L 5 AS 129/11 B ER

Land
Sachsen-Anhalt
Sozialgericht
LSG Sachsen-Anhalt
Sachgebiet
Grundsicherung für Arbeitsuchende
Abteilung
5
1. Instanz
SG Magdeburg (SAN)
Aktenzeichen
S 23 AS 368/11 ER
Datum
22.03.2011
2. Instanz
LSG Sachsen-Anhalt
Aktenzeichen
L 5 AS 129/11 B ER
Datum
23.06.2011
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Beschluss
Die Beschwerde wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Der Antrag auf Bewilligung von Prozesskostenhilfe für das Beschwerdeverfahren wird abgelehnt.

Gründe:

I.

Die Antragsteller und Beschwerdeführer wenden sich gegen einen Beschluss des Sozialgerichts Magdeburg (SG), das ihren Antrag auf vorläufige Bewilligung von weiteren Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) ab dem 1. Februar 2011 iHv mindestens 247,60 EUR monatlich abgelehnt hat, und begehren im Beschwerdeverfahren noch Leistungen iHv 174,62 EUR monatlich.

Die Antragsteller stehen seit ihrem Zuzug aus Havelberg im Jahr 2007 bei dem Antragsgegner im laufenden Bezug von SGB II-Leistungen. Der Antragsteller zu 1 und die Antragstellerin zu 2 führen eine nichteheliche Lebensgemeinschaft und bilden mit ihren drei gemeinsamen minderjährigen Kindern, den Antragstellern zu 3 bis 5, eine Bedarfsgemeinschaft. Mit im Haushalt lebt noch die am 8. Juni 200 geborene Tochter der Antragstellerin zu 2, Sophie Schulze, die ihren Lebensunterhalt aus Unterhaltsleistungen iHv 231,00 EUR und Kindergeld iHv 184,00 EUR monatlich sicherstellt.

Die Familie bewohnt eine 90 m² große Wohnung, für die sie nach der ab dem 1. Januar 2008 gültigen Änderung des Mietvertrags eine Gesamtmiete von 579,50 EUR zu zahlen hat (Kaltmiete: 315,00 EUR und Vorauszahlungen auf die Betriebskosten: Wasserversorgung 60,00 EUR, Heizung 130,00 EUR, Warmwasser/Boiler 14,50 EUR und laufende öffentliche Abgaben 60,00 EUR).

Auf den Fortzahlungsantrag bewilligte der Antragsgegner mit Bescheid vom 13. Januar 2011 für den Zeitraum vom 1. Februar bis zum 31. Juli 2011 monatliche Gesamtleistungen iHv 1.087,00 EUR. Er ging dabei für die Antragsteller zu 1 und zu 2 von Regelleistungen iHv je 323,00 EUR und für die Antragsteller zu 3 bis 5 von Sozialgeld iHv je 215,00 EUR aus. Als Kosten der Unterkunft (KdU) legte er eine Gesamtmiete von 519,00 EUR zugrunde (Kaltmiete 315,00 EUR, Betriebskosten 105,00 EUR, Heizkosten 99,00 EUR) und zog 1/6 (= 86,50 EUR) als KdU-Anteil für Sophie ab. Auf den Bedarf der Antragsteller zu 3 bis 5 rechnete er das von ihnen bezogene Kindergeld (iHv 184,00 EUR für die Antragstellerin zu 3, 190,00 EUR für den Antragsteller zu 4 und 215,00 EUR für den Antragsteller zu 5) an. Der den Bedarf von Sophie übersteigenden Betrag von 77,50 EUR rechnete er nach Bereinigung um die Versicherungspauschale iHv 30,00 EUR als Einkommen der Bedarfsgemeinschaft an und gelangte so zu Einzelansprüchen iHv 392,36 EUR für den Antragsteller zu 1, 392,35 EUR für die ntragstellerin zu 2, 112,58 EUR für die Antragstellerin zu 3, 106,83 EUR für den Antragsteller zu 4 und 82,88 EUR für den Antragsteller zu 5, insgesamt 1.087,00 EUR.

Dagegen haben die Antragsteller am 8. Februar 2011 Widerspruch eingelegt und gleichzeitig einen Antrag auf Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes bei dem SG gestellt. Zur Begründung haben sie ausgeführt, es seien 60,50 EUR an KdU zu wenig berücksichtigt worden. Da die Kinder eigene Versicherungen unterhielten, müsse von ihrem Kindergeldeinkommen jeweils die Versicherungspauschale iHv 30,00 EUR abgezogen werden. Nach den Versicherungsscheinen der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. vom 26. August 2010 ist seit dem 1. September 2010 für die Antragsteller zu 3 bis 5 jeweils eine Versicherung in den Tarifen "H/25,00" und "clinic+" abgeschlossen, für

die ein monatlicher Gesamtbeitrag p.P. iHv 5,02 EUR zu zahlen ist. Für Sophie Schulz ist zusätzlich noch der Tarif "med 50" vereinbart, für den monatlich weitere 2,31 EUR zu zahlen sind. Dazu haben sie ausgeführt, es handele sich um eine spezielle Zusatzversicherung für minderjährige Kinder auf Leistungen, die durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) nicht abgedeckt seien. Der Tarif "clinic+" decke Kosten von bis zu 26,00 EUR/Tag für die Übernachtung einer Begleitperson bei einem stationären Aufenthalt von Kindern bis zur Vollendung des 10. Lebensjahres, in Form des sog. Rooming-in, ab. Aus einem weiteren Versicherungsschein der Baden-Badener Versicherung AG ergibt sich ein vom dem Antragsteller zu 1 als Versicherungsnehmer monatlich zu zahlender Beitr ag iHv 30,80 EUR für eine "Privatschutz-Police". Damit sind die Familienmitglieder u.a. im Wege einer Unfallversicherung gegen Invalidität versichert. Weiter sind eine Krankenhaustagegeldversicherung iHv 20,00 EUR/Tag, eine Auslandskrankenversicherung mit Rückholkosten, eine Versicherung für kosmetische Operationen iHv bis zu 5.000,00 EUR bzw. 10.000,00 EUR, Bergungskosten iHv bis zu 20.000,00 EUR und eine Kurkostenbeihilfe iHv bis zu 3.000,00 EUR enthalten. Der Versicherungsschein weist folgende Einzelbeiträge für die Familienmitglieder aus: Antragsteller zu 1: 8,16 EUR, Antragstellerin zu 2: 7,42 EUR, Antragstellerin zu 3: 7,61 EUR, Antragsteller zu 4: 0,00 EUR und Antragsteller zu 5: 0,00 EUR.

Weiter seien an Mehrbedarf für Ernährung insgesamt 67,10 EUR zu bewilligen, da der Antragsteller zu 1 an Hyperlipidämie und der Antragsteller zu 4 an Neurodermitis litten. Dass der Mehrbedarf bestehe, könne – auf Aufforderung durch den Antragsgegner, der dann auch für die Kosten aufzukommen habe – durch Vorlage von ärztlichen Bescheinigungen nachgewiesen werden. Die Empfehlungen des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V. aus dem Jahr 2008 (EDV 2008) stellten weder rechtlich noch tatsächlich eine geeignete Entscheidungsgrundlage iSv § 21 Abs. 5 SGB II dar. Sie berücksichtigten nicht, dass nicht alle billigen Lebensmittel für eine Vollkost-Diät geeignet seien. Zudem seien die EDV 2008 nicht mehr aktuell. Im Übrigen seien bei der Angabe von Verbrauchsmengen die üblichen Packungsgrößen und damit der Verlust durch das Verderben überflüssiger Gebindeteile nicht berücksichtigt. Lege man die im Handel üblichen Verkaufsmengen zugrunde, ergäben sich deutlich höhere Ausgaben für eine vollwertige Ernährung. Weiter haben die Antragsteller ärztliche Bescheinigungen vorgelegt: Dr. med. Klunker, Facharzt für Innere Medizin/Hausarzt, hat dem Antragsteller zu 1 am 17. Februar 2011 die Erkrankung "Adipositas permagna (183 cm, 168 kg &8793; BMI 50!); kalorienred. Kost" bescheinigt. Als Kostform ist "Reduktionskost" angegeben. Dr. med. Schreiber, Fachärztin für Kinderheilkunde, bescheinigt der Antragstellerin zu 3 am 16. Februar 2011 die Erkrankung Neurodermitis. Zur derzeitigen Therapie ist angegeben: "rückfettende Externa, bei Schub Kortison lokal". Eine kostenaufwändige Ernährung sei wegen der Erkrankung erforderlich und erfolge. Krankenkost sei jedoch nicht verordnet, auch sei der Patient über Art und Zweck der Krankenkost nicht beraten worden, es liege kein Ernährungsplan vor. Es sei "allergenarme Kost" erforderlich. Dieselbe Ärztin hat auch für den Antragsteller zu 4 die Erkrankung Neurodermitis und die Notwendigkeit einer allergenarmen Kost bescheinigt. Mit zwei weiteren Bescheinigungen vom 16. März 2010 hatte die Kinderärztin den Antragstellern zu 3 und 4 bestätigt, dass bei Verwendung der "Pflegecreme Neribas" zur täglichen Hautpflege eine Verbesserung der Beschwerden zu verzeichnen sei. Die Kosten beliefen sich auf ca. 20,00 EUR und würden nicht von der GKV übernommen. Dazu haben die Antragsteller angemerkt, aufgrund der nun vorliegenden ärztlichen Bescheinigungen müssten Mehrbedarfsleistungen auf der Grundlage der Empfehlungen des Deutschen Vereins aus dem Jahr 1997 erbracht werden. Eine Verweisung auf das Hauptsacheverfahren sei unzumutbar.

Mit Bescheid vom 14. März 2011 hat der Antragsgegner seinen Bewilligungsbescheid vom 13. Januar 2011 geändert und nunmehr im gesamten Bewilligungszeitraum monatliche Gesamtleistungen iHv 1.133,50 EUR bewilligt. Vorläufig und unter dem Vorbehalt der Rückforderung würden KdU iHv 555,50 EUR anerkannt. Es seien unverzüglich die Nebenkostenabrechnungen für die Jahre 2008, 2009 und – soweit vorhanden – 2010 zur Prüfung vorzulegen. Zudem hat der Antragsgegner nunmehr monatliche Regelleistungen iHv 328,00 EUR für die Antragsteller zu 1 und 2 berücksichtigt.

Mit Beschluss vom 22. März 2011 hat das SG den Antrag abgelehnt und zur Begründung ausgeführt, ein Anspruch auf Mehrbedarf der Antragsteller zu 1, 3 und 4 nach § 21 Abs. 5 SGB II sei nicht glaubhaft gemacht. Für das Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes werde auf die EDV 2008 als Orientierungshilfe zurückgegriffen. Der Kritik der Antragsteller zu den Verpackungsgrößen und dem Verderb von Lebensmitteln sei nicht zu folgen, da ein Kühlschrank zur Verfügung stehe und gerade Obst und Gemüse nicht zu den leicht verderblichen Lebensmitteln gehörten. Der Erkrankung des Antragstellers zu 1 sei mit Reduktionskost zu begegnen. Sie sei keine verzehrende Erkrankung, für die ein Mehrbedarf zu gewähren sei. Er habe keine Angaben dazu gemacht, weshalb die Reduktionskost in seinem Fall zu einem Mehrbedarf führe. Die bei den Antragstellern zu 3 und 4 diagnostizierte Neurodermitis führe nach den EDV 2008 ebenfalls nicht zu einem ernährungsbedingten Mehrbedarf. Auch sie hätten keine Besonderheiten ihrer Erkrankung und der dafür erforderlichen Kostform vorgetragen. Weiterhin sei auch ein Anspruch auf Leistungen nach § 21 Abs. 6 SGB II der Antragsteller zu 3 und 4 nicht glaubhaft gemacht. Die Bescheinigung der Kinderärztin zu den Kosten der Pflegecreme sei nicht geeignet, einen unabweisbaren laufenden, nicht nur einmaligen Bedarf glaubhaft zu machen. Es sei weder vorgetragen, dass die Creme nach ärztlicher Anweisung verwandt werde, noch lägen Rechnungen über deren Kauf vor. Entgegen der Auffassung der Antragsteller sei vom anrechenbaren Kindergeld der Antragsteller zu 3 bis 5 kein Abzug iHv 30,00 EUR gemäß § 11 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB II a.F. iVm § 6 Abs. 1 Nr. 2 Arbeitslosengeld II/Sozialgeld-Verordnung (Alg II-V) vorzunehmen. Versicherungsnehmer der Krankenzusatzversicherung sei die Antragstellerin zu 2. Die stationäre Zusatzversicherung sei voraussichtlich unangemessen, denn es sei davon auszugehen, dass die Leistungen der GKV regelmäßig bedarfsdeckend seien. Besondere Umstände des Einzelfalls, die eine besondere Absicherung geboten erscheinen ließen, seien nicht vorgetragen. Die Unfallversicherung sei eine Familienversicherung, die der Antragsteller zu 1 als Versicherungsnehmer für alle Antragsteller abgeschlossen habe. In ihr seien die Antragsteller zu 4 und 5 beitragsfrei mitversichert, sodass für sie kein Abzug in Betracht komme. Zwar sei für die Antragstellerin zu 3 ein monatlicher Beitrag von 7,61 EUR ausgewiesen. Insoweit könne ein Anordnungsanspruch jedoch dahinstehen, denn es bestehe jedenfalls kein Anordnungsgrund, da der Beitrag weniger als fünf Prozent der Regelleistung der Antragstellerin zu 3 ausmache. Eine existentielle Notlage bestehe auch im Hinblick auf die geltend gemachten weiteren KdU-Leistungen angesichts der Geringfügigkeit des Differenzbetrags zwischen den tatsächlichen Kosten und den gewährten Leistungen nicht mehr.

Gegen den Beschluss haben die Antragsteller am 23. März 2011 Beschwerde eingelegt und die Bewilligung von Prozesskostenhilfe (PKH) für das Beschwerdeverfahren beantragt. Sie begehren nunmehr noch weitere Leistungen iHv 174,62 EUR monatlich. Es bestehe noch eine Differenz von 24,00 EUR monatlich bei den KdU. Da im Versicherungsschein der Unfallversicherung eigene Beiträge der Antragstellerin zu 3 ausgewiesen seien, müsse die Pauschale in voller Höhe berücksichtigt werden. Es sei rechtlich nicht haltbar, wenn das SG von einem streitigen Betrag von 7,81 EUR ausgehe. Da der Verordnungsgeber den Betrag auf 30,00 EUR pauschaliert habe, bestehe ein Anspruch auf Abzug genau dieses Betrags. Zwar sei gemäß § 11 Abs. 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) bei stationärer Behandlung die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Versicherten abgedeckt, jedoch ermögliche diese die Mitaufnahme eines Elternteils nicht in jedem Fall. Zum geltend gemachten Ernährungsmehrbedarf sei beim

Bundessozialgericht (BSG) eine Revision dazu anhängig, ob die EDV 2008 als antizipiertes Sachverständigengutachten zu bewerten seien. Solange dies nicht geklärt sei, müsse jedenfalls den Antragstellern zu 3 und 4 ein Mehrbedarf auf Grundlage der Empfehlungen aus dem Jahr 1997 – ggf. als Darlehen – gewährt werden.

Mit Schreiben vom 6. April 2011 hat die Berichterstatterin die Antragsteller gebeten, substantiiert darzulegen und zu belegen, in welcher Höhe den Antragstellern zu 3 und 4 seit November 2010 Kosten für den Erwerb der Pflegecreme entstanden seien. Weiter sei darzulegen, mit welchen konkreten Aufwendungen die Einhaltung der gebotenen Kostform für die Antragsteller zu 1 bzw. 3 und 4 verbunden sei.

Dazu haben die Antragsteller unter dem 28. April 2011 ausgeführt, es sei ihnen im Rahmen des Verfahrens des einstweiligen Rechtsschutzes nicht möglich, darzulegen, welche Aufwendungen sie für die kostenaufwendige Ernährung hätten. Dies könne erst im Hauptsacheverfahren erfolgen. Es sei dann ein Sachverständigengutachten einzuholen. Bis zur Klärung müssten Mehrbedarfsleistungen erbracht werden.

Auf weiteren Hinweis der Berichterstatterin mit Schreiben vom 13. Mai 2011, der Senat sehe derzeit keinen Grund für die Einholung eines Befundberichts der Kinderärztin, da die Gelegenheit zum weiteren Vortrag und zur Vorlage von Belegen nicht genutzt worden sei, haben die Antragsteller unter dem 19. Mai 2011 ausgeführt, sie hielten das Ansinnen des Senats für nicht praktikabel. Selbst wenn sie nachweisen könnten, welche Kosten sie tatsächlich für ihre Ernährung hätten, sei damit kein Erkenntnisgewinn für das Verfahren verbunden, da die Bezugsgröße fehle. Soweit der Senat im einstweiligen Rechtsschutzverfahren die Einholung eines Sachverständigengutachtens nicht beabsichtige, müsse die geltend gemachte Mehrbedarfsleistung im Wege der Folgenabwägung gewährt werden. Hinsichtlich des Abzugs der Versicherungspauschale vom Einkommen der Kinder sei die Rechtslage eindeutig.

Die Antragsteller beantragen,

den Beschluss des Sozialgerichts Magdeburg vom 22. März 2011 aufzuheben und den Antragsgegner im Wege der einstweiligen Anordnung zu verpflichten, ihnen vorläufig weitere Leistungen nach dem SGB II iHv 174,62 EUR monatlich ab dem 1. Februar 2011 zu zahlen.

Der Antragsgegner beantragt,

die Beschwerde zurückzuweisen.

Er führt aus, die Notwendigkeit der Pflegecreme sei erstmalig im einstweiligen Anordnungsverfahren geltend gemacht worden. Insoweit müsse zunächst das Verwaltungsverfahren durchgeführt werden. Bei der Diagnose Neurodermitis sei zu beachten, dass die Erkrankung oftmals in Schüben verlaufe, sodass ein durchgängiger Bedarf fraglich sei. Zudem sei zu prüfen, ob es zu der genannten Creme preisgünstige Alternativen gebe. Zur Erbringung weiterer KdU-Leistungen sei er nur bereit, wenn die Antragsteller belegten, dass sie aktuell höhere KdU zu tragen hätten. Die zusätzliche "Rooming-in"-Versicherung sei dem Grunde und der Höhe nach unangemessen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird auf die Gerichtsakte und die beigezogenen Verwaltungsvorgänge des Antragsgegners ergänzend Bezug genommen. Die genannten Unterlagen waren Gegenstand der Entscheidung des Senats.

II.

Die nach § 173 Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingereichte Beschwerde ist nach § 172 Abs. 3 Nr. 1 SGG zulässig. Der Beschwerdewert liegt über 750,00 EUR. Die Antragsteller begehren weitere SGB II-Leistungen iHv 174,62 EUR monatlich für die Dauer von sechs Monaten. Der Gesamtbetrag der begehrten Leistungen ist nicht kopfteilig zu berücksichtigen, da es sich um einen Fall der subjektiven Klage- bzw. Antragshäufung handelt.

Die Beschwerde ist unbegründet. Die Antragsteller haben im einstweiligen Rechtsschutzverfahren gegen den Antragsgegner keinen Anspruch auf weitere SGB II-Leistungen.

Das Gericht kann nach § 86b Abs. 2 SGG eine einstweilige Anordnung in Bezug auf ein streitiges Rechtsverhältnis treffen, wenn eine solche Regelung zur Abwendung wesentlicher Nachteile nötig erscheint. Voraussetzung für den Erlass einer Regelungsanordnung ist gemäß § 86b Abs. 2 Satz 4 SGG iVm § 920 Abs. 2 Zivilprozessordnung (ZPO) stets die Glaubhaftmachung des Vorliegens sowohl eines Anordnungsgrunds (also der Eilbedürftigkeit der Regelung zur Abwendung wesentlicher Nachteile), als auch eines Anordnungsanspruchs (die hinreichende Wahrscheinlichkeit eines in der Hauptsache gegebenen materiellen Leistungsanspruchs). Grundsätzlich soll wegen des vorläufigen Charakters der einstweiligen Anordnung die endgültige Entscheidung der Hauptsache nicht vorweggenommen werden.

Der Beweismaßstab im Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes erfordert im Gegensatz zu einem Hauptsacheverfahren für das Vorliegen der Anspruch zu begründenden Tatsachen nicht die volle richterliche Überzeugung. Dies erklärt sich mit dem Wesen dieses Verfahrens, das wegen der Dringlichkeit der Entscheidung regelmäßig keine eingehenden, unter Umständen langwierigen Ermittlungen zulässt. Deshalb kann im einstweiligen Rechtsschutzverfahren nur eine vorläufige Regelung längstens für die Dauer des Klageverfahrens getroffen werden, die das Gericht in der Hauptsache nicht bindet.

Ein Anordnungsanspruch und Anordnungsgrund sind glaubhaft gemacht, wenn die tatsächlichen Voraussetzungen überwiegend wahrscheinlich sind. Dies erfordert, dass mehr für als gegen die Richtigkeit der Angaben spricht (Keller in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 9. Auflage 2008, § 86b RN 16 b). Grundsätzlich soll wegen des vorläufigen Charakters des einstweiligen Rechtsschutzes die endgültige Entscheidung in der Hauptsache nicht vorweggenommen werden.

Unter Anwendung dieser Maßstäbe ist die sozialgerichtliche Entscheidung insgesamt nicht zu beanstanden. Die Antragsteller haben keinen Anspruch auf die Bewilligung weiterer SGB II-Leistungen glaubhaft gemacht.

Zudem fehlt es ihnen zum Teil bereits am Anordnungsgrund. Das Rechtsmittel des einstweiligen Rechtsschutzes hat vor dem Hintergrund

des Artikel 19 Abs. 4 Grundgesetz die Aufgabe, in den Fällen effektiven Rechtsschutz zu gewähren, in denen eine Entscheidung in dem grundsätzlich vorrangigen Verfahren der Hauptsache zu schweren und unzumutbaren, nicht anders abwendbaren Nachteilen führen würde, zu deren nachträglicher Beseitigung die Entscheidung in der Hauptsache nicht mehr in der Lage wäre (vgl. Bundesverfassungsgericht, Beschlüsse vom 22. November 2002, Az.: 1 BvR 1586/02, NJW 2003, S. 1236 und vom 12. Mai 2005, Az.: 1 BvR 569/05, Breithaupt 2005, S. 803). Dies bedeutet aber gleichzeitig, dass ein Anordnungsgrund fehlt, wenn die vermutliche Zeitdauer des Hauptsacheverfahrens keine Gefährdung für die Rechtsverwirklichung und –durchsetzung darstellt, wenn also dem Antragsteller auch mit einer späteren Realisierung seines Rechts geholfen ist. Zwar sollen grundsätzlich Leistungen nach dem SGB II das Existenzminimum der Antragsteller sichern. Wird durch die seitens des Leistungsträgers erbrachte Leistung der Bedarf nicht gedeckt, ist die Existenz des Hilfebedürftigen zeitweise nicht sichergestellt. Allerdings führt nicht jede Unterdeckung des Bedarfs grundsätzlich zu einer Existenzbedrohung und damit zum Vorliegen eines Anordnungsgrundes. Erforderlich ist eine existentielle Notlage. Diese besteht regelmäßig dann nicht, wenn im Wege des Eilrechtsschutzes Bagatellbeträge geltend gemacht werden. Nach der Rechtsprechung des Senats (Beschluss vom 30. März 2009, Az.: L 5 B 121/08 AS ER, juris) löst jedenfalls ein monatlicher Fehlbetrag von bis zu fünf Prozent der Regelleistung (im vorliegenden Fall beliefe sich der entsprechende Gesamtbetrag für die Antragsteller auf 65,05 EUR; je 16,40 EUR für die Antragsteller zu 1 und zu 2 sowie je 10,75 EUR für die Antragsteller zu 3 bis 5) noch keine existentielle, d.h. akute wirtschaftliche Notlage aus, der mit Mitteln des gerichtlichen Eilrechtsschutzes begegnet werden müsste; es sei denn, es gebe gravierende individuelle Besonderheiten – wie etwa ein glaubhaft gemachter erheblicher Nachholbedarf. In der Regel berührt das vorübergehende Fehlen von Leistungen in der vorgenannten Höhe die Existenz der Leistungsberechtigten noch nicht unmittelbar und es ist ihnen zuzumuten, fehlende Defizite durch Umschichtungen zu kompensieren bzw. vorübergehend – das heißt für die voraussichtliche Dauer eines Hauptsacheverfahrens – auf Anteile der Regelleistung zu verzichten.

Dies gilt hier, soweit die Antragsteller im Beschwerdeverfahren noch weitere KdU-Leistungen geltend machen. Im Bescheid vom 14. März 2011 hat der Antragsgegner KdU iHv 555,50 EUR berücksichtigt und entsprechende Leistungen bewilligt. Soweit die tatsächlichen KdU mit 579,50 EUR darüber liegen, führte dies – ohne Berücksichtigung des Umstands, dass die aktuellen tatsächlichen KdU nicht nachgewiesen sind – zu einer Unterdeckung und einem Leistungsdefizit der Bedarfsgemeinschaft iHv insgesamt 24,00 EUR. Diese geringfügige Differenz rechtfertigt den Erlass einer einstweiligen Verfügung nicht.

Im Übrigen ist ein Anordnungsanspruch nicht glaubhaft gemacht.

Soweit die Antragsteller zu 1, 3 und 4 die Gewährung von Leistungen für einen Mehrbedarf wegen kostenaufwändiger Ernährung nach § 21 Abs. 5 SGB II geltend machen, besteht aufgrund der vorliegenden Erkenntnismittel kein Anspruch.

Gemäß § 21 Abs. 5 SGB II erhalten erwerbsfähige Leistungsberechtigte, die aus medizinischen Gründen einer kostenaufwändigen Ernährung bedürfen, einen Mehrbedarf in angemessener Höhe. Voraussetzung für die Gewährung ist ein ursächlicher Zusammenhang zwischen einer Erkrankung und der Notwendigkeit einer kostenaufwändigen Ernährung.

Zur Ermittlung eines solchen Bedarfs greift der Senat – in einem ersten Schritt – auf die am 1. Oktober 2008 erschienenen neuen Empfehlungen des Deutschen Vereins (EDV 2008) zurück. Es kann dahinstehen, ob die überarbeiteten, aktualisierten Empfehlungen als antizipiertes Sachverständigengutachten anzusehen sind. Denn es handelt sich jedenfalls um in der Verwaltungspraxis etablierte generelle Kriterien, die im Normalfall eine gleichmäßige und schnelle Bearbeitung eines geltend gemachten Mehrbedarfs im Bereich der Krankenkost erlauben. Die EDV 2008 haben den Charakter einer Orientierungshilfe. Sie können im Regelfall zur Feststellung des Mehrbedarfs herangezogen werden, ersetzen jedoch nicht eine gegebenenfalls erforderliche Begutachtung im Einzelfall. Sie können insbesondere dann nicht mehr als Grundlage einer Entscheidung dienen, wenn sich im Einzelfall nach anzustellenden Ermittlungen Hinweise auf eine abweichende Bedarfslage ergeben (vgl. Urteil des Senats vom 26. August 2010, Az.: L 5 AS 113/07, juris, RN 58 f.).

Aus den EDV 2008 ergibt sich für die beim Antragsteller zu 1 allein festgestellte Erkrankung Adipositas permagna kein ernährungsbedingter Mehrbedarf. Vielmehr ist eine Ernährung mit Reduktionskost (wie vom Hausarzt bescheinigt) angezeigt, die jedoch keine zusätzlichen Aufwendungen verursacht und die – wie eine Vollkost – aus der Regelleistung finanziert werden kann. Lediglich bei verzehrenden Erkrankungen und gestörter Nahrungsaufnahme bzw. Nährstoffverwertung ist nach den EDV 2008 eine Kostzulage notwendig. An solchen leidet der Antragsteller zu 1 jedoch nicht.

Auch nach den Empfehlungen aus dem Jahr 1997 wäre die Gewährung eines Mehrbedarfs im Zusammenhang mit der Diagnose Adipositas nicht erforderlich gewesen. Angezeigt war danach vielmehr eine Zufuhr von Reduktionskost, die keine Mehrkosten verursachte (vgl. Anmerkungen zu RN 3 der Empfehlungen).

Auch die bei den Antragstellern zu 3 und 4 diagnostizierte Erkrankung an Neurodermitis rechtfertigt nach den EDV 2008 nicht die Gewährung von Leistungen nach § 21 Abs. 5 SGB II. Es handelt sich nicht um eine verzehrende Erkrankung oder eine gestörte Nährstoffverwertung. Dementsprechend hat die Kinderärztin auch Vollkost in Form der allergenarmen Kost bescheinigt. Zur Antragstellerin zu 3 hat sie weiter angekreuzt, dass Krankenkost nicht verordnet sei und auch kein Ernährungsplan vorliege. Insoweit wird auf die zutreffenden Ausführungen im angegriffenen Beschluss Bezug genommen. Bereits das SG hat darin darauf hingewiesen, dass die Antragsteller zu 3 und 4 Einzelheiten zu den Besonderheiten ihrer Erkrankung und der Kostform nicht vorgetragen haben. Auch die Aufforderung der Berichterstatterin vom 6. April 2011, hierzu weiter vorzutragen, ist in der Sache unbeantwortet geblieben. Es ist nach den vorliegenden Unterlagen und ärztlichen Bescheinigungen noch nicht mal ersichtlich, welche Stoffe in Nahrungsmitteln bei den Antragstellern zu 3 und 4 allergen wirken und zu meiden sind. Sie haben damit einen in ihrem Einzelfall bestehenden Mehraufwand für Ernährung nicht glaubhaft gemacht. Es ergeben sich daher für den Senat keine Anhaltspunkte für Besonderheiten des Einzelfalls, die weitere Ermittlungen bzw. Begutachtungen – bereits im Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes – notwendig machen könnten. Da die Antragsteller die gerichtlichen Fragen nicht beantwortet haben, sieht der Senat auch keinen Anlass für weitere Ermittlungen – quasi "ins Blaue hinein".

Die Antragsteller zu 3 und 4 haben auch keinen Anspruch auf Mehrbedarfsleistungen nach § 21 Abs. 6 SGB II glaubhaft gemacht. Danach ist ein Mehrbedarf anzuerkennen, soweit im Einzelfall ein unabweisbarer laufender, nicht nur einmaliger besonderer Bedarf besteht. Dies war trotz mangelnden Vortrags insoweit denkbar aufgrund der kinderärztlichen Bescheinigung, nach der die Antragsteller zu 3 und 4 zur Linderung ihrer Neurodermitis eine besondere Pflegecreme verwenden müssten, für deren Kosten die GKV nicht aufkomme. Auch insoweit sind die Antragsteller der gerichtlichen Aufforderung vom 6. April 2011 darzulegen, in welcher Höhe tatsächliche Aufwendungen für den

Erwerb der Creme entstehen, bzw. bislang entstanden sind, nicht nachgekommen. Es sind weder Anordnungsanspruch noch -grund glaubhaft gemacht, weil noch nicht einmal ersichtlich ist, ob die von der behandelnden Hautärztin empfohlene Hautpflege auch tatsächlich erfolgt. Daher bestand auch insoweit für den Senat kein Anlass zu weiteren Ermittlungen. Ggf. wird im Hauptsacheverfahren zu klären sein, ob die Erkrankung der Antragsteller zu 3 und 4 in Schüben verläuft oder ob ein Dauerbedarf besteht, und ob es Alternativen zu der von der Kinderärztin empfohlenen Hautpflegecreme gibt. Insoweit wird auch zu prüfen sein, ob die gebotene Hautpflege nicht auch auf Kosten der GKV erfolgen kann. Denn der Grundsatz des § 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V, wonach nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel von der Versorgung nach § 31 SGB V ausgeschlossen sind, gilt gemäß § 34 Abs. 1 Satz 5 SGB V nicht für versicherte Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr. Ein nicht verschreibungspflichtiges Arzneimittel, wie z.B. Linola Fettcreme, kann für Kinder zu Lasten der GKV verordnet werden.

Des Weiteren besteht ein Anordnungsanspruch nicht, soweit die Antragsteller zu 3 bis 5 jeweils den Abzug der Versicherungspauschale vom Kindergeldeinkommen beanspruchen.

Gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 2 Alg II-V ist von dem Einkommen Minderjähriger ein Betrag iHv 30,00 EUR monatlich für die Beiträge zur privaten Versicherungen nach § 11b Abs. 1 Nr. 3 SGB II abzusetzen, wenn der oder die Minderjährige eine entsprechende Versicherung abgeschlossen hat und diese nach Grund und Höhe angemessen ist. Die Voraussetzungen dieser Vorschrift liegen bei den Antragstellern zu 3 bis 5 nicht vor. Dies gilt zunächst in Ansehung der abgeschlossenen Krankenzusatzversicherung. Denn diese ist dem Grund und der Höhe nach nicht angemessen. Insoweit vertritt der Senat – wie das SG – die Auffassung, dass im Regelfall für gesetzlich krankenversicherte Leistungsberechtigte der von der GKV gewährleistete Leistungsstandard für die Versorgung ausreichend ist. Eine diesen Standard übersteigende Versorgung ist im Regelfall nicht geboten und daher unangemessen. Dies gilt insbesondere für den für die Antragsteller zu 3 bis 5 abgeschlossenen Tarif "clinic+". Wie die Antragsteller selbst ausführen, umfassen die Leistungen der GKV bei stationärer Behandlung auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Versicherten (§ 11 Abs. 3 SGB V). Die Kosten eines medizinisch notwendigen "Rooming-in" sind abgedeckt, ohne dass es einer privaten Zusatzversicherung bedarf. Soweit die Antragsteller durch die Zusatzversicherung sicherstellen wollen, dass in jedem Fall ihrer stationären Krankenhausbehandlung ein Elternteil mit aufgenommen wird, ist dies unangemessen. Insoweit ist ein Anordnungsanspruch nicht glaubhaft gemacht worden.

Da die Antragsteller zu 3 bis 5 nicht dargelegt haben, welche Leistungen mit dem Tarif "H/25,0" abgedeckt sind, und sie erläuternde Unterlagen der Versicherung nicht vorgelegt haben, ist auch insoweit ein Anordnungsanspruch nicht glaubhaft gemacht.

Auch hinsichtlich der von den Antragstellern zu 3. bis 5. abgeschlossenen (erweiterten) Unfallversicherung im Rahmen der "Privatschutz-Police" ist ein Anspruch auf Abzug der Versicherungspauschale nicht glaubhaft gemacht.

Zunächst ist ausweislich des Versicherungsscheins Versicherungsnehmer ausschließlich der Antragsteller zu 1. Er schuldet den monatlichen Familienbeitrag iHv 30,80 EUR. Darüber hinaus erscheint fraglich, ob der Umstand, dass für einzelne Familienmitglieder sog. Gesamtbeiträge für die Vielzahl der abgeschlossenen Einzelversicherungen im Versicherungsschein ausgewiesen sind, dazu führt, dass diese zu "eigenen" Versicherungsbeiträgen der anderen Antragsteller werden. Da für die Antragsteller zu 4 und 5 der jeweilige Gesamtbeitrag mit 0,00 EUR angegeben ist, entfällt jedenfalls auf sie kein separierbarer monatlicher Beitrag. Sie sind beitragsfrei mitversichert und haben daher keinen Anspruch auf Abzug der Versicherungspauschale.

Für die Antragstellerin zu 3 ist ein Gesamtbeitrag iHv 7,61 EUR ausgewiesen Es lässt sich dem Versicherungsschein jedoch nicht entnehmen, dass die "Privatschutz-Police" für sie auch zu einem eigenständigen und separat (von ihr) zu zahlenden Beitrag führt (vgl. hierzu SG Chemnitz, Urteil vom 4. August 2010, Az.: S 3 AS 6295/09, S 3 AS 4244/10, juris RN 25). Unterstellt, die Antragstellerin zu 3 sei zur Zahlung des auf sie entfallenden Anteils am Gesamtbeitrag verpflichtet, ist die abgeschlossene Versicherung jedoch gemäß § 11b Abs. 1 Nr. 3 SGB II n.F. dem Grund nach nicht angemessen.

Dem Grund nach angemessen sind Versicherungsbeiträge dann, wenn ein Risiko abgesichert wird, das entweder üblich oder durch besondere Lebensumstände gerechtfertigt ist. Dabei ist auf die aktuellen Lebensumstände, hier also auf die Inanspruchnahme staatlicher Fürsorgeleistungen, und nicht auf den Lebenszuschnitt ohne staatliche Unterstützung abzustellen. Die am 29. Juni 2006 geborene Antragstellerin zu 3 bezieht zumindest seit Anfang 2007 Sozialleistungen. Es kann offen bleiben, ob eine private Unfallversicherung zur Absicherung gegen Freizeitunfälle bei den maßgeblichen einfachen wirtschaftlichen Lebensverhältnissen (vgl. BSG, Urteil vom 7. November 2006, Az.: B 7b AS 18/96 R, juris RN 26) angemessen ist. Kinder sind während des Besuchs von Kindertageseinrichtungen oder Schulen gegen das Risiko von Invalidität und Tod durch Unfallfolgen durch die Gesetzliche Unfallversicherung nach dem Siebten Buch Sozialgesetzbuch (§ 2 Abs. 1 Nr. 8 Buchstabe a und b SGB VII) geschützt.

Jedenfalls handelt es sich bei der "Privatschutz-Police" nicht um eine reine Unfallversicherung, sondern es werden weitere Risiken abgedeckt, die zweifellos als "Luxusversicherung" zu bewerten sind. Dies gilt insbesondere für die Krankenhaustagegeldversicherung iHv 20,00 EUR täglich (obwohl Minderjährige gemäß § 39 Abs. 4 Satz 1 SGB IV keine Zuzahlung zu vollstationären Krankenhausbehandlungen zu erbringen haben), die Auslandskrankenversicherung mit Rückholkosten, die Versicherungen für die Kosten von kosmetischen Operationen iHv bis zu 10.000,00 EUR und von Kuren iHv bis zu 3.000,00 EUR. Hierfür sind individuell begründete besondere Risiken der Antragstellerin zu 3 nicht erkennbar. Der Senat geht daher davon aus, dass es sich bei der abgeschlossenen Privatschutz-Police insgesamt um eine unangemessene Versicherung handelt, die den Abzug der Versicherungspauschale nach § 6 Alg II-V nicht auslöst (so auch: LSG Hamburg, Urteil vom 11. November 2010, Az.: L 5 AS 58/07, juris RN 24ff.).

Die vorstehenden Ausführungen gelten entsprechend, soweit die Antragsteller einen Abzug der Versicherungspauschale bei der fiktiven Berechnung des Leistungsanspruchs der nicht zur Bedarfsgemeinschaft gehörenden Tochter der Antragstellerin zu 2 begehren. Sie kann ihren Bedarf iHv 347,58 EUR (KdU-Anteil 96,58 EUR und Regelleistung 251,00 EUR) aus ihrem Gesamteinkommen iHv 415,00 EUR aus Kindergeld (184,00 EUR) und Unterhaltsleistungen (231,00 EUR) decken. Von dem nach Bedarfsdeckung übersteigenden Einkommen iHv 67,42 EUR ist nach der vorläufigen rechtlichen Bewertung des Senats keine Versicherungspauschale abzuziehen.

Sie hat für die zusätzliche Krankenversicherung einen monatlichen Beitrag iHv insgesamt 7,33 EUR zu leisten. Der Tarif "H/25,00" ist nach den vorstehenden Ausführungen nicht zu berücksichtigen. Zu dem für sie weiter abgeschlossenen Tarif "med 50", für den ein monatlicher Beitrag iHv 2,31 EUR zu entrichten ist, haben die Antragsteller im Verfahren ebenfalls keine Erläuterung abgegeben, sodass er keine

Berücksichtigung finden kann. Die vorstehenden Ausführungen zum "Rooming-in-Tarif" gelten für sie entsprechend, wobei darauf hinzuweisen ist, dass die am 6. Juni 2000 geborene Sophie von den Leistungen des Tarifs ohnedies ausgeschlossen sein dürfte, da dieser nach den Abgaben der Antragsteller nur bis zur Vollendung des 10. Lebensjahrs leistet. Es handelt sich um eine unangemessene Versicherung. Entsprechendes gilt für den Schutz aus der Privatschutz-Police, für die auf sie ein Beitragsanteil von 7,61 EUR monatlich entfällt. Besondere Risiken sind nicht dargelegt worden.

Auch aus dem Urteil des BSG vom 13. Mai 2009 (Az.: B 4 AS 39/08 R, juris) folgt im Hinblick auf die Abzugsfähigkeit der Versicherungspauschale bei S. nichts anderes. Zwar wird ausgeführt, dass vom Einkommen Minderjähriger die Versicherungspauschale abzuziehen sei, wenn diese aus der Bedarfsgemeinschaft allein aufgrund überschießenden Einkommens herausfallen würden. Die Entscheidung erging jedoch noch zur Rechtslage vor Inkrafttreten der Neuregelung in § 6 Abs. 1 Nr. 1 und 2 Alg II-V ab dem 1. August 2009. Denn offensichtlich in Reaktion auf die Rechtsprechung des BSG hatte sich der Verordnungsgeber dazu entschlossen, in der Alg II-V eine grundsätzliche Abzugsmöglichkeit der Versicherungspauschale von dem Einkommen Minderjähriger vorzusehen. Nach der nunmehr geltenden Regelung ist es ohne Belang, ob die Kinder einer Familie "formal" Mitglied der Bedarfsgemeinschaft sind oder nicht. Darauf stellt die Neuregelung nach ihrem eindeutigen Wortlaut nicht mehr ab. Maßgeblich ist der tatsächliche Abschluss einer entsprechenden Versicherung durch die minderjährige Person deren Angemessenheit nach Grund und Höhe. Das o.g. Urteil des BSG ist nur auf Fälle anwendbar, die nach der alten Regelung in der Alg II-V zu beurteilen sind (vgl. so auch SG Chemnitz, Urteil vom 11. November 2010, Az.: S 35 AS 1612/10, juris RN 38 f.). Die nunmehr getroffene Differenzierung bei der Absetzbarkeit zwischen Erwachsenen und Minderjährigen ist ermächtigungskonform und steht im Einklang mit Art. 3 Abs. 1 Grundgesetz. Denn soweit Kinder im Hinblick auf den Versicherungsschutz privater Versicherungen an dem ihrer Eltern teilnehmen können, ist die Versagung der Versicherungspauschale für Minderjährige nicht zu beanstanden, wie dies das BSG bereits im Urteil vom 18. Juni 2008 (Az.: B 14 AS 55/07 R, juris RN 40; vgl. auch Urteil vom 7. November 2006, Az.: B 7b AS 18/06 R, juris RN 27) ausgeführt hat.

Das zur Bedarfsdeckung nicht benötigte Kindergeldeinkommen Sophies iHv 67,42 EUR ist der kindergeldberechtigten Antragstellerin zu 2 anzurechnen. Da es deren einziges Einkommen ist, ist es um die Versicherungspauschale iHv 30,00 EUR gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 1 Alg II-V zu bereinigen, sodass ein anrechenbarer Betrag von 37,42 EUR verbleibt.

Es ergibt sich folgende Berechnung: Der Gesamtbedarf der fünfköpfigen Bedarfsgemeinschaft beträgt 1.783,92 EUR. Er setzt sich zusammen aus einem Regelleistungen und Sozialgeld iHv 1.301,00 EUR (2 x 328,00 EUR und 3 x 215,00 EUR) sowie KdU iHv 482,92 EUR (5/6 von 579,50 EUR). Nach Abzug des Gesamteinkommens iHv 626,42 EUR (Kindergeld: 184,00 EUR + 190,00 EUR + 215,00 EUR + 37,42 EUR) verbleibt ein Gesamtleistungsanspruch iHv 1.157,50 EUR. Bewilligt wurden insgesamt Leistungen iHv 1.133,50 EUR, sodass ein Defizit der Antragsteller von insgesamt 24,00 EUR verbleibt. Dieses resultiert aus der eingangs dargestellten geringeren KdU-Bewilligung und löst wegen seiner Geringfügigkeit als Bagatellbetrag keinen Anordnungsgrund aus.

Ein weiterer SGB II-Leistungsanspruch der Antragsteller besteht daher – jedenfalls im Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes – nicht. Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass die Antragsteller aufgrund des einmaligen Abzugs der Versicherungspauschale iHv 30,00 EUR bei der Anrechnung des überschüssigen Kindergelds als Einkommen bei der Antragstellerin zu 2 in der Lage sind, den monatlichen Beitrag für die Privatschutz-Police der Familie iHv 30,80 EUR zu begleichen.

Die Kostenentscheidung beruht auf einer entsprechenden Anwendung von § 193 SGG.

Dem PKH-Gesuch für das Beschwerdeverfahren war nicht zu entsprechen, weil die Rechtsverfolgung aus den dargelegten Gründen keine Aussicht auf Erfolgt hatte (§ 73a Abs. 1 Satz 1 SGG iVm § 114 ff. ZPO).

Dieser Beschluss ist nicht mit der Beschwerde anfechtbar (§ 177 SGG).
Rechtskraft
Aus
Login
SAN
Saved
2011-08-03