

B 4 AS 6/13 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Grundsicherung für Arbeitsuchende

Abteilung

4

1. Instanz
SG Köln (NRW)
Aktenzeichen
S 15 AS 664/10

Datum
07.02.2011

2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen

L 6 AS 139/12 ZVW
Datum

09.08.2012

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

B 4 AS 6/13 R

Datum
12.12.2013

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Unabweisbar kann ein durch eine medizinische Behandlungsmaßnahme ausgelöster Mehrbedarf gegenüber dem Regelbedarf nur dann sein, wenn die medizinisch notwendige Versorgung durch das Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung beschränkt wird.

Auf die Revision der Klägerin wird das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 9. August 2012 aufgehoben und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an dieses Gericht zurückverwiesen.

Gründe:

I

1

Streitig sind höhere Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts im Zeitraum ab dem 18.1. bis 31.5.2010 unter Berücksichtigung eines Anspruchs auf Mehrbedarfsleistungen für Aufwendungen aufgrund einer kieferorthopädischen Behandlung, die nicht durch die gesetzliche Krankenversicherung getragen werden, in Höhe von nunmehr noch 928,11 Euro als Zuschuss.

2

Die 1996 geborene Klägerin, die zwischen dem 1.12.2009 und Ende Mai 2010 Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts von dem Beklagten bezog (Leistungsbezug insgesamt von 2007 bis Ende Mai 2012), beantragte am 13.1.2010 die Gewährung einer Mehrbedarfsleistung für die Finanzierung einer kieferorthopädischen Behandlung. Die zuständige gesetzliche Krankenkasse hatte am 18.11.2009 eine Kostenzusage auf Grundlage eines Behandlungsplans des behandelnden Kieferorthopäden vom 22.9.2009 in Höhe von zunächst 1783,06 Euro erteilt. Darin enthalten seien alle medizinisch notwendigen Leistungen. Der darüber hinaus zu erbringende 20 prozentige Eigenanteil werde erstattet, wenn der Erfolg der Behandlung nachgewiesen werde. Der Kieferorthopäde erstellte darüber hinaus einen ergänzenden Heil- und Kostenplan (6.10.2009) wegen zusätzlicher Behandlungsmaßnahmen, verbunden mit einem voraussichtlichen weiteren Honorar in Höhe von 871,11 Euro und Labor- und Materialkosten in Höhe von 57 Euro. Ergänzend führte er hierzu am 30.11.2009 aus, dass diese Behandlungsmaßnahmen im Rahmen der geplanten umfassenden kieferorthopädischen Behandlung notwendig seien, jedoch nicht vom Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst würden. Die Behandlung wurde am 18.1.2010 aufgenommen.

3

Den zunächst von der Klägerin geltend gemachten Betrag von 1079,59 Euro reduzierte sie in der mündlichen Verhandlung vor dem LSG auf einen Betrag von 928,11 Euro. Auf die darlehensweise Leistungsgewährung für den Eigenanteil in Höhe von 445,77 Euro verzichtete sie niederschriftlich. Zugleich legte die Klägerin Rechnungen des behandelnden Kieferorthopäden vor, betreffend sowohl die Forderungen für seine ergänzenden Behandlungsmaßnahmen, als auch ihren jeweiligen Eigenanteil.

4

Durch Bescheid vom 15.1.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 3.2.2010 lehnte der Beklagte die Gewährung einer Mehrbedarfsleistung für die Aufwendungen durch die kieferorthopädische Versorgung ab. Das SG hat die Klage hiergegen durch

Gerichtsbescheid vom 7.2.2011 zurückgewiesen. Das Urteil des LSG vom 16.6.2011, mit dem dieses die Berufung als unzulässig verworfen hat, hat das BSG auf die Beschwerde der Klägerin durch Beschluss vom 20.12.2011 aufgehoben und den Rechtsstreit zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das LSG zurückverwiesen ([B 4 AS 161/11 B](#)). Das LSG hat die Berufung alsdann durch Urteil vom 9.8.2012 zurückgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, dass es an einer Anspruchsgrundlage für das Begehren der Klägerin mangle. [§ 21 Abs 6 SGB II](#) scheidet insoweit aus, denn es handele sich vorliegend weder um einen laufenden Bedarf, noch sei ein besonderer Bedarf im Sinne dieser Vorschrift gegeben. Schließlich sei der Bedarf auch nicht unabweisbar. Die medizinisch notwendige Versorgung werde von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen. Die Klägerin unterfalle den vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten Indikationsgruppen, sodass die Kostenübernahme bei Beleg des Erfolgs der Behandlung 100 % betrage. So habe die Krankenversicherung im vorliegenden Fall auch eine Kostenzusage erteilt. Die zusätzlichen Leistungen beträfen nur die Qualität der verwendeten Materialien und des Instrumentariums sowie zusätzliche Dienstleistungen, die nicht geeignet erschienen, die Qualität der Maßnahme zu erhöhen. Auch ohne sie wäre die Behandlung erfolgreich durchzuführen gewesen. Anhaltspunkte für eine nur unzureichende Erbringung von Leistungen durch die Krankenversicherung seien im vorliegenden Fall nicht zu erkennen. Der geltend gemachte Anspruch könne auch nicht auf [§ 73 SGB XII](#) gestützt werden.

5

Mit der vom LSG zugelassenen Revision macht die Klägerin geltend, dass es sich hier durchaus um einen laufenden Bedarf handele, denn sie habe mehrfach im Jahr Rechnungen des Kieferorthopäden zu begleichen gehabt. Auch sei der Bedarf, gemessen an dem, was in den Regelsatz für Gesundheitspflege eingestellt worden sei, atypisch. Der Bedarf sei auch unabweisbar, denn es handele sich um medizinisch notwendige Leistungen, die gleichwohl nicht vom Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst seien. Sie könnten andererseits nicht durch die Regelleistung gedeckt werden. Nur wer über ein hinreichendes Einkommen verfüge, könne derartige Leistungen finanzieren, nicht jedoch derjenige, der Leistungen nach dem SGB II beziehe. Für Gesundheitspflege sei bei der Berechnung des Regelsatzes lediglich ein pauschalierter Bedarfsanteil von 4 % bzw 4,27 % vorgesehen. Dies ergebe einen Betrag von rund 10 Euro monatlich. Im Gegensatz dazu habe die Klägerin durchschnittliche monatliche Aufwendungen für die kieferorthopädische Behandlung von 42,37 Euro, wenn man die Gesamtaufwendungen auf 36 Kalendermonate verteile. Die zusätzlichen Kosten seien auch durch die überdurchschnittlichen Schwierigkeiten bei der Umformung des Kiefers der Klägerin bedingt und erforderlich, um einen nachhaltigen Behandlungserfolg sicher zu stellen. Bei Zweifeln an der medizinischen Notwendigkeit hätte das LSG ihrem Antrag auf Einholung eines medizinischen Sachverständigengutachtens hierzu folgen müssen. Anspruchsgrundlage für die begehrte Leistung sei bis zum Inkrafttreten des [§ 21 Abs 6 SGB II](#) am 3.6.2010 die Entscheidung des BVerfG vom 9.2.2010 ([1 BvL 1/09](#), [1 BvL 3/09](#), [1 BvL 4/09](#) - [BVerfGE 125, 175](#) ff = [SozR 4-4200 § 20 Nr 12](#)).

6

Die Klägerin beantragt, das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 9. August 2012, den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Köln vom 7. Februar 2011 und den Bescheid des Beklagten vom 15. Januar 2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 3. Februar 2010 aufzuheben sowie den Beklagten zu verurteilen, ihr höhere Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts unter Berücksichtigung eines Zuschusses für die Kosten ihrer kieferorthopädischen Behandlung in Höhe von 928,11 Euro zu gewähren.

7

Der Beklagte beantragt, die Revision zurückzuweisen.

8

Er hält die Ausführungen des LSG für zutreffend.

II

9

Die zulässige Revision ist im Sinne der Zurückverweisung der Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das LSG begründet ([§ 170 Abs 2 S 2 SGG](#)).

10

Der Senat vermochte nicht abschließend darüber zu befinden, ob die Klägerin in dem hier streitigen Bewilligungsabschnitt einen Anspruch auf höhere Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts hat. Streitgegenstand ist nicht allein eine Leistung für Mehrbedarf durch die kieferorthopädische Behandlung der Klägerin ab dem 18.1.2010. Zu befinden war vielmehr über die Höhe der Regelleistung insgesamt, allerdings ohne Leistungen für Unterkunft und Heizung, im Bewilligungszeitraum ab dem 1.12.2009 bis 31.5.2010. Ob die Klägerin ohne die Mehrbedarfsleistung einen Anspruch auf eine höhere Regelleistung gehabt hätte, kann der Senat in Ermangelung von Feststellungen des LSG hierzu nicht beurteilen. Die Voraussetzungen für die Gewährung einer Mehrbedarfsleistung wegen einer Härte auf Grundlage der Entscheidung des BVerfG vom 9.2.2010 - [1 BvL 1/09](#) ua - waren im hier streitigen Zeitraum jedoch nicht gegeben. Der Bedarf durch die Aufwendungen für die ergänzenden kieferorthopädischen Behandlungsmaßnahmen ist nicht unabweisbar.

11

1. Streitgegenstand des Revisionsverfahrens sind Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts für den Zeitraum vom 1.12.2009 bis 31.5.2010 unter Berücksichtigung eines Mehrbedarfs für die kieferorthopädische Versorgung der Klägerin. Der Beklagte hatte die Regelleistung durch bestandskräftigen Bescheid vom 24.8.2009 in der Fassung des Änderungsbescheides vom 1.10.2009 für diesen Zeitraum bewilligt und den die Regelleistung erhöhenden Mehrbedarf durch den hier streitbefangenen Bescheid vom 15.1.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 3.2.2010 abgelehnt. Der erkennende Senat folgt dem LSG insoweit, als dieses durch seine

Eingrenzung des Streitgegenstandes auf Leistungen für Mehrbedarf zum Ausdruck bringt, dass zumindest Leistungen für Unterkunft und Heizung nicht im Streit stehen (zur Eigenständig- und Abtrennbarkeit der Kosten der Unterkunft als Streitgegenstand für die Zeit vor dem Inkrafttreten des RBEG/SGB II/SGB XII-ÄndG zum 1.1.2011, [BGBl I 453](#), vgl BSG Urteil vom 7.11.2006 - [B 7b AS 8/06 R - BSGE 97, 217](#) = [SozR 4-4200 § 22 Nr 1](#), RdNr 18 ff; s auch BSG Urteil vom 18.2.2010 - [B 4 AS 29/09 R - BSGE 105, 279](#) = SozR 4-1100 Art 1 Nr 7, RdNr 11). Die weiteren Regelungen in diesen Bescheiden betreffend die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts können jedoch nicht rechtlich zulässig in unterschiedliche Streitgegenstände aufgespalten werden (vgl BSG Urteil vom 18.2.2010 - [B 4 AS 29/09 R -](#), aaO). Dieses gilt auch für eine Leistung für Mehrbedarf, die nach der Rechtsprechung des 14. Senats des BSG, der sich der erkennende Senat angeschlossen hat, Bestandteil der Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts ist (vgl nur BSG Urteil vom 2.7.2009 - [B 14 AS 54/08 R - BSGE 104, 48](#) = [SozR 4-1500 § 71 Nr 2](#), RdNr 11; BSG Urteil vom 18.2.2010 - [B 4 AS 29/09 R - BSGE 105, 279](#) = SozR 4-1100 Art 1 Nr 7, RdNr 11; BSG Urteil vom 14.2.2013 - [B 14 AS 48/12 R -](#) SozR 4-4200 § 21 Nr 15, RdNr 9 ff). Ebenso wenig stellt der Anspruch auf eine Leistung nach § 21 Abs 6 SGB II oder soweit hier ein Härtebedarf geltend gemacht wird, nach den Vorgaben der Entscheidung des BVerfG vom 9.2.2010 (BVerfG vom 9.2.2010 - [1 BvL 1/09](#) ua - [BVerfGE 125, 175](#) = SozR 4-4200 § 20 Nr 12, RdNr 204, 220), einen eigenständigen und von der Höhe der Regelleistung abtrennbaren Streitgegenstand dar (BSG Urteil vom 3.3.2009 - [B 4 AS 50/07 R - BSGE 102, 290](#) = [SozR 4-4200 § 21 Nr 5](#), RdNr 12). Die Höhe der weiteren Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts ist somit unter jedem rechtlichen Gesichtspunkt zu überprüfen. Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus der Entscheidung des erkennenden Senats vom 10.9.2013 ([B 4 AS 12/13 R -](#) SozR 4-4200 § 28 Nr 8). Der Senat hat dort die Frage nach der Möglichkeit der selbstständigen Geltendmachung von Mehrbedarfsleistungen nach [§ 21 Abs 6 SGB II](#) ausdrücklich dahinstehen lassen (BSG Urteil vom 10.9.2013 - [B 4 AS 12/13 R -](#) RdNr 26), denn er hat einen Anspruch auf Grundlage dieser Vorschrift von vornherein verneint. Die dort begehrte Übernahme der Leihgebühren für ein schulisch genutztes Cello war eine selbstständig geltend zu machende Teilhabeleistung, also ein Streitgegenstand unabhängig von dem Regelbedarfsanspruch. Das Begehren ist insoweit lediglich auf eine weitere Anspruchsgrundlage hin vom Senat untersucht worden.

12

Auch wenn die Klägerin hier einen Gesamtbedarf für die kieferorthopädische Behandlung geltend macht, der sich prognostisch über einen längeren Zeitraum als den im Bescheid vom 24.8.2009 in der Gestalt des Änderungsbescheides vom 1.10.2010 geregelten Bewilligungszeitraum vom 1.12.2009 bis 31.5.2010 erstreckt und der Bescheid des Beklagten vom 15.1.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 3.2.2010 keine ausdrückliche Bezugnahme auf einen bestimmten Bewilligungsabschnitt erkennen lässt, sind die weiteren Bewilligungsabschnitte bis zum Ausscheiden der Klägerin aus dem Leistungsbezug hier nicht ebenfalls Gegenstand des Verfahrens geworden. Lediglich sofern der Träger Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts gänzlich ablehnt, können zulässiger Streitgegenstand des gerichtlichen Verfahrens - je nach Klageantrag - Leistungen für den gesamten bis zur Entscheidung verstrichenen Zeitraum sein (stRspr seit BSG Urteil vom 7.11.2006 - [B 7b AS 14/06 R - BSGE 97, 242](#) = [SozR 4-4200 § 20 Nr 1](#), RdNr 30). Ist dagegen - wie soeben dargelegt - nur die Höhe der laufenden Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts streitig, kann einer Entscheidung des Trägers der Grundsicherung wegen der in [§ 41 Abs 1 S 4 SGB II](#) vorgesehenen abschnittswisen Bewilligung von Leistungen grundsätzlich keine Bindungswirkung für künftige Bewilligungsabschnitte zukommen (so ausdrücklich zum Mehrbedarf BSG Urteil vom 22.3.2010 - [B 4 AS 59/09 R -](#) SozR 4-4200 § 21 Nr 9 RdNr 16). Da der Beklagte hier die Erhöhung der Regelleistung durch eine Mehrbedarfsleistung gänzlich abgelehnt hat, bedurfte es aus seiner Sicht auch keiner Entscheidung für weitere Zeiträume. Zu dieser wäre er, ohne die konkrete Höhe oder den Zeitpunkt des Anfalls des geltend gemachten Bedarfs zu kennen und wegen der in [§ 41 Abs 1 S 4 SGB II](#) vorgesehenen abschnittswisen Bewilligung von Leistungen, auch nicht berechtigt gewesen (vgl hierzu BSG Urteil vom 24.2.2011 - [B 14 AS 49/10 R -](#) SozR 4-4200 § 21 Nr 10 RdNr 14). Dies war als Wille der Behörde für einen verständigen Beteiligten auch zu erkennen (BSG Urteil vom 28.6.1990 - [4 RA 57/89 - BSGE 67, 104](#), 110 = [SozR 3-1300 § 32 Nr 2](#) S 11). Vernünftigerweise ergibt sich für den Bescheidempfänger in einem solchen Fall, dass eine (ablehnende) Regelung des Beklagten über eine höhere Leistung zur Sicherung des Lebensunterhalts unter Berücksichtigung des geltend gemachten Mehrbedarfs nur für solche Bewilligungsabschnitte erfolgt, die im Zeitpunkt der Behördenentscheidung in der Vergangenheit lagen bzw in der Gegenwart liegen.

13

Da die Klägerin im Hinblick auf die Höhe der Regelleistung einschließlich der Mehrbedarfe die Bewilligungsbescheide für die weiteren Abschnitte zudem nicht fristgerecht mit einem Rechtsbehelf angegriffen hat, sind sie nach Aktenlage zumindest bezüglich der Höhe der Regelleistung bestandskräftig geworden (vgl [§ 77 SGG](#)). Ihre Einbeziehung in das laufende Klage- bzw Berufungsverfahren im Wege der Klageänderung ([§ 99 SGG](#)) scheidet daher ebenfalls aus. In zeitlicher Hinsicht kann sich die Leistungsklage der Klägerin damit zulässigerweise nur auf höhere laufende Leistungen für den Bewilligungsabschnitt vom 1.12.2009 bis zum 31.5.2010 ab der geltend gemachten Änderung der Verhältnisse (hier ab dem 18.1.2010) richten.

14

2. Ob der Klägerin in dem streitbefangenen Zeitraum höhere Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts zustehen, kann der Senat wegen fehlender Feststellungen des LSG nicht beurteilen. Die Höhe der Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts ist - wie schon dargelegt - unter jedem rechtlichen Gesichtspunkt zu prüfen (BSG Urteil vom 22.3.2010 - [B 4 AS 59/09 R -](#) SozR 4-4200 § 21 Nr 9 mwN). Die Entscheidung des LSG befasst sich jedoch nicht mit anderen Bedarfen der Klägerin als dem Mehrbedarf wegen der Aufwendungen für die kieferorthopädische Behandlung, die möglicherweise zu einer Erhöhung des Sozialgeldes nach [§ 28 Abs 1 S 2 iVm § 19 Abs 1 SGB II](#) in der Fassung des Gesetzes zur Neuausrichtung der arbeitsmarktpolitischen Instrumente vom 21.12.2008 ([BGBl I 2917](#) mWv 1.1.2009) führen könnten. Feststellungen hierzu wird das LSG im wieder eröffneten Berufungsverfahren nachzuholen haben.

15

3. Einen Anspruch auf eine Mehrbedarfsleistung wegen der Aufwendungen für die ergänzenden kieferorthopädischen Behandlungsmaßnahmen hatte die Klägerin im streitigen Zeitraum jedoch nicht. Als Anspruchsgrundlagen hierfür kommen für den Zeitraum bis zur Entscheidung des BVerfG vom 9.2.2010 - [1 BvL 1/09](#) ua - [§ 73 SGB XII](#) und danach die Vorgaben des BVerfG in dieser Entscheidung in Betracht (zur Frage der Rückwirkung der Entscheidung des BVerfG s BSG Urteil vom 19.8.2010 - [B 14 AS 13/10 R -](#) SozR 4-3500 § 73 Nr 3 RdNr 23).

16

Da der Klägerin jedoch für den Zeitraum vom 18.1.2010 - dem Beginn der kieferorthopädischen Behandlung - bis zum 30.3.2010 unter Zugrundelegung der von ihr in der mündlichen Verhandlung vor dem LSG vorgelegten Rechnungen keine Aufwendungen durch die ergänzenden Behandlungsmaßnahmen des Kieferorthopäden entstanden sind, konnte der Senat davon absehen, den geltend gemachten Anspruch auf der Grundlage von [§ 73 SGB XII](#) zu überprüfen. Die beiden Rechnungen vom 23.12.2009 und 31.2.2010 betreffen den Versicherten- oder Eigenanteil, der nicht mehr im Streit steht.

17

Das BVerfG hatte den Gesetzgeber verpflichtet, bis spätestens zum 31.12.2010 eine Regelung im SGB II zu schaffen, die sicherstellt, dass besonderer Bedarf gedeckt wird. Zugleich hat das BVerfG bestimmt, dass die nach [§ 7 SGB II](#) Leistungsberechtigten, bei denen ein derartiger besonderer Bedarf vorliegt, auch vor der Neuregelung im Hinblick auf den Gewährleistungsanspruch aus [Art 1 Abs 1](#) iVm [Art 20 Abs 1 GG](#) die erforderlichen Sach- oder Geldleistungen erhalten müssen. Deshalb war in der Übergangszeit bis zur Einführung einer entsprechenden Härtefallklausel die verfassungswidrige Lücke für die Zeit ab der Verkündung des Urteils durch eine entsprechende Anordnung zu schließen, mit einem Anspruch zu Lasten des Bundes. Materiell-rechtlich orientiert sich der Anspruch auf eine Mehrbedarfsleistung im Härtefall nach der Entscheidung des BVerfG an den Voraussetzungen des [§ 73 SGB XII](#), wie sie in der Rechtsprechung des BSG ihre Ausformung gefunden haben (BSG Urteil vom 7.11.2006 - [B 7b AS 14/06 R](#) - [BSGE 97, 242](#) = [SozR 4-4200 § 20 Nr 1](#), RdNr 22; BSG Urteil vom 19.8.2010 - [B 14 AS 13/10 R](#) - [SozR 4-3500 § 73 Nr 3 RdNr 15 ff](#); BSG Urteil vom 10.5.2011 - [B 4 AS 11/10 R](#) - [SozR 4-4200 § 44 Nr 2 RdNr 16](#)). Das BVerfG konkretisiert den Härtebedarf als einen zur Deckung des menschenwürdigen Existenzminimums laufenden, nicht nur einmaligen, besonderen, unabweisbaren Bedarf. Einen derartigen Bedarf hat die Klägerin im Hinblick auf die Aufwendungen durch die ergänzende kieferorthopädische Versorgung - soweit sie nicht von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen werden - nicht geltend gemacht.

18

Zwar fehlt es in der Entscheidung des LSG an einer umfassenden Feststellung des Zeitpunkts der Entstehung und der Höhe der Bedarfe der Klägerin durch die Aufwendungen für die ergänzende kieferorthopädische Versorgung im Bewilligungszeitraum. Für die Leistungsgewährung reicht - im Gegensatz zur Auffassung der Klägerin - ein rein prognostischer Bedarf, wie hier aufgrund eines Heil- und Kostenplans für eine für mehrere Jahre geplante Behandlung, nicht. Dass der Bedarf prognostisch auch in Zukunft wiederkehren muss, damit es sich um einen laufenden Bedarf handelt, ändert nichts daran, dass er sich im Zeitpunkt der Leistungsgewährung selbst bereits realisiert haben muss. Dies folgt für die Zeit vor dem Inkrafttreten des [§ 21 Abs 6 SGB II](#) aus dem Leistungssystem des SGB II und seit dem Inkrafttreten des [§ 21 Abs 6 SGB II](#) am 3.6.2010 (s Art 4 Abs 2 des Gesetzes zur Abschaffung des Finanzplanungsrates und zur Übertragung der fortzuführenden Aufgaben auf den Stabilitätsrat sowie zur Änderung weiterer Gesetze vom 27.5.2010, [BGBl I 671](#)) ausdrücklich aus dem Wortlaut der Vorschrift. Nach dessen Satz 1 muss der Bedarf bestehen.

19

Im vorliegenden Fall entsteht der Bedarf, der durch SGB II-Leistungen zu decken sein könnte, erst mit den Rechnungsstellungen durch den behandelnden Kieferorthopäden. Die Leistungsberechtigte muss der Forderung tatsächlich ausgesetzt sein; sie darf nicht erst zukünftig entstehen. Dies gilt auch, wenn sie ihre Grundlage in einer vertraglichen Beziehung hat. Nach Aktenlage ist für den hier streitigen Bewilligungszeitraum lediglich erkennbar, dass der Kieferorthopäde am 31.3.2010 gegenüber der Klägerin eine Forderung in Höhe von 133,46 Euro geltend gemacht hat. Daher scheidet der Anspruch auf die begehrte Leistung im vorliegenden Fall nicht bereits daran, dass noch gar kein Bedarf entstanden war.

20

Die weiteren Tatbestandsvoraussetzungen aus den oben dargelegten Vorgaben des BVerfG sind jedoch nicht erfüllt. Der von der Klägerin geltend gemachte Bedarf ist zumindest nicht unabweisbar. Es kann daher dahinstehen, ob es sich im konkreten Fall um einen laufenden und besonderen Bedarf handelt.

21

Nach der Kodifizierung der Härteleistung durch [§ 21 Abs 6 SGB II](#) wird Unabweisbarkeit ua als gegeben angesehen, wenn der Bedarf insbesondere nicht durch Zuwendungen Dritter sowie unter Berücksichtigung von Einsparmöglichkeiten der Leistungsberechtigten gedeckt ist. Die Voraussetzungen für eine Härteleistung vor der Kodifizierung waren insoweit keine anderen. Die Subsidiarität der Leistungserbringung nach dem SGB II folgt bereits aus [§ 5 Abs 1 S 1 SGB II](#). Insbesondere die Leistungen anderer Sozialleistungsträger sind danach zur Bedarfsdeckung in Anspruch zu nehmen. [§ 3 Abs 3 S 1 Halbs 1 SGB II](#) stellt den allgemeinen Grundsatz auf, dass Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nur erbracht werden dürfen, soweit die Hilfebedürftigkeit nicht anderweitig beseitigt werden kann, also auch nicht durch den Einsatz eigener Mittel des Leistungsberechtigten oder die Dritter.

22

Unabweisbar im Sinne des Grundsicherungsrechts kann wegen der Subsidiarität dieses Leistungssystems ein medizinischer Bedarf demnach grundsätzlich nur dann sein, wenn nicht die gesetzliche Krankenversicherung oder Dritte zur Leistungserbringung, also zur Bedarfsdeckung, verpflichtet sind (vgl Behrend in jurisPK-SGB II, 3. Aufl 2012, § 21 RdNr 111, Stand 12.11.2013; Düring in Gagel, SGB II/SGB III, [§ 21 SGB II](#), RdNr 49, Stand 11/2013; S. Knickrehm/Hahn in Eicher, SGB II, 3. Aufl 2013, § 21 RdNr 74; Krauß in Hauck/Noftz, SGB II, K § 21 RdNr 88, Stand 05/2011). Dabei ist zu unterscheiden zwischen dem Fall, in dem der Ausfall der Bedarfsdeckung durch die gesetzliche Krankenversicherung aufgrund der gesetzlichen Verpflichtung des Versicherten zur Zuzahlung oder vorläufigen/endlgültigen Tragung eines Eigenanteils, wie etwa nach [§ 29 Abs 2 SGB V](#) für die kieferorthopädische Versorgung, erfolgt und dem Fall, dass dem Leistungsberechtigten durch eine medizinisch notwendige Behandlung deswegen regelmäßig Kosten entstehen, weil Leistungen der Krankenversicherung etwa

wegen ihres geringen Abgabepreises, aus sonstigen Kostengründen oder aus systematischen/sozialpolitischen Gründen von der Versorgung nach dem SGB V ausgenommen werden (vgl Behrend in jurisPK-SGB II, aaO, § 21 RdNr 114 ff, Stand 12.11.2013; S. Knickrehm/Hahn in Eicher, SGB II, 3. Aufl 2013, § 21 RdNr 74). In ersterem Fall sieht [§ 62 SGB V](#) auch für Bezieher von Alg II eine Zuzahlung bis zur Belastungsgrenze vor und [§ 29 Abs 2 SGB V](#) fordert den Eigenanteil an der kieferorthopädischen Versorgung als Vorleistung des Versicherten bis zum endgültigen Abschluss der Behandlung ohne Ausnahme. SGB II-Empfänger haben demnach Zuzahlungen und die Vorleistung des Eigenanteils aus dem Regelbedarf zu erbringen. Ob wegen eines ggf über mehrere Jahre zu zahlenden Eigenanteils nach [§ 29 Abs 2 SGB V SGB II](#)-Leistungen zu erbringen sind - eventuell eine darlehensweise Übernahme des hierfür erforderlichen Betrags (vgl hierzu Scheibe, SozSich 2011, 352, 357 f) -, konnte hier dahinstehen. Der ursprünglich auch geltend gemachte Eigenanteil nach [§ 29 Abs 2 SGB V](#) ist im vorliegenden Fall nicht mehr streitig. Werden, wie im zweiten Fall, Aufwendungen für eine medizinisch notwendige Behandlung aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen, kann grundsätzlich ein Anspruch auf eine Mehrbedarfsleistung entstehen (vgl BSG Urteil vom 6.3.2012 - [B 1 KR 24/10 R - BSGE 110, 183](#) = SozR 4-2500 § 34 Nr 9, Leitsatz 3; s auch BSG Urteil vom 26.5.2011 - [B 14 AS 146/10 R - BSGE 108, 235](#) = SozR 4-4200 § 20 Nr 13, RdNr 24). Unter welchen Voraussetzungen dies zu erfolgen hat, ist bisher noch nicht abschließend geklärt. Jedenfalls scheidet eine Leistungsgewährung aus, wenn der Leistungsberechtigte wegen der Erkrankungen keine Kosten geltend macht, die über das hinausgehen, was für die übrigen Kosten für Gesundheitspflege im Regelbedarf vorgesehen ist (Bagatellgrenze; BSG Urteil vom 26.5.2011, [aaO](#), RdNr 25 - 26) und wenn die gesetzliche Krankenversicherung die Kosten einer medizinisch notwendigen Behandlung trägt.

23

Vorliegend kann aufgrund der Feststellungen des LSG zwar nicht beurteilt werden, ob die gesetzliche Krankenkasse überhaupt die Übernahme der Kosten für die Behandlungsmaßnahmen aus dem ergänzenden Heil- und Kostenplan abgelehnt hat. Fest steht nur, dass die gesetzliche Krankenversicherung den ihr vorgelegten Behandlungsplan "genehmigt" und auf dessen Grundlage eine Kostenzusage erteilt hat. Ob der ergänzende Heil- und Kostenplan des Kieferorthopäden vom 6.10.2010, der die Grundlage für die hier geltend gemachte Forderung bildet, der gesetzlichen Krankenversicherung vorgelegt worden ist, sodass diese darüber befinden konnte, ob die von dem Kieferorthopäden darin als "medizinisch notwendig" benannten weiteren Behandlungsmaßnahmen im Rahmen der [§§ 27, 29 SGB V](#) zu übernehmen gewesen wären, ist fraglich. Die Aussage des Kieferorthopäden im Schreiben vom 30.11.2009, dass die im ergänzenden Behandlungsplan aufgeführten Behandlungsmaßnahmen nicht vom Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst seien, reicht insoweit nicht aus.

24

An dem Fehlen der Unabweisbarkeit des hier geltend gemachten Bedarfs ändert es jedoch auch nichts, wenn die gesetzliche Krankenkasse ihre Leistungsverpflichtung nach dem SGB V für die Behandlungsmaßnahmen aufgrund des ergänzenden Heil- und Kostenplans verneint hätte. Eine Unabweisbarkeit des Bedarfs könnte nur dann in Betracht zu ziehen sein, wenn das SGB V einen Leistungsausschluss für eine medizinisch notwendige kieferorthopädische Versorgung in der konkreten Fallgestaltung vorsähe. Zwar kennt das SGB V auch bei der kieferorthopädischen Versorgung Leistungsbeschränkungen. Wenn jedoch die gesetzliche Krankenversicherung kieferorthopädische Versorgung erbringt, leistet sie auch die medizinisch notwendige Behandlung. So liegt der Fall hier.

25

Nach [§ 27 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern, also Anspruch auf die medizinisch notwendige Behandlung. Von der durch die gesetzliche Krankenversicherung zu erbringenden kieferorthopädischen Versorgung teilweise oder ganz ausgeschlossen sind nach dem SGB V zwei Fallgruppen. Es sind zum einen die über 18-jährigen und diejenigen, bei denen keine Indikation zur kieferorthopädischen Behandlung gegeben ist. Nach [§ 28 Abs 2 S 6](#) und 7 SGB V erhalten Versicherte keine kieferorthopädische Behandlung, die zu Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr vollendet haben, es sei denn, bei ihnen liegen schwere Kieferanomalien vor, die ein Ausmaß haben, das kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen dennoch erfordert (s auch [BT-Drucks 12/3608](#) - Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung, S 79 zu § 28; BSG Urteil vom 9.12.1997 - [1 RK 11/97 - BSGE 81, 245](#) = [SozR 3-2500 § 28 Nr 3](#)). Die Klägerin war zu Beginn der Behandlung noch nicht volljährig, sodass sie insoweit keiner Beschränkung der Versorgung unterlag. Daher bedurfte es hier auch keiner weiteren Ausführungen dazu, ob überhaupt Fallgestaltungen denkbar sind, in denen volljährigen Versicherten Grundsicherungsleistungen zu erbringen wären, weil die notwendige kieferorthopädische medizinische Versorgung durch die gesetzliche Krankenversicherung versagt wird. Für minderjährige Versicherte besteht nach [§ 29 Abs 1 S 1 SGB V](#) ein Anspruch auf kieferorthopädische Versorgung in medizinisch begründeten Indikationsgruppen, die nach [§ 29 Abs 4 SGB V](#) vom Gemeinsamen Bundesausschuss in Richtlinien gemäß [§ 92 Abs 1 SGB V](#) befundbezogen festgelegt werden und die objektiv überprüfbar sind. Medizinisch begründete Indikationen zur kieferorthopädischen Behandlung liegen nach [§ 28 Abs 1 SGB V](#) vor, wenn eine Kiefer- oder Zahnfehlstellung gegeben ist, die das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigt oder zu beeinträchtigen droht. Einzuhaltende Standards zur kieferorthopädischen Befunderhebung und Diagnostik werden in den Richtlinien vorgegeben. Zwar trägt die Anspruchsbegründung in Abhängigkeit von den in den Richtlinien näher umschriebenen Indikationen zur kieferorthopädischen Behandlung, insbesondere dem Wirtschaftlichkeitsgebot, Rechnung. Allerdings erfolgt insoweit eine Beschränkung nur, als rein kosmetische Korrekturen von der Leistungspflicht ausgenommen werden (vgl Wagner in Krauskopf, SGB V, § 29 RdNr 9, Stand 09/2013). Von diesen Beschränkungen der Versorgung wird die Klägerin im vorliegenden Fall jedoch nicht erfasst. [§ 29 Abs 1 S 1 SGB V](#) regelt nur die Beschränkung des "Zugangs" zu einer entsprechenden Behandlung. Dieser ist hier nicht streitig. Die Indikation zur vertragsärztlichen kieferorthopädischen Behandlung der Klägerin ist durch die gesetzliche Krankenkasse anerkannt worden, sodass sie - wie dargelegt - auch die medizinisch notwendige Versorgung iS des [§ 27 SGB V](#) durch die gesetzliche Krankenversicherung erhält. Damit wird der Bedarf der Klägerin wegen der kieferorthopädischen Behandlung jedoch zugleich auch im Sinne des Grundsicherungsrechts gedeckt.

26

Soweit die Klägerin vorbringt, dass es sich bei den vom Kieferorthopäden darüber hinaus vorgeschlagenen Maßnahmen um medizinisch notwendige handele, sind diese nach den Feststellungen des LSG Mehrleistungen. Es kann zwar nicht ausgeschlossen werden, dass sie medizinisch indiziert sein können. Sie gehen jedoch über die notwendige Versorgung hinaus und sind daher nach der Grundkonzeption des

SGB V vom Versicherten selbst zu tragen (Fahlbusch in jurisPK-SGB V, 2. Aufl 2012, § 29 RdNr 43; s auch Blöcher in Hauck/Noftz, SGB V, K § 29 RdNr 29, Stand 09/2012; [BT-Drucks 11/2237 S 171](#)). Hieraus folgt bereits, dass sie auch nicht durch SGB II-Leistungen zu decken sind. Daher kann die Klägerin ebenfalls nicht damit gehört werden, dass die vom Kieferorthopäden in den Behandlungsplan eingestellten Maßnahmen, die nicht vom Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst seien, der nachhaltigen Sicherstellung des Behandlungserfolgs dienen und der Notwendigkeit einer Wiederholung der Behandlung im Erwachsenenalter vorbeugen. Dies gilt auch für die Argumentation der Klägerin, die über die gesetzlich vorgesehenen Leistungen hinausgehenden Behandlungsmaßnahmen seien durch den Schwierigkeitsgrad der Behandlung wegen der Umformung des Kiefers begründet. So hat diese Abweichung vom "Normalzustand" - wie zuvor dargelegt - überhaupt erst dazu geführt, dass der Klägerin Leistungen der kieferorthopädischen Versorgung durch die gesetzliche Krankenversicherung zugesagt worden sind. Sie haben ihren Niederschlag in der Zuordnung zu einer der Indikationsgruppen gefunden und sind damit Bestandteil der von der gesetzlichen Krankenversicherung zu übernehmenden Behandlungsmaßnahme geworden. Die Indikationen der Kieferorthopädie-Richtlinien sind befundbezogen. Genau dadurch jedoch wird eine Grenzziehung in der Übergangszone zwischen Befunden mit eindeutiger medizinischer Behandlungsnotwendigkeit und medizinisch nicht ausreichend begründeter Behandlungsnotwendigkeit gewährleistet ([BT-Drucks 14/1245 S 65](#) - Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 - GKV-Gesundheitsreform 2000). Die Behandlungsnotwendigkeit steht hier jedoch nicht im Streit. Einer Beweiserhebung zur medizinischen Notwendigkeit der zusätzlichen Maßnahmen des Kieferorthopäden bedurfte es daher nicht.

27

Das LSG wird auch über die Kosten des Revisionsverfahrens zu befinden haben.

Rechtskraft

Aus

Login

BRD

Saved

2014-03-20