

L 7 AS 83/12 NZB

Land

Freistaat Sachsen

Sozialgericht

Sächsisches LSG

Sachgebiet

Grundsicherung für Arbeitsuchende

Abteilung

7

1. Instanz

SG Chemnitz (FSS)

Aktenzeichen

S 20 AS 1748/11

Datum

12.12.2012

2. Instanz

Sächsisches LSG

Aktenzeichen

L 7 AS 83/12 NZB

Datum

25.09.2013

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Beschluss

Leitsätze

Aufwendungen für Fahrten zu ambulanten Behandlungen, die nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden, sind nicht vom Grundsicherungsträger zu erstatten.

I. Die Beschwerde des Klägers gegen die Nichtzulassung der Berufung im Urteil des Sozialgerichts Chemnitz vom 12. Dezember 2012 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten des Beschwerdeverfahrens sind nicht zu erstatten.

III. Die Gewährung von Prozesskostenhilfe für das Beschwerdeverfahren wird abgelehnt.

Gründe:

I.

Die Beteiligten streiten darum, ob dem Kläger höhere Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) für die Zeit vom 01.05.2010 bis 30.04.2011 zu gewähren sind, nämlich insbesondere Kosten für krankheitsbedingte Fahrten nach D.

Der 1956 geborene Kläger wohnt mit seiner 1964 geborenen Ehefrau R und seinen behinderten Sohn K (-1983) zusammen in einer Wohnung. Der Sohn bezieht Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch; für ihn erhalten die Eltern monatliches Pflegegeld (Pflegestufe III) und Kindergeld. Der Kläger und seine Frau stehen seit 01.10.2005 im laufenden Leistungsbezug des Beklagten. Sie verfügen über einen Pkw Skoda Oktavia.

Beim Kläger besteht seit 07.07.2000 eine Schwerbehinderung (Grad der Behinderung 50 ohne Merkzeichen). Er leidet an Diabetes mellitus Typ IIb mit Auflage zur Gewichtsreduktion, einer koronaren Herzerkrankung nach Herzinfarkt 1996, einer chronifizierten Nierenfunktionsstörung bei Einnierigkeit, Hyperlipidämie u.a. bei Adipositas, Hyperurikämie u.a. bei Adipositas und Hypertonie ebenfalls u.a. bei Adipositas. Auf die entsprechenden Weiterbewilligungsanträge gewährte der Beklagte der Bedarfsgemeinschaft monatliche Leistungen für die Zeit vom 01.05.2010 bis 30.04.2011 einschließlich eines Mehrbedarfs für den Kläger wegen seiner Nierenerkrankung in Höhe von damals 36,00 EUR monatlich.

Am 11.03.2010 beantragte der Kläger unter Bezugnahme auf die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 09.02.2010 die Erstattung von Fahrtkosten zur fachinternistischen Therapie in der Stoffwechsel-Ambulanz der Universitätsklinik D nach der Härtefallregelung. Die Therapie sei mittels Überweisung durch eine fachinternistische Praxis verordnet und somit hinreichend medizinisch indiziert. Ein gleichlautender Antrag sei von seiner Krankenversicherung abgelehnt worden (Bescheid der Barmer GEK vom 03.03.2010). Er fordere je Therapiesitzung und Quartal die pauschale Erstattung von 25,00 EUR zuzüglich Parkkosten. Dies lehnte der Beklagte mit Bescheid vom 31.08.2010 ab, weil die anfallenden Kosten nicht zu den laufenden Sonderbedarfen i.S.v. [§ 21 Abs. 6 SGB II](#) gehörten. Der Widerspruch dagegen war erfolglos (Widerspruchsbescheid vom 17.03.2011 - W).

Am 15.04.2011 hat der Kläger beim Sozialgericht Chemnitz Klage erhoben und zur Begründung ausgeführt, dass er keine Krankenversicherungsleistung beanspruche, sondern einen Sonderbedarf i.S.d. Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts, den der Beklagte zu leisten habe; ggf. seien Erstattungsansprüche gegenüber der Krankenversicherung geltend zu machen. Die Nutzung des

öffentlichen Personennahverkehrs (ÖPNV) sei ihm wegen seiner multiplen Stoffwechsel-Erkrankungen nicht möglich; dies unterliege medizinischer Einschätzung. Durch die unzureichenden Regelsätze in der Vergangenheit seien der Bedarfsgemeinschaft des Klägers Leistungen für das Existenzminimum vorenthalten worden, so dass kein Ansparpotenzial bestanden habe oder jetzt bestehe, aus dem die notwendigen Fahrten zur Therapie bestritten werden könnten. Zudem sei eine Geschwulstbehandlung der Schilddrüse hinzugekommen, die eine Vorstellung alle zwei Monate erfordere. Im Regelbedarf seien keine krankheitsbedingten Fahrten enthalten. Die Bedarfsgemeinschaft des Klägers habe monatliche Verkehrskosten von 336,72 EUR (davon Leasingrate 164,22 EUR) zu tragen, also ein Vielfaches der im Regelsatz enthaltenen Anteile für Verkehrsdienstleistungen. Trotz seiner Schwerbehinderung habe der Kläger keinen Anspruch auf Erleichterungen im ÖPNV. Im Übrigen seien fachärztliche Konsultationen den Meldeterminen beim Leistungsträger gleichzusetzen, für die nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) Kosten zu erstatten seien. Die Berufung sei wegen grundsätzlicher Bedeutung zuzulassen.

Das Sozialgericht hat die Klage nach mündlicher Verhandlung mit Urteil vom 12.12.2011 abgewiesen. Die zulässige Klage sei nicht begründet, weil dem Kläger kein Anspruch auf Übernahme der beantragten Aufwendungen aus [Art. 1 Abs. 1 Grundgesetz \(GG\)](#) i.V.m. [Art. 20 Abs. 1 GG](#) bzw. § 21 Abs. 6 SGB II (in der seit 01.04.2011 geltenden Fassung des Gesetzes zur Ermittlung von Regelbedarfen und zur Änderung des Zweiten und Zwölften Sozialgesetzbuches vom 24.03.2011, [BGBl. I. S. 453](#)) zustehe. Nach Darstellung der Anspruchsvoraussetzungen entsprechend der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts und der Gesetzesbegründung zu [§ 21 Abs. 6 SGB II](#) hat das Sozialgericht ausgeführt, dass es sich bei den Aufwendungen des Klägers für die vier Arztbesuche in D um einen laufenden, nicht nur einmaligen Bedarf handele. Er könne nicht mit dem ÖPNV anreisen und eine entsprechende fachärztliche Betreuung am Wohnort sei nicht möglich. Selbst wenn im Bewilligungszeitraum drei Fahrten, also Kosten von 84,00 EUR anfielen, könnten diese durch die Anteile für Verkehrsdienstleistungen auch im 2010 geltenden Regelsatz bestritten werden. Unberücksichtigt müssten die Aufwendungen für den geleasteten Pkw bleiben, weil der Abteilung 07 (Verkehr) die vertretbare Wertung zugrunde liege, dass ein Kraftfahrzeug zur Sicherung eines menschenwürdigen Existenzminimums nicht erforderlich sei. Das Gericht verkenne nicht, dass das Vorhalten eines Kfz bei der Schwere der Erkrankung des Sohnes eine erhebliche Erleichterung/Vereinfachung im Dasein bedeute. Der Bedarf des Sohnes sei jedoch nicht streitgegenständlich. Die in der Abteilung 07 eingestellten Ausgabenpositionen umfassten auch krankheitsbedingte Fahrten, so dass die Aufwendungen des Klägers für die vier Arztbesuche in D durch die Anteile für Verkehrsdienstleistung gedeckt seien und sie wichen nicht der Höhe nach von einem durchschnittlichen Bedarf ab. Etwas anders ergebe sich auch nicht aus dem zitierten Urteil des BSG. Das Sozialgericht hat die Berufung nicht zugelassen.

Gegen das der Prozessbevollmächtigten des Klägers am 16.01.2012 zugestellte Urteil hat sie am 13.02.2012 beim Sächsischen Landessozialgericht Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt und hierfür die Gewährung von Prozesskostenhilfe beantragt. Zur Begründung wird geltend gemacht, die aufgeworfene Frage der Erstattungspflicht für Mehrbedarf in Form von Fahrtkosten wegen einer chronischen Erkrankung mit mehrfachem Behandlungsbedarf im Jahr bzw. im Leistungszeitraum habe grundsätzliche Bedeutung, weil die Ermittlung des Bedarfs entsprechend den Regelsatzvorschriften des SGB II eine solche Bedarfsposition nach Auffassung des Sozialgerichts enthalte, eine höchstrichterliche Entscheidung hierzu noch nicht ergangen sei und das Bundesministerium für Arbeit und Soziales davon ausgehe, dass derartige Kranken- und Behandlungskosten entweder durch die Krankenversicherung gedeckt seien oder aber nicht zum Regelbedarf gehörten und daher nicht im Regelsatz enthalten seien. Hierzu wurde ein Schreiben des Bundesministeriums vom 13.01.2012 überreicht (Bl. 51 der Gerichtsakte). Ferner wird der erstinstanzliche Vortrag wiederholt und angeführt, es ergebe sich eine Parallele zum Urteil des BSG vom 06.12.2007 - B [14/7b AS 50/06 R](#).

Der Kläger beantragt sinngemäß, den Beklagten unter Aufhebung des Urteils des Sozialgerichts Chemnitz vom 12.12.2011 sowie unter Abänderung der entgegenstehenden Bescheide zu verpflichten, höhere Leistungen nach dem SGB II im Zeitraum von Mai 2010 bis April 2011 zu gewähren.

Der Beklagte beantragt, die Beschwerde zurückzuweisen.

Er bezieht sich auf eine Entscheidung des 3. Senats des Sächsischen Landessozialgerichts ([L 3 AS 39/10](#)) und trägt vor, es handele sich um einen nicht atypischen, sondern einen in der Regelleistung berücksichtigten Bedarf.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge und die Verwaltungsakte des Beklagten (5 Bände) verwiesen.

II.

Der Senat kann gemäß [§ 155 Abs. 3 und Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) durch die Berichterstatterin als Einzelrichter entscheiden, weil die Beteiligten hiermit ihr Einverständnis erklärt haben.

Die statthafte und zulässige, insbesondere innerhalb der Frist des [§ 145 Abs. 1 Satz 2 SGG](#) eingelegte Beschwerde ist unbegründet.

Gemäß [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) bedarf die Berufung der ausdrücklichen Zulassung, wenn der Wert des Beschwerdegegenstandes bei einer Klage, die - wie hier - eine Geld- oder Sachleistung oder einen hierauf gerichteten Verwaltungsakt betrifft, 750,00 EUR nicht übersteigt. Dies gilt nicht, wenn die Berufung wiederkehrende oder laufende Leistungen für mehr als ein Jahr betrifft ([§ 144 Abs. 1 Satz 2 SGG](#)). Bei der Berechnung des Wertes der Beschwerde ist von den Gesamtumständen des erstinstanzlichen Vorbringens und des Berufungsvorbringens auszugehen, es sei denn, das Begehren ist als missbräuchlich in dem Sinne zu werten, dass hiermit lediglich die Berufungsfähigkeit erreicht werden soll, wovon hier nicht auszugehen ist (vgl. Leitherer in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 10. Aufl. 2012, § 144 RdNr. 20 m.w.N.).

Nach Prüfung durch den Senat ergibt sich ein Wert des Beschwerdegegenstandes von weit unter 750,00 EUR. Streitgegenstand sind vorliegend Mehrleistungen an den Kläger für bis zu sechs Fahrten nach D innerhalb zweier Bewilligungszeiträume, also innerhalb eines Jahres. Der Kläger macht pro Fahrt ca. 28,00 EUR geltend, so dass sich ein Beschwerdewert von 168,00 EUR errechnet. Dieser Betrag liegt unter der 750,00-EUR-Grenze. Damit ist die Berufungssumme nicht erreicht. Die Berufung bedurfte somit der ausdrücklichen Zulassung, die vom Sozialgericht nicht ausgesprochen wurde.

Gemäß [§ 144 Abs. 2 SGG](#) ist die Berufung zuzulassen, wenn die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung hat (Nr. 1), das Urteil von einer Entscheidung des Landessozialgerichts, des Bundessozialgerichts, des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des Bundesverfassungsgerichts abweicht und auf dieser Abweichung beruht (Nr. 2) oder ein der Beurteilung des Berufungsgerichts unterliegender Verfahrensmangel geltend gemacht wird und vorliegt, auf dem die Entscheidung beruhen kann (Nr. 3).

Eine Rechtssache hat dann grundsätzliche Bedeutung, wenn die Streitsache eine bisher nicht geklärte Rechtsfrage aufwirft, deren Klärung im allgemeinen Interesse liegt, um die Rechtseinheit zu erhalten und die Weiterentwicklung des Rechts zu fördern. Ein Individualinteresse genügt nicht (vgl. Leitherer, a.a.O., § 144 RdNr. 28). Die Klärungsbedürftigkeit ist zu verneinen, wenn die Rechtsfrage bereits höchstrichterlich beantwortet ist, wenn die Antwort unmittelbar aus dem Gesetz zu ersehen ist, wenn sie so gut wie unbestritten ist, wenn sie praktisch außer Zweifel steht oder wenn sich für die Antwort in anderen Entscheidungen bereits ausreichende Anhaltspunkte ergeben (vgl. BSG, Beschluss vom 22.07.2013 - [B 9 SB 15/13 B](#), RdNr. 5 m.w.N., zitiert nach Juris).

Die von der Prozessbevollmächtigten des Klägers aufgeworfene Frage, es sei grundsätzlich klärungsbedürftig, ob die Aufwendungen für Fahrten zu ambulanten Behandlungen zu dem ab 01.01.2011 geltenden Regelbedarf gemäß [§ 20 Abs. 1 Satz 1 SGB II](#) gehört oder nicht, ist in der Rechtsprechung geklärt und stellt sich tatsächlich so nicht. Vielmehr bedarf es zunächst der Prüfung im jeweiligen Einzelfall, ob für die in Anspruch genommene Krankenbehandlung, für die Fahrtkosten anfallen, eine medizinische Indikation dergestalt vorliegt, dass eine Leistungspflicht nach dem Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) auch für die Fahrtkosten – ausnahmsweise – in Betracht kommt (siehe insoweit auch SächsLSG; Urteil vom 19.01.2012 - [L 3 AS 39/10](#), zitiert nach Juris, RdNr. 23). Ohne abschließende Klärung dieser tatsächlichen und rechtlichen Fragen im Leistungsbereich des SGB V kommt ein Anspruch nach [§ 21 Abs. 6 SGB II](#) von vornherein nicht in Frage.

Dass die von Kläger geltend gemachten Aufwendungen für Fahrtkosten, die seine Krankenkasse nicht übernommen hat, auch nicht vom Grundsicherungsträger zu erstatten sind, ist durch höchstrichterliche Rechtsprechung inzwischen geklärt. So hat das BSG im Urteil vom 26.05.2011 ausgeführt ([B 14 AS 146/10 R](#), RdNrn. 23, 24): "Das sozialrechtlich zu gewährende menschenwürdige Existenzminimum aus [Art 1 Abs 1 GG](#) iVm [Art 20 Abs 1 GG](#) umfasst auch die Sicherstellung einer ausreichenden medizinischen Versorgung (BVerfG Urteil vom 9.2.2010 - [1 BvL 1/09](#) - [BVerfGE 125, 175](#) ff, 223 = [SozR 4-4200 § 20 Nr 12 RdNr 135](#); BSG Urteil vom 22.4.2008 - [B 1 KR 10/07 R](#) - [BSGE 100, 221](#) = [SozR 4-2500 § 62 Nr 6](#), RdNr 31; BSG Urteil vom 18.1.2011 - [B 4 AS 108/10 R](#) - zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen, RdNr 33). Der Anspruch auf Existenzsicherung insoweit wird im Fall der Klägerin - wie für den ganz überwiegenden Teil der Hilfebedürftigen - in erster Linie durch ihre Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl [§ 5 Abs 2a SGB V](#)) abgedeckt, deren Beiträge der Träger der Grundsicherung zahlt ([§ 252 Abs 1 Satz 2 SGB V](#)) und der Bund trägt ([§ 46 Abs 1 SGB II](#)). Die Klägerin hat als Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung nach [§ 27 SGB V](#), wenn diese notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern (vgl [§ 27 Abs 1 Satz 1 SGB V](#)); vom Anspruch auf Krankenbehandlung ist die Versorgung mit Arzneimitteln erfasst ([§ 27 Abs 1 Satz 2 Nr 3 SGB V](#)). Apothekenpflichtige nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel (sog OTC-Präparate; OTC = over the counter), deren Kosten die Klägerin vorliegend geltend macht, sind seit dem 1.1.2004 zwar grundsätzlich von der Versorgung nach [§§ 31, 34 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) ausgeschlossen. Dies gilt allerdings auch hinsichtlich der nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel nicht schlechthin und ausnahmslos, []. Die Verordnung dieser Arzneimittel ist danach ausnahmsweise zulässig, wenn die Arzneimittel bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten. Dabei gilt eine Krankheit als schwerwiegend, wenn sie lebensbedrohlich ist oder wenn sie aufgrund der Schwere der durch sie verursachten Gesundheitsstörung die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigt. Ausdrücklich genannt sind (mittlerweile in der Anlage I zu den genannten Richtlinien; zuvor in Abschnitt F 16.4.9 und 16.4.14) verschiedene nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die unter anderem bei den Krankheiten Osteoporose und Eisenmangelanämie (die bei der Klägerin nach ihrem Vortrag vorliegen) unter bestimmten weiteren Voraussetzungen als Therapiestandard gelten (zum Ganzen BSG Urteil vom 6.11.2008 - [B 1 KR 6/08 R](#) - [BSGE 102, 30](#) = [SozR 4-2500 § 34 Nr 4](#)). 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. []"

Diese Rechtsprechung lässt sich ohne Weiters auf den hier streitigen Sachverhalt und andere Fallgestaltungen, in denen die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung in Betracht kommt, übertragen. Dem entsprechend haben die Landessozialgerichte in der Folge entschieden, dass für die Gewährung von Fahrtkosten zu Arztbesuchen aufgrund einer chronischen Erkrankung im SGB II keine Rechtsgrundlage existiert (LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss vom 29.11.2011 - [L 7 AS 1442/10](#)), dass Kosten für Verbandsmaterial, das zur Krankenbehandlung erforderlich ist, nur gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse geltend gemacht werden kann (BayLSG; Beschluss vom 28.03.2012 - [L 7 AS 131/12 B ER](#)) und dass die Übernahme von Kosten für Pflegemittel akzessorisch zum Anspruch auf Versorgung mit Kontaktlinsen ist (LSG Hamburg, Urteil vom 21.11.2012 - [L 4 AS 6/11](#)). So hat auch der erkennende Senat schon entschieden, dass der Grundsicherungsträger nicht die Zuzahlung zur Herstellung medizinisch notwendiger orthopädischer Schuhe oder für Sehhilfen zu übernehmen hat (Beschlüsse vom 28.05.2009 - [L 7 B 743/08 AS-NZB](#) - und vom 13.10.2011 - [L 7 AS 85/10 NZB](#); nicht veröffentlicht). Wenn die Fahrten des Klägers nach D - wie er angibt - medizinisch indiziert sind, ist somit in erster Linie die Krankenkasse des Klägers in der Pflicht und zu prüfen, ob nach den Vorschriften des SGB V - u.U. ausnahmsweise - eine Erstattung in Betracht kommt. Hier hätte es also dem Kläger obliegen, gegen die entsprechenden Bescheide der Krankenversicherung vorzugehen, um eine ausreichende Versorgung im Krankenversicherungssystem zu reklamieren.

Auch zum Verhältnis des Leistungssystems des SGB V zu dem des SGB II liegt bereits höchstrichterliche Rechtsprechung vor. So hatte das BSG bereits mit Urteil vom 25.06.2008 ([B 1 KR 10/07 R](#)) entschieden, dass das verfassungsrechtlich gesicherte Existenzminimum nicht unterschritten ist, wenn krankenversicherte Bezieher von Arbeitslosengeld II monatlich Zuzahlungen von 3,45 EUR leisten und Leistungskürzungen hinnehmen müssen. In der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte haben nach der Rechtsprechung des BSG auch nicht allein wegen ihrer Hilfebedürftigkeit Anspruch gegen ihre Krankenkasse auf krankheitsbedingt benötigte Mittel (BSG, Urteil vom 06.03.2012 - [B 1 KR 24/10 R](#), RdNrn. 33, 35-36): "Wie der erkennende Senat bereits entschieden hat, ist die Leistungsbegrenzung in [§ 34 Abs 1 SGB V](#) verfassungsgemäß. Insbesondere verletzt sie weder das Recht auf körperliche Unversehrtheit ([Art 2 Abs 2 S 1 GG](#)) noch das Grundrecht aus [Art 2 Abs 1 GG](#) in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip (vgl dazu [BVerfGE 115, 25](#), 43 ff = [SozR 4-2500 § 27 Nr 5](#) RdNr 21, 24). Denn der Gesetzgeber hat in verhältnismäßiger Weise von seinem Gestaltungsrecht Gebrauch gemacht, den Bereich der Eigenvorsorge zu umreißen []. Dementsprechend begründet es nach dem Plan des Gesetzes keinen Anspruch gegen die GKV, dass ein Versicherter wirtschaftlich nicht hinreichend leistungsfähig ist, sich selbst mit Pflegemitteln für die Haut zu versorgen. Das gilt selbst dann, wenn die

Pflege zur Vermeidung schwerwiegender gesundheitlicher Störungen unverzichtbar ist, wie es auch bei der Klägerin in Betracht kommt (vgl zutreffend zum Zusammenspiel der Sicherungssysteme zB [BSGE 103, 171](#) = [SozR 4-3500 § 54 Nr 5](#), RdNr 24; BSG SozR 4-3500 § 54 Nr 6, RdNr 18 ff; [BSGE 107, 169](#) = SozR 4-3500 § 28 Nr 6, RdNr 12 ff). Das Gesetz sieht bei fehlender wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit Betroffener insoweit - ggf also auch hinsichtlich notwendiger Pflegemittel - Ansprüche gegen die Sozialleistungsträger vor, zu deren Aufgaben die Existenzsicherung des Einzelnen im Falle der Bedürftigkeit zählt. Das trifft hier namentlich auf die Leistungsträger nach SGB II und SGB XII zu []. Ähnlich wie im Bereich krankheitsbedingt unverzichtbarer Lebensmittel (vgl dazu [§ 21 Abs 5 SGB II](#), [§ 30 Abs 5 SGB XII](#) und dazu zB BSG Urteil vom 9.6.2011 - [B 8 SO 11/10 R](#) - RdNr 24; [BSGE 100, 83](#) = [SozR 4-4200 § 20 Nr 6](#), RdNr 39 ff; BSG [SozR 4-4200 § 21 Nr 2](#) RdNr 28; BSG Urteil vom 8.11.2011 - [B 1 KR 20/10 R](#) - RdNr 38 mwN, Leucinose, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen) ist es Aufgabe dieser gesetzlichen Bestimmungen des SGB II und SGB XII, die Gewährleistung des verfassungsrechtlich garantierten Existenzminimums zu sichern, soweit es - wie dargelegt verfassungskonform - nicht durch den Leistungskatalog der GKV abgedeckt ist. Inwieweit im Einzelnen nicht von der Leistungspflicht der GKV abgedeckte Kosten für medizinisch notwendige Gesundheitspflege, zB für OTC-Präparate, dem verfassungsrechtlich garantierten Existenzminimum unterfallen, in der Regelleistung nach dem SGB II oder XII abgebildet sind oder Mehrbedarfsleistungen auslösen, unterliegt der Beurteilung der für die Grundsicherung und Sozialhilfe zuständigen Senate des BSG (vgl dazu zB BSG SozR 4-4200 § 20 Nr 13 RdNr 25; vgl auch Ebsen SDSRV Nr 56, S 133, 142 ff)."

Erst wenn feststeht, dass Versicherte krankheitsbedingt Aufwendungen haben, die verfassungskonform nicht dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung unterfallen, sichern die bei Hilfebedürftigkeit eingreifenden Teile des Sozialsystems das verfassungsrechtlich garantierte Existenzminimum (so 3. Leitsatz des Urteils des BSG vom 06.03.2012 - [B 1 KR 24/10 R](#) -, [BSGE 110, 183-194](#)).

Unstreitig und zutreffend gehen die Beteiligten und das Sozialgericht davon aus, dass im Regelbedarf Ausgaben für Verkehr (Abteilung 7: 22,78 EUR) enthalten sind. Die Kosten einer Krankenbehandlung sind nämlich bei den gesetzlich krankenversicherten Leistungsempfängern - wie hier der Kläger- entweder durch das System des SGB V oder (ergänzend) durch die Regelleistung abgedeckt (BSG, Urteil vom 26.05.2011, [a.a.O.](#), RdNr. 22). So sind im Regelbedarf auch Ausgaben für die Gesundheitspflege (Abteilung 6: 15,55 EUR) vorgesehen (§ 5 Regelbedarfs-Ermittlungsgesetz - RBEG). Ein klärungsbedürftiger Widerspruch zu der vom Sozialgericht vertretenen Auffassung, dass die Fahrtkosten zu ambulanten Krankenbehandlungen durch den für Verkehrsausgaben vorgesehenen Anteil im Regelbedarf gedeckt sein können, ergibt sich daher nicht. Insbesondere ergibt sich dies nicht aus dem vom Kläger eingereichten Schreiben des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales vom 13.01.2013. Zutreffend wird dort ausgeführt, dass bei der Verbrauchsposition "fremde Verkehrsdienstleistung" nicht nach dem Zweck der Inanspruchnahme von Verkehrsdienstleistungen unterschieden wird. Denn dies trifft auch auf den Regelbedarfsanteil für Verkehr zu: auch dort wird nicht nach dem Fahrtziel unterschieden, sondern es bleibt auch insoweit gemäß [§ 20 Abs. 1 Satz 4 SGB II](#) den Leistungsberechtigten überlassen, eigenverantwortlich über die Verwendung der zur Deckung des Regelbedarfs erbrachten Leistungen zu entscheiden, wobei sie das Eintreten unregelmäßig anfallender Bedarfe zu berücksichtigen haben. Die nach dem o.g. Schreiben vom 13.01.2013 nicht berücksichtigten Ausgaben für "sonstige medizinische Versorgung außerhalb von Krankenhäusern" mussten im Regelbedarf nicht berücksichtigt werden, weil diese Kosten von der Sozialversicherung, nämlich der gesetzlichen Krankenversicherung oder ggf. der gesetzlichen Unfallversicherung u.Ä., abgedeckt werden. Diese Aussage orientiert sich offensichtlich an der, die das BSG in seinem Urteil vom 26.05.2011 (s.o.) höchstrichterlich bestätigt hatte.

Nichts anderes ergibt sich aus der Entscheidung des 3. Senats des Sächsischen Landessozialgerichts vom 19.01.2012 ([L 3 AS 39/10](#) - zitiert nach Juris, RdNr. 28): Dort war im Hinblick auf die streitigen Kosten von Krankenfahrten ein unabweisbarer Bedarf, der nicht entweder durch das System des SGB V oder durch die Regelleistung nach dem SGB II abgedeckt wird, verneint worden, weil medizinisch notwendige, jedoch von der Leistungspflicht der Krankenkasse nicht umfasste Krankenfahrten, die unter dem Gesichtspunkt der Eigenverantwortung der in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten auch von Hilfebedürftigen nach dem SGB II selbst zu zahlen sind, in der Regelleistung abgebildet sind. Diese Bewertung folgt erkennbar der eingangs zitierten Entscheidung des BSG (Urteil vom 26.05.2011, [a.a.O.](#), RdNr. 27). Auch nach § 5 RBEG sind Fahrtkosten zum Arzt durch die vorgesehenen Beträge für Gesundheitspflege und Verkehr für die Zeit ab 01.01.2011 in dem als Pauschale gewährten Regelbedarf nach [§ 20 Abs. 1 Satz 1 SGB II](#) berücksichtigt. Dass die ab 01.01.2011 geltenden Regelsätze im Hinblick auf die hier geltend gemachten Aufwendungen in verfassungswidriger Weise zu niedrig angesetzt wären, ist nicht ersichtlich (vgl. BSG, Urteil vom 28.03.2013 - [B 4 AS 12/12 R](#), m.w.N.). Eine klärungsbedürftige Frage stellt sich angesichts dieser bereits vorliegenden höchstrichterlichen Rechtsprechung im vorliegenden Fall also nicht.

Soweit die Prozessbevollmächtigte des Klägers geltend machen möchte, es liege beim Urteil des Sozialgerichts eine Abweichung zum Urteil des BSG vom 06.12.2007 (B [14/7b AS 50/06 R](#)) vor, trifft dies nicht zu. Diese Entscheidung behandelt andere Rechtsfragen, weil es sich bei der dort streitgegenständlichen Fahrtkostenerstattung um eine eigens gesetzlich vorgesehene Ermessensleistung für die vom Leistungsträger selbst veranlasste Fahrt handelte. Auf eine entsprechende Rechtsgrundlage stützt sich das Begehren des Klägers gerade nicht. Ein - hier aus den o.g. Gründen erfolglos geltend gemachter - Anspruch nach [§ 21 Abs. 6 SGB II](#) ist zwingend zu gewähren, wenn die tatbestandlichen Voraussetzungen vorliegen, ohne dass dem Beklagten Ermessen eingeräumt wäre (sog. gebundene Entscheidung).

Andere Zulassungsgründe hat der Kläger weder benannt, noch geltend gemacht. Solche sind auch sonst nicht ersichtlich.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#) entsprechend.

Die Bewilligung von Prozesskostenhilfe und Beiordnung seiner Prozessbevollmächtigten gemäß [§ 73a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 114 Satz 1](#) Zivilprozessordnung kommt nicht in Betracht, weil aus den o.g. Gründen keine hinreichende Erfolgsaussicht für die Nichtzulassungsbeschwerde besteht.

Dieser Beschluss ist gemäß [§ 177 SGG](#) unanfechtbar.

Wagner Richterin am LSG
Rechtskraft
Aus
Login
FSS

Saved
2013-10-01