L 7 AS 167/17 B ER

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Grundsicherung für Arbeitsuchende
Abteilung

7

1. Instanz
SG Augsburg (FSB)
Aktenzeichen
S 14 AS 1445/16 ER

Datum
30.12.2016

2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 7 AS 167/17 B ER

Datum
09.03.2017

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie
Beschluss
Leitsätze

Wunschmedizin stellt keinen unabweisbaren Mehrbedarf dar.

I. Die Beschwerde gegen den Beschluss des Sozialgerichts Augsburg vom 30. Dezember 2016 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Die Antragstellerin und Beschwerdeführerin (Bf.) begehrt vom Antragsgegner und Beschwerdegegner (Bg.) im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes Mehrbedarfsleistungen nach [§ 21 Abs. 6 SGB II](#) im Zusammenhang mit ihrer cranio-mandibulären Dysfunktion (CMD).

Die Bf. bezieht seit 01.12.2015 vom Bg. laufend Leistungen nach dem SGB II, zuletzt aufgrund des Bescheides des Bg. vom 03.11.2016 in der Fassung des Bescheides vom 26.11.2016 für den Zeitraum vom 01.12.2016 bis 30.06.2017.

Bereits am 29.02.2016 beantragte die Bf. beim Bg. die Gewährung eines Mehrbedarfs für unabweisbare laufende Bedarfe in Härtefällen aufgrund ihrer CMD-Erkrankung. Es entstünden ihr aufgrund der Erkrankung Fahrtkosten zu Behandlungsterminen, Kosten für nicht erstattungsfähige Medikamente und höhere Kosten für die Kfz.-Versicherung wegen zu versichernder Fahrten einer notwendigen Begleitperson.

Mit Bescheid vom 29.03.2016 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 01.09.2016 lehnte der Bg. den Antrag mit der Begründung ab, dass für medizinische Leistungen in erster Linie die Krankenkassen zuständig seien.

Am 04.10.2016 erhob die Bf. hiergegen Klage, die unter Az.: S 14 AS 1157/16 derzeit noch beim Sozialgericht Augsburg anhängig ist.

Am 14.12.2016 beantragte die Bf. beim Sozialgericht den Erlass einer einstweiligen Anordnung im Hinblick auf die Fahrtkosten, die höheren Kfz.-Versicherungskosten und die Medikamente.

Mit Beschluss vom 30.12.2016 lehnte das Sozialgericht den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab. Bei den geltend gemachten Bedarfen handele es sich - soweit sie überhaupt hinreichend glaubhaft gemacht seien - nicht um unabweisbare Bedarfe im Sinn von [§ 21 Abs. 6 SGB II](#). Für Fahrtkosten zu einer ambulanten ärztlichen Behandlung seien vorrangig die Krankenkassen zuständig. Die Bf. habe nicht dargelegt, dass sie gegenüber der Krankenkasse Fahrtkosten geltend gemacht habe. Soweit die Bf. höhere Beiträge für ihre Kfz-Versicherung für eine Begleitperson begehre, sei nicht ersichtlich, warum die Bf. nicht in der Lage wäre, öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen; überdies weise der Schwerbehindertenausweis der Bf. nicht das Merkzeichen "B" auf. Kosten für Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel, die nicht von der Krankenkasse erstattet werden, seien aus der Regelleistung des [§ 20 Abs. 2 SGB II](#) zu decken.

Hiergegen hat die Bf. Beschwerde zum Bayer. Landessozialgericht eingelegt.

Die Bf. habe die Fahrtkostenerstattung nicht zuerst bei der Krankenkasse geltend machen müssen, da [§ 60 SGB V](#) eine Fahrtkostenerstattung bei ambulanter Behandlung nur in engen Ausnahmefällen vorsehe. Auch handle es sich hier bei der Behandlung von

CMD ohnehin um keine Kassenleistung, so dass eine Erstattung von Fahrtkosten durch Krankenkassen schon deshalb ausscheidet. Außergewöhnliche Fahrtkosten seien daher nach dem SGB II vom Jobcenter zu übernehmen (Sozialgericht Dresden Urteil vom 12.12.2016, Az.: [3 AS 5728/14](#)). Die Erstattung der Kosten für nicht verschreibungspflichtige Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel sei aus zwingenden medizinischen Gründen zur Vermeidung schwerwiegender gesundheitlicher Beeinträchtigungen medizinisch notwendig; die Dringlichkeit sei auch ärztlich bestätigt worden.

Die Bf. beantragt im Schreiben vom 09.02.2017, den Bg. zu verpflichten, ihr "Mehrbedarfsleistungen nach [§ 21 Abs. 6 SGB II](#) in folgendem Umfang zu gewähren: 1. Zahlung zu erwartender Fahrtkosten anlässlich der vorgesehenen CMD-Behandlung für durchschnittlich zu fahrende 600 km pro Monat a 0,20 EUR=120,00 EUR monatlich. 2. Übernahme der Kfz-Versicherung mit Vollkaskoversicherung und "Fremdfahrer"-Versicherung, entsprechend des jeweils günstigsten Angebots. 3. Übernahme nicht von der Krankenkasse erstattungsfähiger Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel anlässlich der Erkrankung der Antragstellerin in Höhe von 25,00 bis 30,00 EUR pro Monat gegen Nachweis."

Die Bg. beantragt, die Beschwerde zurückzuweisen.

Die erstinstanzliche Entscheidung sei zutreffend.

Mit Schriftsatz vom 03.03.2017 hat der Bevollmächtigte der Bf. das Beschwerdevorbringen u.a. dahin ergänzt, dass für die Fahrtkosten im nachhinein Nachweise erbracht würden. Der Bf. könne nicht zugemutet werden, bei der Krankenkasse einen unbegründeten Antrag zustellen. Fahrten mit den öffentlichen Verkehrsmitteln, die bis zu vier Stunden dauern könnten, "dürften" der Bf. unzumutbar sein. Durch das Attest von Dr. W. vom 13.09.2017 sei nachgewiesen, dass die Bf. die von der Krankenkasse nicht bezahlten Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel benötige. Das habe auch die Klinik H. im Mai 2016 bestätigt. Die Angelegenheit sei eilbedürftig, da die Bf. "umgehend mit einer geeigneten Therapie beginnen sollte, um die andauernden kontinuierlichen Schmerzen einer geeigneten Therapie zuzuführen". Dr. F. habe bestätigt, dass die Bf. sich an einen Spezialisten für CMD wenden müsse.

II.

Die zulässige Beschwerde ist unbegründet.

Streitgegenstand ist die Abänderung aller Bewilligungsbescheide für die Zeit ab Antragstellung auf Mehrbedarfsleistungen bei der Bg. am 29.02.2016, nachdem Mehrbedarfsleistungen nach der Rechtsprechung des BSG nicht abtrennbare Teile des Begehrens auf Leistungen nach dem SGB II sind.

Soweit die Bf. Eilrechtsschutz für die Zeit vor Antragstellung beim Sozialgericht am 14.12.2016 auf Erlass einer einstweiligen Anordnung begehrt, kommt eine einstweilige Anordnung nach der ständigen Rechtsprechung des Senats schon deshalb nicht in Frage, weil für den zurückliegenden Zeitraum vor Antragstellung auf Eilrechtsschutz beim Sozialgericht keine Notlage erkennbar ist, hier insbesondere, nachdem die Bf. ausreichende Nachweise über ihr in der Vergangenheit entstandene Kosten nicht vorgelegt und nicht hinreichend dargetan hat, dass aufgrund entstandener Kosten eine Notlage fortwirken würde.

Was den Zeitraum ab Antragstellung am 14.12.2016 beim Sozialgericht auf Erlass einer einstweiligen Anordnung betrifft, ist ein Mehrbedarf nach [§ 21 Abs. 6 SGB II](#) zwar in allen drei geltend gemachten Positionen nicht von vornherein rechtlich ausgeschlossen.

Nach [§ 21 Abs. 6 SGB II](#) wird bei Leistungsberechtigten ein Mehrbedarf anerkannt, soweit im Einzelfall ein unabweisbarer, laufender, nicht nur einmaliger besonderer Bedarf besteht. Der Mehrbedarf ist unabweisbar, wenn er insbesondere nicht durch die Zuwendungen Dritter sowie unter Berücksichtigung von Einsparmöglichkeiten der Leistungsberechtigten gedeckt ist und seiner Höhe nach erheblich von einem durchschnittlichen Bedarf abweicht.

In Umsetzung der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zur Sicherung des Existenzminimums verfolgt das Bundessozialgericht einen weiten Ansatz, was Mehrbedarfe nach [§ 21 Abs. 6 SGB II](#) anbetrifft (vgl. BSG Beschluss vom 05.07.2016, [B 1 KR 18/16 B](#)). Ein im Einzelfall seiner Höhe nach erheblich von einem durchschnittlichen Bedarf abweichender unabweisbarer Bedarf kommt bei Leistungen in Betracht, die zur Sicherung des zu gewährenden menschenwürdigen Existenzminimums notwendig, aber verfassungskonform kein Leistungsgegenstand der GKV sind (vgl. BSG aaO Rz 7).

Die gesetzliche Konzeption des SGB V, auch teilweise Mittel der Krankenbehandlung innerhalb der GKV der Eigenverantwortung des Versicherten ([§ 2 Abs. 1 S. 1 SGB V](#)) zuzuweisen, trägt der begrenzten Aufgabenstellung der GKV Rechnung, sich auf gezielte Maßnahmen der Krankheitsbekämpfung zu beschränken (vgl. BSG aaO Rz 7). Die Qualität als Mittel gezielter Krankheitsbekämpfung und die Schwere der Krankheit, nicht aber die ökonomische Bedürftigkeit des Betroffenen bestimmen systemgerecht den Umfang des jedenfalls grundsätzlich verfassungskonform gesetzlich geregelten, abgeschlossenen Naturalleistungskatalogs der GKV (BSG aaO Rz 7).

Wie auch im Bereich krankheitsbedingt unverzichtbarer Lebensmittel (vgl. dazu BSG aaO Rz 7) ist es Aufgabe der 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, z. B. für OTC-Präparate, dem verfassungsrechtlich garantierten Existenzminimums unterfallen, in der Regelleistung nach dem SGB II oder SGB XII abgebildet sind oder Mehrbedarfsleistungen auslösen, unterliegt dabei der Beurteilung der für die Grundsicherung und Sozialhilfe zuständigen Senate des BSG (vgl. BSG aaO Rz 7).

Angesichts dieser Rechtslage hat es die Bf. jedoch versäumt - wie im Eilverfahren unerlässlich - im Hinblick auf die von ihr geltend gemachten Mehrbedarfe einen Anordnungsanspruch hier konkret glaubhaft zu machen ([§§ 86a,b SGG](#) i. V. m. [§ 920 ZPO](#)).

Es ist Aufgabe der Bf. darzulegen, um welche Erkrankung es sich handelt, welche Medikamente bzw sonstige Mehrbedarfe zur Behandlung erforderlich sind und wie hoch die dadurch entstehenden monatlichen Kosten sind (LSG NRW Beschluss vom 29.06.2015, [L 12 AS 862/15 B ER](#) Rz. 9).

Aus den in den Akten befindlichen Gesundheitsunterlagen der Bf. lässt sich im Ergebnis lediglich entnehmen, dass sie an CMD und an zahlreichen Folgeerkrankungen bzw. - soweit es sich um keine Folge von CMD handelt - sonstigen Erkrankungen leidet. Jedoch lässt sich aus den Unterlagen nicht entnehmen, dass die Voraussetzungen für die geltend gemachten Mehrbedarfe auch nur ansatzweise gegeben wären. Eine klare Zuordnung der von der Bf. begehrten Mehrbedarfe zu irgendeiner ihrer Erkrankungen ist anhand der vorliegenden Gesundheitsunterlagen unmöglich.

Die behandelnde Allgemeinärztin am Wohnort der Bf. bestätigt in ihrem Attest vom 01.05.2016, dass der Bf. "in ihrer Praxis" als "Notfallpatientin" lediglich durch "Gespräche und Ratschläge geholfen" werden könne. Nur ein Spezialist für CMD-Patienten könne der Bf. weiterhelfen und ihr ein schmerzfreies normales Leben schenken." Auf einen solchen CMD-Spezialisten verweist auch Dr. F. in seinem Attest vom 02.05.2016, ohne diese Behauptung allerdings auch nur ansatzweise zu belegen. Diese Behauptung ist allerdings nicht hinreichend mit medizinischen Feststellungen untermauert. Insbesondere ist nicht erkennbar, welche Behandlung auf welche Art und Weise zu einer Linderung auch nur einer der zahlreichen Erkrankungen der Bf. beitragen könnte. Vielmehr handelt es sich bei der Behauptung des Bevollmächtigten im Schreiben vom 03.03.2017, wonach eine Heilung und Schmerzlinderung zu erwarten sei, um anhand der Atteste nicht hinreichend belegte Spekulation.

Für die Anerkennung eines Mehrbedarfs nach [§ 21 Abs. 6 SGB II](#) bezogen auf die von der Bf. genannten Mehrbedarfe fehlt letztlich es an einer hinreichenden medizinischen und ärztlichen Indikation und damit an der gebotenen Unabweisbarkeit des geltend gemachten Mehrbedarfs (vgl. LSG Hamburg Urteil 19.03.2015, [L 4 AS 390/10](#) Rz. 27).

Um nicht das Tor zu einer beliebigen mit Steuermitteln finanzierten Wunschmedizin zu öffnen, kommt die Übernahme von Kosten für gesundheitsbedingte Mehrbedarfe im Rahmen des [§ 21 Abs. 6 SGB II](#) von vornherein nur dann in Betracht, wenn vor Beginn und während der betreffenden Behandlungsmaßnahme ein hinreichender Anlass zu der betreffenden Intervention, d. h. einer Indikation, anhand der medizinischen Unterlagen nachvollziehbar festgestellt werden kann (vgl. LSG Hamburg aaO).

Aus sämtlichen medizinischen Unterlagen lässt sich nicht klar schließen, dass die CMD-Behandlung eine Besserung verspricht. Vielmehr legen die Atteste nahe, dass bei der Bf. eine Behandlung in Richtung einer psychosomatischen Erkrankung bzw. einer Schmerztherapie erfolgversprechender wäre. Insoweit ist dann allerdings wiederum nicht dargelegt, warum für die Kosten der Behandlung dieser Symptome - auch wenn sie möglicherweise mit der CMD-Erkrankung in Zusammenhang stehen - nicht die Krankenkassen zuständig sein sollten und inwiefern nicht schon die Allgemeinärztin vor Ort Hilfe über die bescheinigten "Gespräche und Ratschläge" hinaus leisten könnte. An einer ärztlichen Zuweisung an einen Spezialisten durch die Allgemeinärztin vor Ort unter Nennung einer zu behandelnden Krankheit fehlt es jedenfalls.

Bezogen auf die drei konkret begehrten Mehrbedarfe fehlt es zudem an der Glaubhaftmachung eines Anordnungsanspruchs in Bezug auf die Unabweisbarkeit der begehrten Leistungen.

Eine Unabweisbarkeit im Sinne von [§ 21 Abs 6 SGB II](#) ist für die begehrten Fahrtkosten nicht glaubhaft gemacht worden (vgl. LSG NRW Beschluss vom 15.02.2016, [L 7 AS 1681/15 B](#) Rz. 14). Fahrtkosten stellen nur dann einen unabweisbaren Bedarf dar, wenn am Wohnort keine adäquaten Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen bzw. die Bf. aus individuellen Gründen auf diese nicht verwiesen werden kann (vgl. LSG NRW aaO). Die Notwendigkeit von Fahrtkosten zu einem sogenannten CMD-Spezialisten ist hier - wie ausgeführt - nicht hinreichend dargelegt, nachdem im Übrigen völlig offen ist, welche Behandlung an einem solchen Termin überhaupt stattfinden soll und welche Erfolgsaussichten eine solche Behandlung im Hinblick auf die bei der Bf. vorhandene CMD-Erkrankung oder sonstigen Erkrankungen überhaupt haben könnte. Welchem Zweck die monatlichen Besuche bei den angegebenen Ärzten konkret dienen sollen bzw. welche Notwendigkeit für solche Besuche bestehen sollten, ist medizinisch nicht belegt.

Was das Begehren bezüglich höherer Kfz-Versicherungsbeiträge für eine Begleitperson zu den Arztbesuchen anbetrifft, scheidet dieses Begehren ebenfalls daran, dass die Notwendigkeit von Arztbesuchen außerhalb des Wohnorts der Bf. nicht hinreichend glaubhaft gemacht wurde; ein unabweisbarer Bedarf nach [§ 21 Abs 6 SGB II](#) wurde in Bezug auf die Erkrankungen der Bf. - wie ausgeführt - nicht glaubhaft gemacht. Anzumerken ist insoweit lediglich, dass ärztliche Atteste, wie sie vorgelegt wurden, wonach die Bf. auf "weiten Strecken" einer Begleitperson bedürfe und nicht in der Lage sei, öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen, nicht schlüssig sind, wenn insoweit auf Gleichgewichtsstörungen der Bf. abgestellt wird. Sollte die Bf. tatsächlich unter Gleichgewichtsstörungen leiden, liegt vielmehr die Annahme nahe, dass sie aufgrund ihres Gesundheitszustands auch bei kurzen Wegen und damit dauerhaft nicht in der Lage ist, ein Kfz zu führen - worüber die Fahrerlaubnisbehörde zu entscheiden hätte. Bezüglich der öffentlichen Verkehrsmittel ist von der das Attest ausstellenden Ärztin nicht einmal dargelegt worden, welche öffentlichen Verkehrsmittel genau zu welchem Arzt zu benutzen wären und inwieweit dieser Weg wegen der Gleichgewichtsstörungen nicht sicher mit öffentlichen Verkehrsmitteln zurückgelegt werden könnte. Die Beschreibungen der Verbindungen im öffentlichen Nahverkehr durch den Bevollmächtigten der Bf. genügt den Anforderungen an eine Glaubhaftmachung jedenfalls nicht.

Für die Anerkennung eines Mehrbedarfs nach [§ 21 Abs. 6 SGB II](#) bezogen auf die von der Bf. genannten nichtverschreibungspflichtigen Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel fehlt es ebenfalls an einer medizinischen und ärztlichen Indikation und damit an der gebotenen Unabweisbarkeit des geltend gemachten Mehrbedarfs. Keines der von der Bf. vorgelegten Atteste entspricht diesen Anforderungen.

Insbesondere soweit der Ernährungsmediziner Dr. W. in dem im sozialgerichtlichen Verfahren mit Datum vom 13.09.2016 vorgelegten Attest "zur Notwendigkeit für Arzneimittelverordnung" bescheinigt, dass aufgrund "diverser Erkrankungen (vorrangig Polyneuropathie, Fibromyalgie, CMD und CFS) dringend" "folgende Mangelzustände ausgeglichen" werden müssten ("Magnesium, Calcium, Zink, Selen, Vitamin D, Vitamin C, Vitamin B6 und Vitamin B 12" sowie "Ginseng"), verweist das Attest nur darauf, dass diese "notwendigen Substanzen" "leider von der Krankenkasse nicht erstattet" würden. Warum die von der Krankenkasse nicht erstattungsfähigen Substanzen vom SGB-II-

Träger übernommen werden müssten, ergibt sich auch nicht ansatzweise, ebenso wenig der kausale Zusammenhang zwischen Erkrankung und Notwendigkeit der Einnahme der Mittel. Zudem wurde weder die Menge der einzunehmenden Mittel dargelegt noch deren Kosten. Der Verweis auf die Klinik H. hat insoweit auch kein den Anforderungen an eine Glaubhaftmachung genügende Feststellungen ermöglicht.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Bf. für keinen der geltend gemachten Mehrbedarfe glaubhaft gemacht hat, dass die Voraussetzungen für die Bewilligung der Mehrbedarfe vorliegen und damit ein Anordnungsanspruch gegeben sein könnte. Vielmehr spricht alles dafür, dass die Bf. sich vom SGB-II-Träger die von ihr als subjektiv notwendig erachtete "Wunschmedizin" bezahlen lassen will, was mit dem Grundgedanken eines steuerfinanzierten Leistungskonzepts nach dem SGB II nicht vereinbar ist.

Ein Anordnungsgrund wurde ebenfalls nicht glaubhaft gemacht. Die Bf. ist nach den vorgelegten Gesundheitsunterlagen schon seit Jahren an CMD erkrankt. Aus keinem der vorgelegten Atteste ergibt sich - wie im Schreiben des Bevollmächtigten vom 03.03.2017 behauptet und nicht weiter belegt - eine akute Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes, geschweige denn, dass nachvollziehbar dargelegt worden wäre, welche "Notfälle" sie immer wieder zum Besuch der Allgemeinärztin vor Ort bewegt hätten.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) und der Erwägung, dass die Bf. mit ihrem Begehren erfolglos blieb.

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

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2017-03-30