

S 2 AS 498/15

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Kassel (HES)
Sachgebiet
Grundsicherung für Arbeitsuchende
Abteilung
2
1. Instanz
SG Kassel (HES)
Aktenzeichen
S 2 AS 498/15
Datum
08.08.2017
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 6 AS 565/17
Datum
10.07.2019
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 4 AS 81/20 R
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Klage wird abgewiesen.

Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten.

Die Berufung wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Berücksichtigung von Fahrtkosten zu Facharztterminen als Mehrbedarf nach dem Zweiten Buch des Sozialgesetzbuches (SGB II).

Der Kläger bezieht Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts von dem Beklagten. Der Beklagte bewilligte dem Kläger mit Bescheid vom 1. Februar 2015 Leistungen für den Zeitraum vom 1. Februar 2015 bis 31. Juli 2015. Er berücksichtigte einen Regelbedarf in Höhe von 399,00 Euro sowie Bedarfe für Unterkunft und Heizung in Höhe von 377,88 Euro.

Am 11. Juni 2015 stellte der Kläger einen Antrag auf Übernahme der Fahrtkosten zu ärztlichen Behandlungen in C-Stadt und Marburg. Er begehrte die Erstattung der bisher entstandenen Kosten und der weiter anfallenden Kosten.

Der Kläger nutzt für die Fahrt zu den Ärzten das Kraftfahrzeug seiner Mutter, das ihm zur Verfügung gestellt wird. Die Benzinkosten trug der Kläger selbst. Die Fahrten erfolgten vom Wohnort des Klägers nach C-Stadt und Marburg. Im April 2015 betragen die gefahrenen Kilometer insgesamt 210km, im Mai 2015 220km, im Juni 2015 86km und im Juli 2015 125km.

Der Beklagte lehnte mit Bescheid vom 29. Juli 2015 den Antrag auf Übernahme der Fahrtkosten zu den Arztterminen des Klägers ab. Die beantragte Sonderleistung sei durch den gewährten Regelbedarf abgedeckt und stelle keinen unabweisbaren Bedarf zur Sicherung des Lebensunterhalts dar. Eine Übernahme der Kosten sei nicht möglich. Die Entscheidung beruhe auf [§ 24 Abs. 1](#) i. V. m. [§ 20 SGB II](#). Für zusätzlich entstehende Fahrtkosten solle sich der Kläger an die Krankenkasse wenden.

Den Widerspruch des Klägers wies der Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 20. August 2015 zurück. Es liege auch kein Mehrbedarf im Sinne des [§ 21 Abs. 6 SGB II](#) vor.

Der Kläger hat durch seine Prozessbevollmächtigte am 21. September 2015 Klage erhoben. Der Kläger sei seit Februar 2015 arbeitsunfähig erkrankt und es seien regelmäßig Fahrten nach Marburg und C-Stadt erforderlich. Die Krankenkasse des Klägers habe mit Bescheid vom 8. August 2015 die Kostenübernahme für Fahrten zur ambulanten Behandlung abgelehnt. Dagegen sei kein Widerspruch eingelegt worden. Der Kläger müsse seinen behandelnden Arzt Dr. C. einmal monatlich in C-Stadt aufsuchen. Es handele sich um den nächstliegenden Facharzt. Seine Fachärztin Frau D. müsse er auch regelmäßig aufsuchen, was im Zusammenhang mit der Klinik in Marburg stattfindet. Zur genaueren Darstellung wird eine Übersicht der seit April 2015 erfolgten Arztfahrten vorgelegt. Die Kammer verweist diesbezüglich auf Bl. 30 der Gerichtsakte. Danach ist der Kläger im April 2015 204km, im Mai 2015 228km, im Juni 2015 128km und im Juli 2015 120km gefahren. Dies stelle eine übermäßige Belastung dar, die nicht vom Regelbedarf gedeckt sei. Die Krankenkasse habe nur Fahrten nach [§ 60 SGB V](#) zu übernehmen. Es sei nicht Aufgabe der Krankenkasse, Fahrten zu Ärzten zu bezahlen, die allein aufgrund von fehlender wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit nicht stattfinden könnten. Hierzu seien die Sozialleistungsträger mit der Aufgabe zur Sicherung des Existenzminimums beauftragt. Nichts Anderes ergebe sich auch aus der Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 12. Dezember 2013. Im Regelbedarf seien

22,78 Euro monatlich für Verkehr vorgesehen, der Kläger müsse nur aufgrund der Arztbesuche mehr Geld ausgeben. Es sei aber zu berücksichtigen, dass dieser Bedarf Verkehr auch weitere Fahrten (Einkaufsmarkt etc.) abdecken solle.

Der Kläger beantragt,
den Bescheid des Beklagten vom 29. Juli 2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20. August 2015 aufzuheben und den Beklagten zu verpflichten, seinen Bewilligungsbescheid vom 9. Februar 2015 teilweise zurückzunehmen und dem Kläger auf den Antrag vom 11. Juni 2015 Mehrbedarfe für Fahrtkosten zu Ärzten und Psychotherapeuten zu bewilligen.

Der Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Der Beklagte nimmt auf die Ausführungen in seinen Bescheiden Bezug.

Das Gericht hat bei den behandelnden Ärzten Dr. E., Herrn C. und Frau D. jeweils einen Befundbericht sowie einen Bericht bei der Universitätsmedizin Göttingen angefordert.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakte sowie die Verwaltungsakte verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Klage ist unbegründet.

Die Klage ist als kombinierte Anfechtungs-, Verpflichtungs- und Leistungsklage gemäß [§ 54 Abs. 1 und Abs. 4](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthaft. Sie ist auch form- und fristgerecht erhoben worden ([§§ 87,90 SGG](#)).

Bei den Regel- und Mehrbedarfen handelt es sich um miteinander verbundene Ansprüche, so dass die Mehrbedarfe auch prozessual keinen abtrennbaren Streitgegenstand darstellen können (BSG, Urteil vom 12. Juli 2012, Az.: [B 14 AS 153/11 R](#) - juris). Streitgegenstand ist nicht allein eine Leistung für einen Mehrbedarf, sondern vielmehr die Regelleistung für den streitgegenständlichen Zeitraum vom 01. Februar 2015 bis 31. Juli 2015 insgesamt. Der geltend gemachte Anspruch auf einen Mehrbedarf wegen eines unabweisbaren laufenden besonderen Bedarfs gemäß [§ 21 Abs. 6 SGB II](#) stellt keinen eigenständigen und von der Höhe der Regelleistung abtrennbaren Streitgegenstand dar (BSG, Urteil vom 3. März 2009, Az.: [B 4 AS 50/07 R](#) - juris; BSG, Urteil vom 12. Dezember 2013, Az.: [B 4 AS 6/13 R](#) - juris Rn. 11).

Der Beklagte hatte mit Bescheid vom 9. Februar 2015 für den streitgegenständlichen Zeitraum vom 1. Februar 2015 bis 31. Juli 2015 die Regelleistung bestandskräftig bewilligt und den die Regelleistung erhöhenden Mehrbedarf durch den vorliegenden streitbefangenen Bescheid vom 29. Juli 2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20. August 2015 abgelehnt.

Die Regelungen in diesen Bescheiden betreffend die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts können nicht rechtlich zulässig in unterschiedliche Streitgegenstände aufgespalten werden. Die Höhe der weiteren Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts ist unter jedem rechtlichen Gesichtspunkt zu überprüfen. Die Leistungen nach [§ 22 SGB II](#) stellen vorliegend einen zulässigen abtrennbaren Streitgegenstand dar, den die Kammer nicht überprüfen musste, da diese hier unzweifelhaft nicht im Streit standen (vgl. BSG, Urteil vom 07. November 2006, Az.: [B 7b AS 8/06 R](#) - juris). Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist der Antrag im SGB II jeweils so auszulegen, dass das Begehren des Antragstellers möglichst weitgehend zum Tragen kommt. Als beantragt sind alle Leistungen anzusehen, die ernsthaft in Betracht kommen. Das sind bei einem Antrag auf Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts regelmäßig alle im 1. und 2. Unterabschnitt des 2. Abschnitts des 3. Kapitels SGB II genannten Leistungen. Mit dem Antrag wird damit ein Hilfebedarf geltend gemacht, der alle Leistungen umfasst, die der Sicherung des Lebensunterhalts dienen. Auch bei Mehrbedarfen handelt es sich um Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts. Diese Leistung muss daher nicht gesondert beantragt werden. Ein solches Erfordernis lässt sich jedenfalls [§ 37 SGB II](#) nicht entnehmen. Daher stellt sich der vorliegende Antrag der Kläger bei dem Beklagten als Antrag nach [§ 44 ff. SGB X](#) i. V. m. [§ 40 Abs. 1 SGB II](#) auf Überprüfung der Höhe der Bedarfe zur Sicherung des Lebensunterhalts dar (vgl. BSG, Urteil vom 06. Mai 2010, B [4 AS 3/09 R](#) - juris Rn. 14, 16; LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 19. März 2015, Az.: [L 6 AS 1926/14](#) - juris Rn. 16).

Die späteren Zeiträume ab dem 1. August 2015 sind nicht Gegenstand des vorliegenden Klageverfahrens, da insoweit die jeweiligen Bewilligungsbescheide gesondert angegriffen werden müssen.

Die Kammer hat von einer Beiladung der zuständigen Krankenversicherung des Klägers abgesehen, da diese bereits mit bestandskräftigen Bescheid vom 8. August 2015 die Kostenübernahme abgelehnt hat, so dass aus einer Beiladung gemäß [§ 75 Abs. 1, Abs. 2 SGG](#) der Kläger aufgrund der eingetretenen Bestandskraft des Bescheides der Krankenversicherung ([§ 77 SGG](#)) im Gerichtsverfahren keinen Anspruch gegenüber der Krankenkasse als ggf. leistungsberechtigten Träger durchsetzen könnte (B. Schmidt in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, 12. Auflage 2017, § 75 Rn. 18b).

Der Bescheid des Beklagten 9. Februar 2015 in der Gestalt des Bescheides vom 29. Juli 2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20. August 2015 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat keinen weiteren Anspruch auf Übernahme von Fahrtkosten zu den stattgefundenen Arztbesuchen, die Voraussetzungen eines Mehrbedarfs liegen nicht vor.

Gemäß [§ 21 Abs. 6 SGB II](#) (in der Fassung vom 13. Mai 2011) wird bei Leistungsberechtigten ein Mehrbedarf anerkannt, soweit im Einzelfall ein unabweisbarer, laufender, nicht nur einmaliger besonderer Bedarf besteht.

Für die Gewährung eines Mehrbedarfes ist erforderlich, dass es sich um einen laufenden, nicht nur einmaligen Bedarf handelt. Insoweit sieht das Gesetz eine Abgrenzung zur Darlehensgewährung nach [§ 24 SGB II](#) vor. Einmalig auftretende Bedarfe sollen entweder aus dem Ansparbetrag des [§ 20 Abs. 1 S. 4 SGB II](#) finanziert werden oder (sofern nicht vorhanden) durch ein Darlehen nach [§ 24 Abs. 1 SGB II](#). Da [§ 21 Abs. 6 SGB II](#) und die Darlehensregelung des [§ 24 Abs. 1 SGB II](#) in ihrer Gesamtschau sicherstellen müssen, dass kein atypischer oder besonderer Bedarf ungedeckt bleibt, dient das Tatbestandsmerkmal des "laufenden Bedarfs" der Abgrenzung zum einmaligen Bedarf und ist

weit auszulegen (Behrend in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB II, 4. Auflage 2015, § 21, Rn. 82). Für einen laufenden Bedarf ist zumindest erforderlich, dass er absehbar wiederholt auftritt. Dabei ist es unerheblich, ob der Bedarf regelmäßig oder unregelmäßig auftritt. In welchen Zeitabständen der Bedarf auftreten muss, ist sowohl in der sozialgerichtlichen Rechtsprechung als auch in der Kommentarliteratur unterschiedlich bewertet worden. Die Auffassung die den Zeitraum am weitesten fasst, sieht es als nicht erforderlich an, dass der Bedarf im Bewilligungszeitraum mehrmals auftritt (von Boetticher in: LPK-SGB II, 6. Auflage 2017, § 21 Rn. 42, a.A. LSG NRW, Urteil vom 09. August 2012, Az.: [L 6 AS 139/12](#) m.w.N.: Mehrbedarf muss regelmäßig und in kürzeren Abständen entstehen bzw. bestehen). Erforderlich sei nur, dass davon auszugehen ist, dass er mehr als einmal wiederholt in einem Zeitpunkt der Beurteilung her abschätzbaren Zeitraum (ca. ein bis zwei Jahre) (von Boetticher in: LPK-SGB II, 6. Auflage 2017, § 21 Rn. 42). Demgegenüber wird teilweise für einen laufenden Bedarf verlangt, dass er innerhalb von sechs Monaten nicht nur einmalig, sondern mehrfach auftritt. Ein regelmäßig wiederkehrender Bedarf kann auch vorliegen, wenn er prognostisch zumindest im nächsten Bewilligungsabschnitt wieder entsteht (Knickrehm/Hahn in: Eicher, SGB II, 3. Auflage 2013, § 21 Rn. 68). Bei dem Kläger liegt ein laufender Bedarf vor, da er mehrfach im Monat und dementsprechend auch im Bewilligungsabschnitt seine Ärzte aufsucht. Als Grundlage für den Bedarf kommt daher wenn überhaupt - [§ 21 Abs. 6 SGB II](#) in Betracht und nicht [§ 24 SGB II](#), da [§ 24 SGB II](#) in der Regel auf einmalige Bedarfslagen ausgerichtet ist.

Der Bedarf des Klägers ist jedoch nicht unabweisbar im Sinne des [§ 21 Abs. 6 SGB II](#).

Nach [§ 21 Abs. 6 S. 2 SGB II](#) ist der Mehrbedarf unabweisbar, wenn er insbesondere nicht durch die Zuwendungen Dritter sowie unter Berücksichtigung von Einsparmöglichkeiten der Leistungsberechtigten gedeckt ist und seiner Höhe nach erheblich von einem durchschnittlichen Bedarf abweicht. Bei der Unabweisbarkeit handelt es sich um einen unbestimmten Rechtsbegriff. Es handelt sich um einen unaufschiebbaren Bedarf, dessen Deckung erforderlich ist, um im konkreten Einzelfall das menschenwürdige, soziokulturelle Existenzminimum sicherzustellen. [§ 21 Abs. 6 SGB II](#) wird auch als "Härtefallregelung" bezeichnet. Mit der Einfügung ist der Gesetzgeber dem Regelungsauftrag des Bundesverfassungsgerichts in seinem Urteil vom 9. Februar 2010 (Az.: [1 BvL 1/09](#), [1 BvL 3/09](#) und [1 BvL 4/09](#) - [BVerfGE 125, 175](#)) nachgekommen. Der Gesetzgeber hat danach nicht nur die Regelleistungen in realitätsgerechter und folgerichtiger Weise neu zu berechnen. Er war vielmehr auch verpflichtet, einen Anspruch auf Leistungen zur Sicherung eines unabweisbaren, laufenden, nicht nur einmaligen besonderen Bedarfs vorzusehen (Gagel/Düring, SGB II, Stand 66. Ergänzungslieferung (Juni 2017), § 21 Rn. 42, beck-online). Das sozialrechtlich zu gewährende menschenwürdige Existenzminimum aus [Art. 1 Abs. 1 GG](#) i. V. m. [Art. 20 Abs. 1 GG](#) umfasst auch die Sicherstellung einer ausreichenden medizinischen Versorgung (BVerfG, Urteil vom 9. Februar 2010, Az.: [1 BvL 1/09](#) = [BVerfGE 125, 175](#) ff, 223; BSG, Urteil vom 22. April 2008, Az.: [B 1 KR 10/07 R](#) - juris; BSG, Urteil vom 18. Januar 2011, Az.: [B 4 AS 108/10 R](#) - juris; BSG, Urteil vom 26. Mai 2011, Az.: [B 14 AS 146/10 R](#) - juris Rn. 23). Das Bundessozialgericht hat - bezogen auf die Versorgung mit Arzneimitteln - entschieden, dass der Anspruch auf Existenzsicherung in erster Linie hinsichtlich gesundheitlicher Kosten durch die Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung abgedeckt werde, deren Beiträge der Träger der Grundsicherung zahlt und der Bund trägt (vgl. BSG, Urteil vom 26. Mai 2011, Az.: [B 14 AS 146/10 R](#) - juris Rn. 22 ff.). Damit ist ohne weitere Ermittlungen seitens der Träger der Grundsicherung davon auszugehen, dass grundrechtsrelevante Beeinträchtigungen durch eine nicht ausreichende Krankenbehandlung, die durch ergänzende Leistungen der Grundsicherung abzuwenden wären, ausscheiden (vgl. BSG, Urteil vom 26. Mai 2011, Az.: [B 14 AS 146/10 R](#) - juris Rn. 24). Gesetzliche oder auf Gesetz beruhende Leistungsausschlüsse und Leistungsbegrenzungen nach dem SGB V und damit insbesondere die Frage, ob sich [§ 34 Abs. 1 SGB V](#) im Einzelnen als verfassungsgemäß darstellt, könnten nur innerhalb dieses Leistungssystems daraufhin überprüft werden, ob sie im Rahmen des [Art. 2 Abs. 1 GG](#) gerechtfertigt seien. Die Frage, ob die Kosten für Arzneimittel als Teil einer Krankenbehandlung übernommen werden, müsse der Hilfebedürftige gegenüber seiner Krankenkasse klären (vgl. BSG, Urteil vom 26. Mai 2011, Az.: [B 14 AS 146/10 R](#) - juris Rn. 24). Eine vergleichbare Fallgestaltung liegt nach der Auffassung der Kammer für den Fall des Klägers im Hinblick auf die Fahrtkosten vor. Unter bestimmten Voraussetzungen besteht auch gegen die Krankenversicherung auf der Grundlage des [§ 60](#) Fünftes Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V) ein Anspruch auf Übernahme vom Fahrtkosten, wenn dadurch eine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt werden kann. Die zuständige Krankenversicherung des Klägers hat bestandskräftig die Übernahme von Fahrtkosten abgelehnt. Für die Kammer sind auch keine offensichtlichen Anhaltspunkte erkennbar, dass die Ablehnung der Krankenkasse rechtswidrig gewesen wäre nach [§ 60 SGB V](#). Überträgt man die Ausführungen des Bundessozialgerichts in seiner Entscheidung vom 26. Mai 2011 auf die Frage der Fahrtkostenübernahme im SGB II, so spricht dies zunächst dafür, dass Aufwendungen für Fahrten zu ambulanten Behandlungen, die nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden, auch nicht vom Grundsicherungsträger zu erstatten sind (vgl. zur fehlenden Rechtsgrundlage im SGB II: LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss vom 29. November 2011, [L 7 AS 1442/10](#) - juris; Sächs. LSG, Beschluss vom 25. September 2013, Az.: [L 7 AS 83/12 NZB](#) - juris Rn. 21). In einer Entscheidung vom 12. Dezember 2013 (Az.: [B 4 AS 6/13 R](#)) führte das Bundessozialgericht aus, dass ein Anspruch auf Mehrbedarf grundsätzlich nur dann entstehen kann, wenn Aufwendungen für eine medizinisch notwendige Behandlung aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen sind. Die einzelnen Voraussetzungen diesbezüglich sind noch nicht abschließend geklärt. Eine mögliche Tragung der Fahrtkosten durch den Grundsicherungsträger ist jedenfalls in jüngeren Entscheidungen des zuständigen Senats des Bundessozialgerichts für Streitigkeiten aus dem Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung nicht ausgeschlossen worden (siehe BSG, Urteil vom 13. Dezember 2016, Az.: [B 1 KR 2/16 R](#); BSG, Beschluss vom 8. März 2016, Az.: [B 1 KR 99/15 B](#) - juris Rn. 7 ff.).

Für einen unabweisbaren Bedarf kann sprechen, dass die wegen der Erkrankung geltend gemachten Kosten, über das hinausgehen, was für die übrigen Kosten für Gesundheitspflege und hier für Verkehr vorgesehen ist und wenn die Krankenversicherung die Kosten für die medizinische Behandlung trägt. Die Kammer sieht vorliegend keine Kostenerstattung durch den Beklagten, da der Bedarf nicht unabweisbar ist. Nach [§ 21 Abs. 6 S. 2 SGB II](#) ist der Mehrbedarf unabweisbar, wenn er insbesondere nicht durch die Zuwendungen Dritter sowie unter Berücksichtigung von Einsparmöglichkeiten der Leistungsberechtigten gedeckt ist und seiner Höhe nach erheblich von einem durchschnittlichen Bedarf abweicht. Die Berücksichtigung von Einsparmöglichkeiten lässt Rückschlüsse auf das Merkmal der Erheblichkeit der Abweichung vom durchschnittlichen Bedarf zu (Gagel/Düring, SGB II, Stand 66. Ergänzungslieferung (Juni 2017), § 21 Rn. 5, beck-online). Die Kammer berücksichtigt, die vom Kläger übersandte Auflistung der erfolgten Fahrten im streitgegenständlichen Zeitraum (Bl. 30 der Gerichtsakte). Es ergeben sich daraus insgesamt 641 gefahrene Kilometer für den Zeitraum von April 2015 bis einschließlich Juli 2015. Ein besonderer unabweisbarer Bedarf kann gemäß [§ 21 Abs. 6 SGB II](#) jedenfalls nur entstehen, soweit der im Regelsatz pauschal veranschlagte Anteil übertroffen wird (von Boetticher in: LPK-SGB II, 6. Auflage 2017, § 21 Rn. 39 m.w.N.). Dabei ist die Kammer der Ansicht, dass neben dem Regelbedarfsanteil für Gesundheitspflege auch der Regelbedarfsanteil für Verkehr durchaus grundsätzlich einzusetzen ist, da in dieser Höhe eben kein unabweisbarer Bedarf gegeben ist. Zwar ist der Regelsatz gemäß [§ 20 Abs. 1 S. 4 SGB II](#) eigenverantwortlich individuell einzusetzen und die Leistungsbezieher sind insoweit frei aber auch gehalten, je nach individuellem Bedarf innerhalb des Regelsatzes Ausgabenpositionen zu verschieben (vgl. SG Dresden, Urteil vom 12. Dezember 2016, Az.: [S 3 AS 5728/14](#) - juris Rn. 57). Dies

ist bis zu einem gewissen Grad möglich. Vorliegend werden die entstehenden Kosten bereits durch die Anteile für Gesundheitspflege und Verkehr erfasst. § 5 Abs. 1 des Regelbedarfs-Ermittlungsgesetzes (RBEG) enthält für die Zeit ab dem 1. Januar 2011 als regelbedarfsrelevante Verbrauchsausgaben für Gesundheitspflege einen Betrag von 15,55 Euro und für Verkehr einen Betrag von 22,78 Euro. Unter Berücksichtigung der Fortschreibung der Regelbedarfe bestehen ab dem 1. Januar 2015 folgende Regelbedarfsanteile für einen Ein-Personen-Haushalt: für Gesundheitspflege 17,15 Euro und für Verkehr 25,12 Euro. Legt bei dem Kläger die selbst ermittelte Fahrtstrecke von insgesamt 641 Kilometern zugrunde ergibt sich unter Berücksichtigung des § 5 Abs. 1 Bundesreisekostengesetzes kein unabweisbarer Bedarf nach der Überzeugung des Gerichts, wenn man eine Pauschale von 0,20 Euro pro gefahrenen Kilometer berücksichtigt (für die Anwendung des § 5 Bundesreisekostengesetz im Zusammenhang mit geltend gemachten Fahrtkosten im SGB II siehe auch BSG, Urteil vom 4. Juni 2014, Az.: [B 14 AS 30/13 R](#) - juris Rn. 28 f.). Es errechnet sich für den streitgegenständlichen Zeitraum ein Betrag von insgesamt 128,20 Euro. Wenn dieser Betrag auf den Bewilligungsabschnitt von sechs Monaten aufgeteilt wird, fallen monatlich durchschnittlich 21,37 Euro Fahrtkosten an. Für Gesundheitspflege und Verkehr sind als Anteil im Regelbedarf insgesamt 42,27 Euro monatlich berücksichtigt. Da dieser Betrag nicht erreicht bzw. überschritten wird, sieht das Gericht keinen unabweisbaren Bedarf, der eine Fahrkostenerstattung nach § 21 Abs. 6 SGB II oder auf einer anderen Grundlage des SGB II begründet.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Die Kammer hat die Berufung gemäß [§ 144 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#) zugelassen. Nach Auffassung der Kammer hat die Frage, ob für Fahrtkosten zu einer regelmäßigen ambulanten Therapie ein Anspruch auf Mehrbedarf gemäß [§ 21 Abs. 6 SGB II](#) grundsätzlich neben den Leistungen des SGB V ausgeschlossen ist oder daneben denkbar ist und in welchem Umfang, grundsätzliche Bedeutung und die Frage ist für die Kammer - soweit ersichtlich - noch nicht höchstrichterlich geklärt.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2021-01-08