

S 41 AS 3277/19

Land
Hamburg
Sozialgericht
SG Hamburg (HAM)
Sachgebiet
Grundsicherung für Arbeitsuchende
Abteilung
41
1. Instanz
SG Hamburg (HAM)
Aktenzeichen
S 41 AS 3277/19
Datum
11.06.2020
2. Instanz
LSG Hamburg
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Gerichtsbescheid
1. Die Klage wird abgewiesen. 2. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der 1969 geborene Kläger, der seit dem 01.09.2017 einer Teilzeittätigkeit als Wellnessmasseur nachgeht und ergänzende Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch – Grundsicherung für Arbeitsuchende – (SGB II) bezieht, begehrt die Verpflichtung des Beklagten, die Kosten für eine Gleitsichtbrille (Gläser und Gestell) in Höhe von 1.030,00 Euro sowie die Erstattung einer augenärztlichen Diagnostik in Höhe von 20,00 Euro (Bl. 1 ff., 11, 14 eVA; Bl. 3, 33, 36 PA) nach dem SGB II zu übernehmen.

Am 27.06.2019 beantragte der Kläger die Kostenübernahme für eine Gleitsichtbrille in Höhe von 1.030,00 Euro sowie die Erstattung von 20,00 Euro für eine augenärztliche Brillenglasberatung am 26.06.2019 (Bl. 1 ff., 7 ff., 19, 23 f. eVA; Bl. 25 ff. PA). Seine Krankenkasse übernehme die Kosten für Brillengläser erst ab sechs Dioptrien, ausweislich der augenärztlichen Verordnung erreiche er diese Werte nicht. Er begehre Leistungen aus dem Vermittlungsbudget, um seine berufliche Integration in den Arbeitsmarkt zu unterstützen und damit er seine bisherige Tätigkeit fortsetzen könne (Bl. 1 ff., 7 ff., 19, 23 f. eVA; Bl. 37 ff. PA).

Diesen Antrag lehnte der Beklagte mit Bescheid vom 31.07.2019 ab, weil nach [§ 5 SGB II](#) die vorrangige gesetzliche Verpflichtung anderer Träger von Sozialleistungen oder anderer Stellen gelte. Förderungen aus dem Vermittlungsbudget könnten für Leistungen nicht übernommen werden, für die andere (Sozial-) Leistungsträger dem Grunde nach zuständig seien. Dies gelte auch dann, wenn von den zuständigen Leistungsträgern keine Leistungen gewährt würden, Eigenanteile vorgesehen seien oder die Leistungen faktisch nicht erbracht würden. Für auftretende Bedarfe, die von der Regelleistung umfasst seien, komme ggf. die Gewährung eines Darlehens nach [§ 24 Abs. 1 SGB II](#) in Betracht. Die Entscheidung beruhe auf [§ 16 Abs. 1](#), 3 SGB II i.V.m. [§ 44](#) Drittes Buch Sozialgesetzbuch – Arbeitsförderung – (SGB III) (Bl. 25, 30 eVA; Bl. 21 PA). Hiergegen wandte sich der Kläger mit Widerspruch vom 06. bzw. 07.08.2019 (Bl. 27 ff. eVA; Bl. 19 f. PA). Wenn die Leistung nicht aus dem Vermittlungsbudget erfolgen könne, sei zu prüfen, ob sie als Sonderbedarf ausgekehrt werden könne.

Mit Widerspruchsbescheid vom 17.09.2019 wies der Beklagte den Widerspruch zurück und darauf hin, dass die Übernahme der Kosten für den Erwerb einer neuen Gleitsichtbrille in Höhe von 1.030,00 Euro sowie die dazugehörige augenärztliche Diagnostik in Höhe von 20,00 Euro zu Recht abgelehnt worden sei. Die Voraussetzungen von [§ 16 SGB II](#) i.V.m. [§ 44 SGB III](#) lägen schon deswegen nicht vor, weil vorliegend weder eine Anbahnung noch eine Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung in Betracht komme, da sich der Kläger zum Antragszeitpunkt im Juni 2019 schon seit fast zwei Jahren in einem Beschäftigungsverhältnis befunden habe. Ein bereits bestehendes Arbeitsverhältnis könne nicht aus dem Vermittlungsbudget gefördert werden. Auch die sogenannte Stabilisierungsphase von sechs Monaten sei bereits abgelaufen. Zudem scheidet eine Förderung aus dem Vermittlungsbudget bereits deshalb aus, weil nach [§ 5 SGB II](#) der zuständige Krankenkasse vorrangiger Leistungsträger sei. Auf die Entscheidungen des SG Nürnberg vom 30.08.2017 – [S 22 AS 723/15](#) und des LSG Sachsen vom 07.12.2009 – [L 3 AS 339/09 B PKH](#) werde verwiesen. Ferner sei zu berücksichtigen, dass die Übernahme der Kosten für eine Gleitsichtbrille als Mehrbedarf gemäß [§ 21 Abs. 6 S. 1 SGB II](#) nicht in Betracht komme, weil die Anschaffungskosten nur einmalig anfielen und nicht, wie es das Gesetz verlange, einen laufenden Bedarf darstellten; insoweit werde auf das Urteil des LSG Hamburg vom 09.04.2014 – [L 4 AS 279/13](#) verwiesen. Unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 25.10.2017 – [B 14 AS 4/17 R](#)) bestehe auch kein Anspruch auf einen Sonderbedarf aus [§ 24 Abs. 3 S. 1 Nr. 3 Alt. 2, S. 2 SGB II](#), da es sich nicht um eine Reparatur, sondern um die Neuanschaffung einer Brille handele. Insoweit werde auf die Entscheidung des SG Hamburg vom 26.02.2018 – [S 29 AS 888/17](#) verwiesen (Bl. 35 ff. eVA; Bl. 12 ff. PA).

Hiergegen hat der Kläger am 25.09.2019 Klage erhoben und vertieft sein Vorbringen dahingehend, dass er entsprechend der

Eingliederungsvereinbarung vom 27.06.2017 bzw. vom 06.04.2020 weiterhin zur Anbahnung und Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung verpflichtet sei, so dass [§ 16 SGB II](#) i.V.m. [§ 44 Abs. 1 SGB III](#) einschlägig sei. Der Beklagte habe sein Ermessen nicht hinreichend ausgeübt, da er den vorliegenden Sachverhalt nicht umfassend erfasst habe, insbesondere die Eingliederungsvereinbarung nicht berücksichtigt worden sei. Auch die anderen Ablehnungsgründe seien nicht tragbar. Die Krankenversicherung sei aufgrund der ihn betreffenden Leistungsbegrenzung nicht vorrangig. Jedenfalls müsse er mithilfe des Sozialrechts die nachweislich notwendige Sehhilfe erlangen können. Sofern eine Finanzierung als Sonderbedarf oder aus dem Vermittlungsbudget ausgeschlossen sei und eine Finanzierung über den Regelbedarf zur Unterdeckung führe, komme es zu einer Kollision mit seinem Anspruch auf das Existenzminimum, so dass eine verfassungskonforme Auslegung des Gesetzes zu erfolgen habe. Dies habe der Beklagte unterlassen und stattdessen falsch aus den angeführten Urteilen zitiert (Bl. 1 ff., 44 ff., 52 ff., 66 PA).

Der Kläger beantragt,

den Beklagten unter Aufhebung des Bescheids vom 31.07.2019 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 17.09.2019 zu verurteilen, 1.030,00 Euro für den Erwerb einer neuen Gleitsichtbrille sowie die Kosten der augenärztlichen Diagnostik in Höhe von 20,00 Euro zu übernehmen.

Der Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Zur Begründung verweist er auf die Ausführungen im Widerspruchsbescheid und führt ergänzend aus, dass der Vortrag des Klägers ins Leere gehe. Auch in der neuen Eingliederungsvereinbarung vom 06.04.2020 seien keinerlei Indizien für eine Kostenübernahme einer Gleitsichtbrille zu erkennen und es verbleibe bei der ablehnenden Entscheidung (Bl. 42 f. 50, 58, 63 PA).

Das Gericht hat die Leistungsakte (Bl. 1 bis 41a ff. eVA) des Beklagten sowie die Akte des Sozialgerichts Hamburg mit dem Aktenzeichen S 41 AS 125/20 ER mit Leistungsakte (Bl. 1 bis 348a eVA) sowie die Akte des Sozialgerichts Hamburg mit dem Aktenzeichen S 58 AS 2217/17 ER beigezogen.

Entscheidungsgründe:

Das Gericht konnte gemäß [§ 105 Abs. 1](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) ohne mündliche Verhandlung durch Gerichtsbescheid entscheiden, da die Sache keine besonderen Schwierigkeiten tatsächlicher oder rechtlicher Art aufweist, der Sachverhalt geklärt ist und die Beteiligten Gelegenheit zur Äußerung binnen angemessener Frist hatten.

Die kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage nach [§ 54 SGG](#) ist zulässig, aber unbegründet. Zu Recht hat der Beklagte mit dem angegriffenen Bescheid die beantragten Leistungen abgelehnt.

Ein Anspruch besteht nicht, weil die Kosten zur Anschaffung einer Brille von dem Hilfebedürftigen aus dem Regelsatz nach [§ 20 SGB II](#) zu bestreiten sind und die Voraussetzungen für die Gewährung von Leistungen aus dem Vermittlungsbudget nicht vorliegen.

Als Bestandteil des Regelbedarfs nach [§ 20 Abs. 1 SGB II](#) (vgl. [BT-Drs. 17/3404, S. 58](#), [BT-Drs. 18/9984, S. 41](#); Hengelhaupt in Hauck/Noftz, SGB II, § 24 Rn. 185; BSG v. 18.07.2019 – [B 8 SO 13/18 R](#) – juris Rn. 14; BSG v. 23.06.2016 – [B 3 KR 21/15 R](#) – juris Rn. 33; LSG Hamburg v. 09.04.2014 – [L 4 AS 279/13](#) – juris Orientierungssatz und Rn. 4, 16; LSG Bayern v. 29.11.2011 – [L 11 AS 888/11 B PKH](#) – juris Rn. 8; LSG Baden-Württemberg v. 25.04.2008 – [L 7 AS 1477/08 ER-B](#) – juris Leitsatz Nr. 1, Rn. 4 m.w.N.) sind Anschaffungskosten einer Brille aus diesen Mitteln zu finanzieren. Das Statistikmodell verlangt vom Hilfeempfänger ein verantwortungsvolles Wirtschaften, da die einzelnen regelbedarfsrelevanten Verbrauchsausgaben tatsächlich von den Verbrauchsausgaben abweichen können und vom Hilfeempfänger eine Prioritätensetzung verlangen. Entscheidend ist, dass der Gesamtbetrag des Budgets für die Bestreitung von Verbrauchsausgaben ausreicht, um ein menschenwürdiges Existenzminimum zu gewährleisten. Dabei müssen sich zwangsläufig Mehrausgaben im Vergleich zu den eingerechneten Durchschnittsausgaben durch Minderausgaben an anderer Stelle ausgleichen. Ferner ist zu berücksichtigen, dass die individuelle Zusammensetzung der Verbrauchsausgaben aufgrund unterschiedlicher Entwicklungen und wegen der unausweichlichen Notwendigkeit von Prioritätensetzungen von Monat zu Monat unterschiedlich ist. Mit dem Prinzip ist auch eine Ansparkonzeption verbunden, die in die Erwartung mündet, dass für nicht regelmäßig anfallende Bedarfe Anteile des Budgets zurückgelegt werden, da das Budget auch für größere und nur in längeren Abständen anfallende Anschaffungen monatliche Durchschnittswerte berücksichtigt. Erst in der Summe dieser als Teilzahlungen aufzufassenden Durchschnittswerte über viele Monate hinweg ergeben sich die für Anschaffungen erforderlichen Aufwendungen (vgl. [BT-Drs. 17/3404, S. 51](#)). Für die Anschaffung von Brillen gilt somit das Ansparkmodell, welches grundsätzlich verfassungsrechtlich unbedenklich ist (vgl. BVerfG v. 23.07.2014 – [1 BvL 10/12](#), [1 BvL 12/12](#), [1 BvR 1691/13](#) – juris Rn. 119 ff.).

Allerdings setzt eine Verweisung auf den Regelbedarf nach [§ 20 SGB II](#) und die mit ihm verbundene Ansparkonzeption voraus, dass der Bedarf bei der Ermittlung des Regelbedarfs in strukturell realitätsgerechter Weise zutreffend erfasst worden ist und somit bloß ein individuell vom Regelbedarf abweichender Bedarf im Streit steht (vgl. BSG v. 08.05.2019 – [B 14 AS 13/18 R](#) – juris Rn. 23 sowie BSG v. 08.05.2019 – [B 14 AS 6/18 R](#) – juris Rn. 23). So liegt der Fall hier.

Der Gesetzgeber sieht für Erwachsene einen Betrag von monatlich 2,70 Euro, vgl. [BT-Drs. 18/9984, S. 41](#), Abteilung 06, Gesundheitspflege, lfd. Nr. 40 für therapeutische Mittel und Geräte (einschl. Eigenanteile) vor.

Der für diesen Bereich der Gesundheitspflege vorgesehene Pauschalbetrag, der auch Brillen erfasst, summiert sich innerhalb eines Jahres auf 32,40 Euro und erreicht nach vier (Anspar-) Jahren den Betrag von 129,60 Euro (12 Monate & 8729; 2,70 Euro & 8729; 4 Jahre = 129,60 Euro). Dieser Betrag liegt über den 100,00 Euro, die das BSG für eine Normalbrille (ohne Tönung, Entspiegelung und Gleitsicht) mit einem günstigen Gestell veranschlagt (BSG v. 23.06.2016 – [B 3 KR 21/15 R](#) – juris Rn. 33; vgl. auch LSG Baden-Württemberg v. 25.04.2008 – [L 7 AS 1477/08 ER-B](#) – juris Leitsatz Nr. 2 und Rn. 6 m.w.N.). Vor diesem Hintergrund ist davon auszugehen, dass bei der Berechnung des Regelsatzes der existenzsichernde Bedarf hinsichtlich der Versorgung mit einer Brille, bei der es sich um ein langlebiges therapeutisches

Gerät handelt, ausreichend berücksichtigt wurde. Sofern ein Zeitraum zum Ansparen nicht vorhanden war oder nicht genutzt wurde, besteht bei einem unabweisbaren Bedarf die Möglichkeit der Anschaffung über ein Darlehen (BSG v. 23.06.2016 – [B 3 KR 21/15 R](#) – juris Rn. 33; BSG v. 18.07.2019 – [B 8 SO 13/18 R](#) – juris Rn. 16; LSG Baden-Württemberg v. 25.04.2008 – [L 7 AS 1477/08 ER-B](#) – juris Leitsatz Nr. 3, Rn. 5 m.w.N.).

Als Mehrbedarf im Sinne von [§ 21 Abs. 6 S. 1 SGB II](#) können Kosten für die Anschaffung einer Brille nicht anerkannt werden, weil sie nur einmalig anfallen und damit keinen laufenden Bedarf darstellen (LSG Hamburg v. 09.04.2014 – [L 4 AS 279/13](#) – juris Orientierungssatz und Rn. 4, 16). Nach [§ 21 Abs. 6 S. 1 SGB II](#) wird im Rahmen der laufenden Bewilligung ein Mehrbedarf nämlich nur anerkannt, soweit im Einzelfall ein unabweisbarer, laufender, nicht nur einmaliger besonderer Bedarf besteht. Eine Brille stellt keinen laufenden, sondern einen einmaligen Bedarf dar, der in dem Zeitpunkt auftritt, zu dem die Rechnung zu bezahlen ist bzw. bezahlt wird. Auf einen dauerhaften Ausgleich der Sehverschlechterung ist zur Unterscheidung zwischen einmaligen und laufenden Bedarfen nicht abzustellen (LSG Bayern v. 29.11.2011 – [L 11 AS 888/11 B PKH](#) – juris Rn. 8 m.w.N.). Zudem heißt es in der [BT-Drs. 17/1465, S. 9](#) ausdrücklich, dass die Anschaffung einer Brille nicht unter die Mehrbedarfs-Regelung des [§ 21 Abs. 6 SGB II](#) fällt.

Ein laufender Bedarf kann allerdings angenommen werden, wenn die Brille im Bewilligungsabschnitt nicht nur einmalig, sondern bei prognostischer Betrachtung voraussichtlich mehrfach auftritt (vgl. Behrend in: jurisPK-SGB II, 5. Aufl. 2020, § 21 – juris Rn. 90). In Betracht kommt dies bei besonderen Augenerkrankungen (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen v. 12.06.2013 – [L 7 AS 138/13 B](#) – juris Rn. 6 ff.). Dass die Kosten für die Versorgung des Antragstellers mit einer Brille in einem Bewilligungsabschnitt von sechs bzw. zwölf Monaten regelmäßig anfallen, hat aber der Kläger weder behauptet und ist auch sonst nicht ersichtlich.

Einer analogen Anwendung des [§ 21 Abs. 6 SGB II](#) bedarf es nicht, weil der Gesetzgeber für die Schließung von Deckungslücken im Bereich einmaliger, nicht dauerhafter oder laufender Bedarfe ausdrücklich eine Lösung vorgesehen hat: nämlich die Gewährung eines Darlehens nach [§ 24 Abs. 1 SGB II](#) (vgl. BSG v. 23.06.2016 – [B 3 KR 21/15 R](#) – juris Rn. 33).

Auf ein nach [§ 24 Abs. 1 SGB II](#) mögliches Anschaffungsdarlehen, mit dem zwingend eine Reduzierung der Fürsorgeleistung um 10 Prozent durch Aufrechnung nach [§ 42a Abs. 2 S. 1](#) in Verbindung mit [§ 24 Abs. 1 SGB II](#) ab dem Folgemonat der Auszahlung verbunden ist, kann zwar nur verwiesen werden, wenn die Regelbedarfsleistung so hoch bemessen ist, dass entsprechende Spielräume für Rückzahlungen bestehen (BVerfG v. 23.07.2014 – [1 BvL 10/12](#), [1 BvL 12/12](#), [1 BvR 1691/13](#) – juris Rn. 116). Hiervon ist aber grundsätzlich auszugehen. Lediglich bei sehr hohen oder bei mehreren Darlehen, die eine Aufrechnung über einen sehr langen Zeitraum zur Folge haben, stellt sich die Frage, ab wann bei einer Aufrechnung in Höhe von 10 Prozent des Regelbedarfs das menschenwürdige Existenzminimum unterschritten wird (vgl. Bittner in: juris-PK-SGB II, 5. Aufl. 2020, § 42a Rn. 16 ff., 19 m.w.N.). So liegt der Fall hier nicht. Bei einem Darlehen für eine Brille in Höhe von 100,00 bis 200,00 Euro zur Abdeckung eines unabweisbaren Bedarfs im Sinne von [§ 24 Abs. 1 SGB II](#), d.h. im unteren Preissegment (vgl. LSG Baden-Württemberg v. 25.04.2008 – [L 7 AS 1477/08 ER-B](#) – juris Leitsatz Nr. 2, Rn. 6 m.w.N.), würde die monatliche Aufrechnung die verfügbaren Mittel nicht einmal für ein Jahr beschränken. Der Verweis auf ein Darlehen ist danach zulässig. Ein Darlehen wurde aber ausdrücklich nicht beantragt, so dass hierüber nicht zu entscheiden war.

Für eine zuschussweise Gewährung analog [§ 21 Abs. 6 SGB II](#) fehlt es mithin an einer planwidrigen Regelungslücke.

Die Gewährung eines Sonderbedarfs nach [§ 24 Abs. 3 Nr. 3 SGB II](#) kommt ebenfalls nicht in Betracht, weil es nicht um die Reparatur einer Brille, sondern eine Neuanschaffung geht (vgl. BSG v. 25.10.2017 – [B 14 AS 4/17 R](#) – juris Leitsatz und Rn. 12 ff.; LSG Hamburg v. 19.03.2015 – [L 4 AS 390/10](#) – juris Rn. 28 m.w.N.).

Es besteht auch kein Anspruch auf Kostenübernahme für die Anschaffung einer Gleitsichtbrille aus dem Vermittlungsbudget gemäß [§ 16 Abs. 1 SGB II](#) i.V.m. [§ 44 SGB III](#). Der Beklagte hat zu Recht die Erbringung von Leistungen nach [§ 16 Abs. 1 S. 2 SGB II](#) i.V.m. [§ 44 SGB III](#) abgelehnt. Die tatbestandlichen Voraussetzungen einer Förderung aus dem Vermittlungsbudget nach [§ 16 Abs. 1 S. 2 Nr. 2 SGB II](#) i.V.m. [§ 44 SGB III](#) liegen nicht vor. Hiernach können erwerbsfähige Empfänger von Leistungen nach dem SGB II bei der Anbahnung oder Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung aus dem Vermittlungsbudget der Agentur für Arbeit gefördert werden, wenn dies für die berufliche Eingliederung notwendig ist. Dies ist der Fall, wenn die Eingliederungsaussichten dadurch deutlich verbessert werden und ohne sie der gleiche Erfolg wahrscheinlich nicht eintreten würde. Die Förderung aus dem Vermittlungsbudget darf die anderen gesetzlichen Leistungen nach dem SGB II und SGB III nicht aufstocken, ersetzen oder umgehen, vgl. [§ 16 Abs. 2 S. 2 SGB II](#), [§ 44 Abs. 3 SGB III](#). Leistungsberechtigte sind verpflichtet, Sozialleistungen anderer Träger vorrangig in Anspruch zu nehmen und die dafür erforderlichen Anträge zu stellen, sofern dies zur Vermeidung, Beseitigung, Verkürzung oder Verminderung der Hilfebedürftigkeit erforderlich ist, vgl. [§§ 5 Abs. 1 S. 1](#), 12a S. 1, [16 Abs. 2 S. 1 SGB II](#), [§ 44 Abs. 3 S. 3 SGB III](#).

Eine Förderung aus dem Vermittlungsbudget durch eine Kostenübernahme für eine Gleitsichtbrille kommt vorliegend schon deshalb nicht in Betracht, weil eine "normale Gleitsichtbrille" – mangels Berufsbezogenheit – vorrangig dem Rechtskreis der gesetzlichen Krankenversicherung zuzurechnen ist (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen v. 22.11.2019 – [L 7 AS 1649/19 B](#) – juris Orientierungssätze Nr. 1 und 2 und Rn. 13 ff.; LSG Bayern v. 04.12.2017 – [L 11 AS 761/17 NZB](#) – juris Leitsatz, Rn. 10; SG Nürnberg v. 30.08.2017 – [S 22 AS 723/15](#) – juris Leitsatz, Rn. 23 ff.; LSG Nordrhein-Westfalen v. 16.12.2014 – [L 2 AS 407/14](#) – juris Orientierungssatz und Rn. 18). Die Kosten einer Krankenbehandlung sind bei gesetzlich krankenversicherten Grundsicherungsberechtigten entweder durch das System des Fünften Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (SGB V), oder (ergänzend) durch die Regelleistung nach dem SGB II abgedeckt (vgl. BSG v. 26.05.2011 – [B 14 AS 146/10 R](#) – juris Leitsatz und Rn. 23). Durch die Versicherung von Leistungsempfängern in der gesetzlichen Krankenversicherung ergibt sich grundsätzlich nicht gegen das Jobcenter, sondern gegen die Krankenkasse ein Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn diese notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern, der zudem auch die Versorgung mit notwendigen Hilfsmitteln wie Sehhilfen umfasst, vgl. [§ 27 SGB V](#). Vor diesem Hintergrund hat der Kläger auch keinen Erstattungsanspruch für eine augenärztliche Diagnostik in Höhe von 20,00 Euro nach dem SGB II. In [§ 33 Abs. 2 S. 2 SGB V](#) ist geregelt, unter welchen Voraussetzungen volljährige Versicherte gegen ihre gesetzliche Krankenkasse einen Anspruch auf die Versorgung mit Sehhilfen haben. Der Gesetzgeber gesteht zwar nur denjenigen Versicherten die Versorgung mit einer Sehhilfe zu, die auf beiden Augen an einer schweren Sehbeeinträchtigung leiden. Hintergrund dieses teilweisen Leistungsausschlusses war die Erwägung, dass die Versicherten, obwohl ein durchschnittlicher Betrag von rund 50,00 Euro eine medizinisch notwendige Versorgung mit einer Sehhilfe finanziell vollständig abdecke, im Durchschnitt bereit seien, darüber hinaus schätzungsweise 150,00 Euro für

medizinisch nicht notwendige Leistungen (z.B. Entspiegelung und/oder Tönung der Gläser) auszugeben und damit aus nicht medizinischen Gründen schätzungsweise 70 bis 80 % der Gesamtkosten einer Sehhilfenversorgung selbst tragen. Der Gesetzgeber nahm deshalb an, dass die Leistungsausgrenzung erwachsene Versicherte grundsätzlich finanziell nicht überfordere ([BT-Drs. 15/1525, S. 85](#)). Er hält es ausdrücklich für zumutbar, dass auch Empfänger von Leistungen nach dem SGB II die Kosten für Brillen (jedenfalls bis zur Belastungsgrenze) grundsätzlich aus dem Regelbedarf selbst bestreiten müssen ([BT-Drs. 17/1465, S. 8](#) f., vgl. auch LSG Bayern v. 29.11.2011 - [L 11 AS 888/11 B](#) - juris Rn. 8). Anderenfalls würden sie im Vergleich zu den anderen gesetzlich Versicherten bessergestellt. Das Bundessozialgericht hält den Leistungsausschluss für Sehhilfen im SGB V für verfassungskonform (vgl. BSG v. 23.06.2016 - [B 3 KR 21/15 R](#) - juris Rn. 30 ff.).

Da es sich bei der vom Kläger begehrten Brille um eine "normale" (regelmäßig weit überwiegend im Alltag benötigte) Gleitsichtbrille - und gerade nicht um eine spezielle Arbeitsplatz- oder Bildschirmbrille - handelt, ist die begehrte Versorgung vorrangig dem Rechtskreis des SGB V zuzurechnen (a.A. SG Frankfurt am Main v. 22.03.2016 - [S 19 AS 1417/13](#) - juris Rn. 13).

Aber auch eine Kostenerstattung für eine Arbeitsplatz- oder Bildschirmbrille käme im vorliegenden Fall nicht in Betracht. Die Förderung durch Übernahme der Kosten für eine Bildschirmarbeitsplatzbrille aus dem Vermittlungsbudget gemäß [§ 16 SGB II](#) i.V.m. [§ 44 SGB III](#) scheidet bei fehlender Konkretisierung auf einen bestimmten Arbeitsplatz aus, da es erforderlich ist, diese speziell auf den Abstand zwischen Monitor und Auge abzustimmen (vgl. BPUVZ 2013, 206). Zudem sind Arbeitgeber nach der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) verpflichtet, spezielle Sehhilfen zur Verfügung zu stellen bzw. die Kosten hierfür zu übernehmen, wenn das Ergebnis der Vorsorge ist, dass diese für die Arbeit an Bildschirmgeräten erforderlich sind. Die Förderung seitens des Beklagten zum Abbau von Vermittlungshindernissen käme somit nur dann in Betracht, wenn der Kläger eine spezielle Sehhilfe für die Arbeit an einem bestimmten Bildschirmarbeitsplatz benötigte und der Arbeitgeber vor der Einstellung die Anschaffung durch Dritte zur Voraussetzung machte. Hier aber hat der Kläger seinen Teilzeitarbeitsplatz als Wellnessmasseur seit dem 01.09.2017 inne, so dass diesbezüglich - wie der Beklagte zu Recht ausgeführt hat - keine Förderung in Betracht kommt. Dass der Kläger einen anderen bzw. weiteren Arbeitsplatz in Aussicht hat, wurde von diesem nicht vorgetragen.

Ob der Kläger dem in [§ 33 Abs. 2 S. 2 SGB V](#) geregelten, vom Bundessozialgericht noch für verfassungskonform angesehenen Leistungsausschluss unterliegt, ist nicht Gegenstand dieses Klageverfahrens und wäre ggf. in einem gesondert gegen die gesetzliche Krankenkasse anzustrebenden Verfahren zu klären. Es ist jedenfalls nicht Aufgabe des SGB II, für Bezieher von Arbeitslosengeld II den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung zu erweitern.

Damit sind schon die tatbestandlichen Voraussetzungen für eine Förderung aus dem Vermittlungsbudget nicht erfüllt, so dass es auf das Vorliegen möglicher Ermessensfehler ([§ 54 Abs. 2 S. 2 SGG](#), [§ 39 Abs. 1 S. 1](#) Erstes Buch Sozialgesetzbuch - Allgemeiner Teil - (SGB I) nicht mehr ankommt. Der Kläger hat die Anschaffung der Gleitsichtbrille aus dem Regelbedarf zu bestreiten - wie zuvor schon ausgeführt - bzw. kann bei fehlenden finanziellen Mitteln ein Darlehen nach [§ 24 Abs. 1 SGB II](#) beantragen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) und folgt dem Ausgang in der Sache.

Rechtskraft

Aus

Login

HAM

Saved

2020-06-24