden Fassung wird im Einzelfall der individuelle Bedarf abweichend vom Regelsatz festgelegt, wenn ein Bedarf ganz oder teilweise anderweitig gedeckt ist oder unabweisbar seiner Höhe nach erheblich von einem durchschnittlichen Bedarf abweicht. Eine erhebliche von einem durchschnittlichen Bedarf sich unterscheidende Abweichung dürfte hier jedoch nicht vorliegen. Allein im Hinblick auf die Calciumsubstitution besteht nach den Ausführungen des Sachverständigen zwar überhaupt ein Bedarf, der auch nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung gedeckt werden kann. Es treffe nämlich zu, dass die Diuretika Einfluss auf den Calcium-Stoffwechsel haben. Da trotz Auslassversuches jedenfalls in der Vergangenheit mehrfach niedrig normale bis leicht erniedrigte Calciumspiegel nachgewiesen wurden, könne im Ergebnis davon ausgegangen werden, dass ein Calcium-Substitutionsbedarf besteht. Es bestehen jedoch nach den Angaben des Sachverständigen P gleich geeignete, aber kostengünstigere Alternativen zum von der Klägerin verwendeten Arzneimittel Calcium-Sandoz zur Verfügung. So sind am Markt Calciumpräparate mit 500 mg und 3 Cent Kosten pro Tablette erhältlich (siehe dem Gutachten beigegefügte Übersicht). Dies würde bei der Klägerin bei bisheriger Dosis Tagestherapiekosten von lediglich 9 Cent, also monatlich 2,71 EUR bei 31 Tagen verursachen. Eine erhebliche von einem durchschnittlichen Bedarf sich unterscheidende Abweichung dürfte bei diesem Betrag fraglich sein; vielmehr dürfte dieser Betrag aus dem im Regelsatz (im streitgegenständlichen Zeitraum mindestens 345,00 EUR) enthaltenen Bedarf für Gesundheitspflege zu decken sein (vgl. dazu SG Lüneburg Urt. v. 23.04.2009 - S 30 AS 398/05, juris). Schließlich geht die Kammer darüber hinaus davon aus, dass die Medikamente, die vom Bundesausschuss nicht als Therapiestandard bei schwerwiegenden Erkrankungen aufgeführt werden, auch im Rahmen einer Regelsatzerhöhung nicht als "unabweisbar" einzustufen sind. Die Klägerin kann sich im Rahmen ihrer Entscheidungsfreiheit dazu entschließen, Geldmittel für diese Präparate auszugeben; medizinisch zwingend notwendig ist dies aber nicht (so auch SG Köln Urt. v. 17.09.2008 - S 10 SO 49/07, abrufbar unter www.sozialgerichtsbarkeit.de).

Die Kostenentscheidung folgt aus § 193 Abs. 1 S. 1 SGG.

&8195;

25

26

27

