

## L 7 SO 4180/06

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Sozialhilfe  
Abteilung  
7  
1. Instanz  
SG Stuttgart (BWB)  
Aktenzeichen  
S 11 SO 5757/05  
Datum  
19.07.2006  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 7 SO 4180/06  
Datum  
22.11.2007  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie

Urteil

Leitsätze

Krankenhilfe; ergänzende Ansprüche; Verfassungsmäßigkeit

Die Krankenhilfe nach [§ 48 SGB XII](#) ist gegenüber den Regelungen zur Krankenbehandlung nach [§ 264 SGB V](#) nachrangig. [§ 48 SGB XII](#) bietet keine Grundlage für ergänzende Ansprüche eines Hilfeempfängers. In der sozialhilferechtlichen Krankenhilfe sind die Grundsätze der Individualisierung und Bedarfsdeckung mit Wirkung vom 01.01.2004 aufgegeben und eine strikte Anbindung an die Leistungen bei Krankheit in der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt worden. Die Hilfe bei Krankheit hat nur einen sehr beschränkten (persönlichen) Anwendungsbereich.

Die verfassungsrechtlichen Vorgaben der [Art. 2 Abs.1](#) und [3, 3 Abs. 1](#) und 3 GG werden dadurch ebensowenig verletzt wie die verfassungsrechtlich garantierten Mindestvoraussetzungen für ein menschenwürdiges Dasein ([Art. 1 GG](#)), welchen bei der Regelsatzermittlung und ggf. der Festlegung des Barbetrages nach [§ 35 SGB XII](#) Rechnung zu tragen ist.

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 19. Juli 2006 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darüber, ob der Beklagte verpflichtet ist, die Kosten einer nicht verordnungsfähigen so genannten Basissalbe als Hilfe bei Krankheit ([§ 48](#) des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XII)) zu übernehmen.

Die am 1950 geborene Klägerin (verstorben Januar 2007) litt an Epilepsie und war geistig und körperlich behindert (Grad der Behinderung 100, Nachteilsausgleiche B, G, H und RF) sowie pflegebedürftig nach der Pflegestufe I. Sie bezog eine Rente wegen Erwerbsunfähigkeit und war bis zu ihrem Tode über die Krankenversicherung der Rentner bei der Kaufmännischen Krankenkasse (KKH) gesetzlich krankenversichert. Seit Mitte August 1976 lebte die Klägerin in einer Einrichtung der D.S. e.V. Nach anfänglicher Kostenträgerschaft des Beklagten war von 2000 bis 2004 der Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern zuständiger Kostenträger für die Heimunterbringung im Rahmen der Eingliederungshilfe für Behinderte; infolge der Verwaltungsreform ging die Aufgabe der Eingliederungshilfe ab 1. Januar 2005 auf den Beklagten über, der seitdem wieder die Kosten der Heimunterbringung der Klägerin übernahm. Die Klägerin erhielt vom Beklagten einen Barbetrag zur persönlichen Verfügung von monatlich 90,00 Euro sowie einen Zusatzbarbetrag von 22,00 Euro, die beide über die Heimverwaltung ausgezahlt wurden.

Bei der Klägerin bestand seit Jahren das Krankheitsbild einer ausgeprägten Neurodermitis bei allergischer Diathese, zu dessen Behandlung sich ihrem Vorbringen zufolge stark cortisonhaltige Präparate als unwirksam oder als für ihre Gesundheit gefährdend erwiesen hätten. Seit Dezember 1998 kam eine so genannte Basissalbe nach einer Eigenrezeptur des behandelnden Hautarztes Dr. B. (Grundlagen: Dermatop Slb. und Dermatop, Beistoffe: Mg-Chlorid und Urea pura) zum Einsatz, die nur anfangs Cortison in stark verdünnter Konzentration enthielt und später überwiegend in der cortisonfreien Basisrezeptur verabreicht werden konnte; sie wurde in der örtlichen Apotheke hergestellt. Diese apothekenpflichtige, aber nicht verschreibungspflichtige Basissalbe ist nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung - Arzneimittel-Richtlinien - (in der Fassung des Beschlusses vom 16. März 2004 (Bundesanzeiger 2004 S. 8905); zuletzt geändert durch Beschluss vom 21. Juni 2007 (Bundesanzeiger 2007 S 7355)) nicht verordnungsfähig (vgl. Abschnitt F. 16.1 bis 16.7) und deshalb gemäß [§ 34](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch - SGB V - (in der Fassung des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) vom 14. November 2003 ([BGBl. I S. 2190](#))) grundsätzlich von der Versorgung mit Arzneimitteln nach [§ 31 SGB V](#) ausgeschlossen. Die KKH lehnte mit Schreiben vom 22. Februar 2005 eine Kostenübernahme für die Basisbehandlung bei Neurodermitis ab.

Mit Schriftsatz vom 27. Juni 2005 (Eingang beim Beklagten am 29. Juni 2005) beantragte die Klägerin unter Vorlage einer Stellungnahme des Dr. B. vom 18. Juli 2004 die Übernahme der Kosten der Basissalbe, die sie für Januar 2005 mit 64,62 Euro, für Februar mit 68,54 Euro, für März mit 77,58 Euro und für April mit 77,15 Euro mitteilte. Den Antrag lehnte der Beklagte mit Bescheid vom 29. Juli 2005 ab, weil die Übernahme der in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossenen Leistungen im Rahmen der Sozialhilfe weder für gesetzlich Krankenversicherte noch für Empfänger von Leistungen zur Hilfe bei Krankheit nach dem SGB XII in Betracht komme; Leistungen, auf die der Krankenversicherte keinen Rechtsanspruch gegen die Krankenkasse nach den Vorschriften des SGB V habe, seien auch vom Sozialhilfeträger nicht zu erbringen. Der Widerspruch der Klägerin wurde mit Widerspruchsbescheid vom 16. August 2005 im Wesentlichen mit der Begründung zurückgewiesen, dass das Sozialhilferecht bereits seit 2004 keine Regelung mehr vorsehe, nach der es dem Sozialhilfeträger möglich sei, Zuzahlungen zu übernehmen oder im Einzelfall weitere Leistungen, etwa für nicht verschreibungspflichtige Medikamente, zu gewähren.

Deswegen erhob die Klägerin am 8. September 2005 Klage zum Sozialgericht Stuttgart (SG); die Aufwendungen im Monat Mai 2005 gab sie mit 77,58 Euro sowie in den Monaten Juni und Juli, September bis November 2005 und März 2006 mit jeweils 77,15 Euro, im Januar 2006 mit 154,30 Euro an. Zur Begründung brachte die Klägerin vor, bislang habe ihr "Taschengeldkonto" (Barbetrag zur persönlichen Verfügung) mit den Kosten der Salbe belastet werden müssen. Der im Gesetz geregelte Ausschluss der Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln treffe nicht Bedürftige und Bedürftige zwar in gleicher Weise; jedoch werde nicht berücksichtigt, dass die bedürftigen Menschen nicht in der Lage seien, sich die nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel, auf die sie aus medizinischen Gründen angewiesen seien, aus ihrem Einkommen zu verschaffen. Das "Taschengeld" der stationär Untergebrachten sei schon in Anbetracht seiner Höhe mit dem Nettoeinkommen der nicht bedürftigen Versicherten nicht vergleichbar. Der Barbetrag zur persönlichen Verfügung habe auch nicht die Funktion, einen Bedarf wie den streitgegenständlichen zu decken; er solle vielmehr dem in einer stationären Einrichtung untergebrachten Menschen ein Minimum an autonomer Lebensgestaltung ermöglichen (Hinweis auf Bundesverwaltungsgericht (BVerwG), Urteil vom 8. Juli 2004 - [5 C 42/03 - BVerwGE 121, 251](#)). Die Übernahme der Ausschlussregelungen des SGB V für den Bereich der Hilfe bei Krankheit nach dem SGB XII sei willkürlich und verletze das Grundrecht der Gleichbehandlung nach [Art. 3 Abs. 1](#) des Grundgesetzes (GG). Die Gruppe von Personen, zu denen sie gehöre, seien typischerweise multimorbid und sehr häufig schon von Geburt an nicht in der Lage, für ihren Lebensunterhalt zu sorgen; insoweit bestehe ein Unterschied zu den Alleinerziehenden, jungen Arbeitslosen oder jungen kinderreichen Familien, die im Regelfall erwerbsfähig seien und auch nicht typischerweise einen besonders erhöhten Bedarf bei der medizinischen Versorgung hätten. Die Einschränkungen trafen in besonderem Maße behinderte und/oder chronisch kranke Menschen im Sinne des [Art. 3 Abs. 3 GG](#). Die Verweigerung der medizinischen Hilfe unter Verweis auf den Barbetrag gerate zudem mit [Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG](#) oder mit [Art. 1 Abs. 1 GG](#) in Konflikt. Die [§§ 48](#) und [52 SGB XII](#) seien verfassungskonform dahingehend auszulegen, dass zumindest im Falle einer medizinischen Indikation ein bedürftiger Mensch auch dann mit einem Arzneimittel zu versorgen sei, wenn dieses wie hier wegen fehlender Verschreibungspflichtigkeit von der Versorgung durch die gesetzliche Krankenversicherung ausgeschlossen sei. Eine darlehensweise Gewährung der Leistung komme nicht in Betracht, weil dies zum selben Ergebnis führen müsste, nämlich dass sie mit dem Barbetrag, der ihr für gänzlich andere Zwecke gezahlt werde, indirekt durch die Verpflichtung zur Darlehensrückzahlung für die Kosten der Basissalbe aufkommen müsste.

Der Beklagte trat der Klage entgegen. Die Krankenhilfe für Sozialhilfeempfänger sei durch Einfügung des [§ 264 Abs. 2 SGB V](#) seit Januar 2004 grundsätzlich den gesetzlichen Krankenkassen übertragen, weshalb sich der Anwendungsbereich des [§ 48 SGB XII](#) nur noch auf wenige Fälle beschränke. Dass die Auswirkungen der gesetzlichen Neuregelung im konkreten Einzelfall zu einer finanziellen Schlechterstellung führten, werde nicht bestritten. Gleichmaßen hart wie im Einzelfall chronisch Kranke, schwerbehinderte oder ältere Menschen könne die Bezahlung nicht verschreibungspflichtiger Mittel jedoch beispielsweise auch Alleinerziehende, junge Arbeitslose oder kinderreiche Familien treffen. Es seien keineswegs unsachliche oder willkürlich erscheinende Gesichtspunkte, die den Gesetzgeber zu der von der Klägerin kritisierten Gesetzesänderung bewogen hätten. Im Übrigen sei in den Gesetzesmaterialien zum GMG besonders hervorgehoben, dass das zum 1. Januar 2004 in Kraft getretene Gesetz insgesamt zu wesentlichen Qualitätsverbesserungen beigetragen habe, was insbesondere für chronisch kranke und behinderte Menschen gelte, die ständig auf medizinische Hilfe angewiesen seien. Deshalb könne nicht jede einzelne Regelung, wie z.B. [§ 34 SGB V](#) i.V.m. [§ 48 Satz 1 SGB XII](#), als Grundrechtsverstoß angesehen werden; vielmehr müsse ein so umfassendes Gesetzeswerk wie das GMG als Ganzes gesehen werden. Zur Bestreitung der betreffenden Unkosten könne die Klägerin auf den Barbetrag zurückgreifen, der keine zweckgerichtete Leistung sei, sondern auch für derartige Ausgaben verwendet werden könne. In der mündlichen Verhandlung vor dem SG vom 19. Juli 2006 hat der Beklagte erklärt, dass er im Falle eines rechtskräftigen positiven Urteils seine Leistungspflicht auch in Zukunft anerkennen werde.

Mit Urteil vom 19. Juli 2006 wies das SG die Klage ab; in den Entscheidungsgründen führte es im Wesentlichen aus, [§ 48 SGB XII](#) verweise ausschließlich auf die Leistungen zur Krankenbehandlung entsprechend den Regelungen des SGB V; Art und Umfang der Hilfen entsprächen nach [§ 52 Abs. 1 Satz 1 SGB XII](#) den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Da die von der Klägerin benötigte Basissalbe als nicht verschreibungspflichtiges Medikament nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehöre, bestehe nach [§ 48 SGB XII](#) auch kein Anspruch gegenüber dem Beklagten im Rahmen der Krankenhilfe. Verfassungsrecht sei nicht verletzt; weder lägen Verstöße gegen [Art. 2 Abs. 2 GG](#) noch gegen [Art. 3 Abs. 1 und 3 GG](#) oder [Art. 1 Abs. 1 GG](#) vor. Sofern der Fall eintreten sollte, dass die Klägerin die Kosten für medizinisch notwendige, aber nicht verschreibungspflichtige Medikamente mit dem zur Verfügung stehenden Barbetrag nicht mehr bestreiten könne, wäre an eine Erhöhung des Barbetrags nach [§ 35 Abs. 2 SGB XII](#) zu denken.

Gegen dieses ihren Bevollmächtigten am 1. August 2006 zugestellte Urteil legte die Klägerin am 21. August 2006 beim Landessozialgericht (LSG) Berufung ein. Sie hat vortragen lassen, ihr seien im Jahr 2006 für den Erwerb der Basissalbe im Monat März ein zweites Mal Kosten in Höhe von 77,15 Euro, im April und Oktober jeweils in Höhe von 154,30 Euro sowie im Mai, Juni, August, November und Dezember jeweils in Höhe von 77,15 Euro entstanden. Sie hat nochmals ihre verfassungsrechtlichen Bedenken sowie ihre Auffassung wiederholen lassen, dass der Barbetrag zur persönlichen Verfügung nicht die Funktion habe, einen Bedarf wie den streitgegenständlichen zu decken; ebenso wenig komme eine darlehensweise Gewährung der Leistung in Betracht.

Die Bevollmächtigten der Klägerin haben in der mündlichen Verhandlung vom 22. November 2007 beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 19. Juli 2006 aufzuheben und den Beklagten unter Aufhebung des Bescheids vom 29. Juli 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 16. August 2005 zu verurteilen, der Klägerin Hilfe bei Krankheit in Form der Erstattung der ihr vom 29. Juni 2005 bis 1. Dezember 2006 entstandenen Kosten für den Erwerb der von Dr. B. verschriebenen Basissalbe in Höhe von

insgesamt 1.311,55 Euro zu gewähren.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er hält das angefochtene Urteil für zutreffend. Es stelle sich die Frage, ob das in [Art. 20 Abs. 1 GG](#) verankerte Sozialstaatsgebot, der Gleichheitsgrundsatz des [Art. 3 Abs. 1](#) bzw. [3 Satz 2 GG](#) oder ein sonstiges Grundrecht im konkreten Fall eine solche Intensität entfalten könne, dass damit einerseits der ausdrückliche Wortlaut einer Einzelvorschrift eines Sozialleistungsgesetzes eine außergewöhnlich extensive Ausdehnung erhalte, die von keiner der vier klassischen Auslegungsarten umfasst werde, und andererseits die vom Gesetzgeber in den Regelungen der [§§ 48, 52 SGB XII, §§ 27 ff., 31 ff., 34, 264 Abs. 2 SGB V](#) ausdrücklich festgeschriebene ausschließliche sachliche Zuständigkeit der Krankenkassen entgegen dem ausdrücklichen Willen des Gesetzgebers wieder rückgängig gemacht werde. Eine derartige Intensität vermöge der dem vorliegenden Rechtsstreit zugrunde liegende Sachverhalt, der eine monatlich zwischen etwa 64,- bis 77,- Euro kostende Basissalbe zur Behandlung einer Neurodermitis betreffe, indessen seines Erachtens unter keinem denkbaren Gesichtspunkt zu entfalten.

Zur weiteren Darstellung wird auf die Verwaltungsakte des Beklagten, die Klageakte des SG und die Berufungsakte des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung hat keinen Erfolg.

Einer Entscheidung durch den erkennenden Senat steht nicht entgegen, dass die Klägerin ausweislich der Angaben der Bevollmächtigten beider Beteiligten in der mündlichen Verhandlung vom 22. November 2007 bereits am 8. Januar 2007 verstorben ist. Das Verfahren war durch den Tod der durch Prozessbevollmächtigte vertretenen Klägerin nicht unterbrochen (vgl. [§ 202](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) i.V.m. [§ 239](#) der Zivilprozessordnung (ZPO)); ihre Prozessbevollmächtigten haben ferner nicht die Aussetzung des Verfahrens ([§ 246 ZPO](#)) beantragt, sondern in der mündlichen Verhandlung einen Sachantrag gestellt. In einem solchen Fall ist der Senat an einer Entscheidung nicht dadurch gehindert, dass Rechtsnachfolger derzeit nicht bekannt und deswegen auch nicht benannt sind (vgl. Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 9. Februar 1984 - [11 RA 20/83](#) - [SozR 1750 § 246 Nr. 1](#); Bundesfinanzhof (BFH), Urteil vom 13. Oktober 1981 - VII R 66-70/79 - (juris)); bis zum Eintritt des Rechtsnachfolgers bedarf es keiner Änderung der bisherigen Parteibezeichnung im Rubrum und insbesondere nicht einer namentlichen Bezeichnung des Rechtsnachfolgers (vgl. BSG a.a.O.; BFH a.a.O.).

Gemäß [§ 123 SGG](#) zu befinden ist im Berufungsverfahren mit Blick auf den von den Klägerbevollmächtigten in der mündlichen Verhandlung vor dem Senat gestellten Sachantrag nur noch über eine Zahlungsforderung der Klägerin, gerichtet auf die Erstattung der ihr durch die Selbstbeschaffung der von dem Hautarzt Dr. B. verschriebenen Basissalbe in der Zeit vom 29. Juni 2005 bis 1. Dezember 2006 entstandenen Aufwendungen. Ihr bereits mit der Klageschrift gestellter und in der mündlichen Verhandlung vor dem SG sowie in der Berufungsbegründung wiederholter Antrag, den Beklagten unter Aufhebung der entgegenstehenden Bescheide zu verurteilen, nach [§ 48 SGB XII](#) die monatlichen Kosten für die von Dr. B. verordnete und in der örtlichen Apotheke speziell auf den Bedarf und ihren Krankheitszustand abgestimmte so genannte Basissalbe (im Schriftsatz vom 6. September 2005 mit einem "Durchschnittswert von 74,25 Euro", im Schriftsatz vom 5. Mai 2006 mit einem "Durchschnittsbetrag von 65,51 Euro" und im Schriftsatz vom 14. September 2006 mit einem "Durchschnittswert von 75,96 Euro" angegeben) ab Antragstellung mit Schriftsatz vom 27. Juni 2005 zu übernehmen, war sachdienlich dahingehend auszulegen, dass sie für die von ihr insgesamt verauslagten Aufwendungen Kostenerstattung verlangt. Nicht gestritten wird vorliegend über die Höhe des Barbetrags, weil die Klägerin - in Kenntnis des Urteils des BVerwG vom 8. Juli 2004 ([BVerwGE 121, 251](#)) - von Anfang an ausdrücklich nur Kostenerstattung als Hilfe bei Krankheit begehrt hatte; auch mit einer bloß darlehensweisen Gewährung der Leistung war sie nicht einverstanden (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 16. Mai 2007 - [B 11b AS 37/06 R](#) - (Umdruck Rdnr. 38) (zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen)). Der oben bezeichnete - bezifferbare - Kostenerstattungsantrag ist indes nur zulässig, wenn er auch beziffert wird (vgl. BSG, Urteil vom 24. September 2002 - [B 3 P 15/01 R](#) - (juris); [BSGE 94, 205, 207](#) = [SozR 4-2500 § 37 Nr. 4](#); BSG [SozR 4-2500 § 37 Nr. 7](#) S. 45 f.). Dies haben die Prozessbevollmächtigten der Klägerin der mündlichen Verhandlung vom 22. November 2007 nachgeholt.

Die Berufung ist zulässig. Sie ist unter Beachtung der Form- und Fristvorschriften des [§ 151 Abs. 1 SGG](#) eingelegt worden sowie statthaft ([§ 143 SGG](#)), weil der Wert des Beschwerdegegenstands 500,00 Euro übersteigt (vgl. [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#)). Denn erstinstanzlich wurde über die Kostenübernahme für die Basissalbe ab Antragstellung am 29. Juni 2005 gestritten; diese Aufwendungen haben sich unter Berücksichtigung des Vorbringens der Klägerin im Schriftsatz vom 5. Mai 2006 bereits in den Monaten Juli 2005 bis März 2006 auf insgesamt 540,05 Euro belaufen, sodass die Berufung schon ohne Zulassungsausspruch durch das SG zulässig war. Soweit die Klägerin in ihrem Antrag vom 29. Juni 2005 lediglich die Ausgaben von Januar bis April 2005 genannt, in der Klageschrift jedoch zusätzlich die Aufwendungen von Mai bis Juli 2005 angegeben hat, ist dies unschädlich; denn das Kostenübernahmebegehren in der Antragschrift vom 27. Juni 2005 war zeitlich unbegrenzt gestellt, sodass das erforderliche Verwaltungs- und Vorverfahren auf jeden Fall abgeschlossen war. Die Einbeziehung der bis Dezember 2006 angefallenen Kosten in die nunmehr in der mündlichen Verhandlung vor dem Senat vorgenommene Bezifferung ist gleichfalls zulässigerweise geschehen; es handelt sich insoweit um eine nicht als Klageänderung zu behandelnde Klageerweiterung im Sinne des [§ 99 Abs. 3 Nr. 1 und 2 SGG](#), für die es keiner gesonderten Verwaltungsentscheidung des Beklagten bedurfte (vgl. hierzu BSG [SozR 1500 § 99 Nr. 2](#); [BSGE 65, 272](#), 275 f. = [SozR 4100 § 78 Nr. 9](#)).

Die Berufung der Klägerin ist indessen nicht begründet. Die Klägerin vermochte ihr Kostenerstattungsbegehren bereits deswegen nicht auf die von ihr herangezogene Bestimmung des [§ 48 SGB XII](#) (in der Fassung des Gesetzes zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch vom 27. Dezember 2003 ([BGBl. I S. 3022](#))) zu stützen, weil für sie als Rentnerin gemäß [§ 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V](#) bis zu ihrem Tod Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung bestand. Die sozialhilferechtliche Krankheitshilfe nach [§ 48 Satz 1 SGB XII](#) ist gegenüber den Regelungen zur Krankenbehandlung nach [§ 264 SGB V](#) nachrangig; dies ist in [§ 48 Satz 2 SGB XII](#) klargestellt. Die Krankenbehandlung der Empfänger von Leistungen nach dem Dritten bis Neunten Kapitel des SGB XII wird von der Krankenkasse auf Kosten des Sozialhilfeträgers aber nur übernommen, wenn diese nicht krankenversichert sind (vgl. [§ 264 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) (eingeführt durch das

GMG); geändert durch Gesetze vom 27. Dezember 2003 a.a.O., 21. März 2005 ([BGBl. I S. 818](#)) und 26. März 2007 ([BGBl. I S. 378](#))). Nicht erfasst von der Übernahme der Krankenbehandlung durch die Krankenkasse werden im Übrigen nur noch einzelne Gruppen von Sozialhilfeempfängern (vgl. [§ 264 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) (in der Fassung des Gesetzes vom 27. Dezember 2003 a.a.O.); vgl. hierzu H. Schellhorn in W. Schellhorn/H. Schellhorn/Hohm, SGB XII, 17. Auflage, § 48 Rdnrn. 9 f.; Schlette in Hauck/Noftz, SGB XII K § 48 Rdnrn. 8 ff.; Fichtner/Wenzel, Kommentar zur Grundsicherung, 3. Auflage, SGB XII vor § 47 Rdnrn. 4 f.). Die Hilfe zur Krankheit nach [§ 48 SGB XII](#) hat demnach einen sehr beschränkten Anwendungsbereich; im Wesentlichen anspruchsberechtigt sind nur noch Personen, die nicht gesetzlich krankenversichert sind und nicht zum berechtigten Personenkreis nach [§ 264 Abs. 2 SGB V](#) gehören (vgl. hierzu auch Schlette in Hauck/Noftz, a.a.O. Rdnr. 14; Lippert in Mergler/Zink, SGB XII, Einleitung Fünftes Kapitel Rdnr. 9). Da die Klägerin bei der KKH als Bezieherin einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung krankenversichert war, kam für sie die sozialhilferechtliche Krankenhilfe nach [§ 48 SGB XII](#) mithin von vornherein nicht in Betracht. Dessen ungeachtet besteht selbst für den von [§ 48 SGB XII](#) noch erfassten eng begrenzten Kreis von Anspruchsberechtigten, zu dem die Klägerin nicht gehört hat, Leistungsidentität mit der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. [§§ 48 Satz 1, 52 Abs. 1 SGB XII](#)).

Damit ist eine Entwicklung abgeschlossen, die ihren Ausgang mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) vom 21. Dezember 1992 ([BGBl. I S. 2266](#)) genommen hatte; seinerzeit war in Art. 28 Abs. 2 GSG vorgesehen, dass Personen, die laufende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG) erhielten, vom 1. Januar 1997 an in die Krankenversicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 SGB V](#) einbezogen werden sollten. Das nach Art. 28 Abs. 2 GSG zur Durchführung erforderliche Gesetz wurde allerdings nie erlassen; Grund hierfür war, dass sich Bund und Länder nicht auf eine Umsetzung des Art. 28 GSG zu angemessenen Beitragszahlungen hatten einigen können (vgl. [Bundestags-Drucksache 15/1525 S. 140](#) (zu Nr. 152)). Stattdessen waren dem [§ 264 SGB V](#) mit dem GMG mit Wirkung vom 1. Januar 2004 die Abs. 2 bis 7 angefügt worden, sodass die Krankenbehandlung von nicht krankenversicherten Empfängern laufender Hilfe zum Lebensunterhalt sowie Hilfe in besonderen Lebenslagen nach den Abschnitten 2 und 3 des BSHG - von Ausnahmetatbeständen abgesehen - seitdem von den Krankenkassen gegen Kostenerstattung durch die Sozialhilfeträger zu übernehmen war. Durch die Gesetze vom 27. Dezember 2003 a.a.O. und 21. März 2005 a.a.O. sind die Fassungen des [§ 264 Abs. 2 SGB V](#) an die Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch angepasst worden, aber ansonsten im Wesentlichen unverändert geblieben. Demgegenüber ist mit dem gleichzeitig mit dem GMG beratenen Vierten Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt vom 24. Dezember 2003 ([BGBl. I S. 2945](#)) mit Wirkung vom 1. Januar 2005 für Bezieher von Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) die Krankenversicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V](#) eingeführt worden. Ebenfalls mit dem GMG waren bereits mit Wirkung vom 1. Januar 2004 die §§ 37 und 38 BSHG geändert worden; mit diesen Neuregelungen sind die bis dahin in der sozialhilferechtlichen Krankenhilfe (vgl. [§ 37 Abs. 2 Satz 2](#) und [§ 38 Abs. 1 Satz 1 2. Halbs., Abs. 2 BSHG](#) (beide in der Fassung bis 31. Dezember 2003)) zu beachtenden Grundsätze der Individualisierung und Bedarfsdeckung (vgl. hierzu [BVerwGE 92, 336; 94, 211; 100, 257](#)) aufgegeben und für die Hilfe bei Krankheit nunmehr eine strikte Anbindung an die Leistungen bei Krankheit in der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt worden (vgl. hierzu Niedersächs. Oberverwaltungsgericht (OVG), Beschluss vom 13. August 2004 - [4 ME 224/04 - FEVS 55, 522](#); Hess. Verwaltungsgerichtshof (VGH), Beschluss vom 11. Oktober 2004 - [10 UE 2731/03 - FEVS 56, 180](#); Niedersächs. OVG, Beschluss vom 14. Februar 2007 - [4 PA 104/06 - FEVS 58, 454](#)). Diese strenge Akzessorietät mit dem Leistungsrecht der Krankenversicherung ist in den Bestimmungen über die Hilfen zur Gesundheit nach den [§§ 47 ff. SGB XII](#) fortgeführt. Eine sozialhilferechtliche Grundlage für die Gewährung zusätzlicher Bedarfe, die von den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nicht umfasst sind, besteht mithin für alle vorgenannten Personengruppen und damit auch für die gesetzlich krankenversicherten Leistungsempfänger - wie die Klägerin - bereits seit 1. Januar 2004 nicht mehr. Vielmehr sind - von wenigen Ausnahmen abgesehen (z.B. die privat Versicherten) - nunmehr nahezu alle nach dem SGB XII oder dem SGB II Leistungsberechtigten hinsichtlich der Krankenbehandlung durch die Anbindung an den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung leistungsrechtlich gleichgestellt. Nach allem bietet die Bestimmung des [§ 48 SGB XII](#) für das Begehren der Klägerin keine Rechtsgrundlage.

Eine Verletzung von Verfassungsrecht vermag der Senat darin - ebenso wie bereits das SG - nicht zu erkennen. Insbesondere ist ein Verstoß gegen [Art. 2 Abs. 1 GG](#) in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip und [Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG](#) nicht zu besorgen. Aus diesen Bestimmungen folgt zwar eine objektiv-rechtliche Pflicht des Staates, das Recht auf Leben und körperliche Gesundheit zu schützen (vgl. Bundesverfassungsgericht (BVerfG) [BVerfGE 85, 191, 212; 88, 203, 251](#)). Darüber hinaus ist es verfassungsrechtlich grundsätzlich nur geboten, eine medizinische Versorgung für alle Bürger bereit zu halten; dabei hat der Gesetzgeber indes einen so weiten Gestaltungsspielraum, dass sich originäre Leistungsansprüche aus [Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG](#) regelmäßig nicht herleiten lassen (vgl. [BSGE 94, 302 = SozR 4-2500 § 34 Nr. 2](#); BSG, Urteil vom 18. Juli 2006 - [B 1 KR 10/05 R - \(juris\)](#)). Allerdings sind nach der Rechtsprechung des BVerfG gesetzliche oder auf Gesetz beruhende krankenversicherungsrechtliche Leistungsausschlüsse oder Leistungsbegrenzungen daraufhin zu überprüfen, ob sie den vorgenannten Bestimmungen des GG im Einzelfall standhalten; hiernach ist es mit [Art. 2 Abs. 1 GG](#) in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip sowie [Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG](#) nicht vereinbar, einen gesetzlich Krankenversicherten, für dessen lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankung eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht, von der Leistung einer von ihm gewählten, ärztlich angewandten Behandlungsmethode auszuschließen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht (vgl. [BVerfGE 115, 25](#)). Diese Rechtsprechung hat das BSG in verfassungskonformer Auslegung auch auf die Regelungen des SGB V erstreckt, die dem so verstandenen verfassungsrechtlich garantierten Anspruch auf Arzneimittelversorgung entgegenstehen, sodass für an sich von der Versorgung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossene Arzneimittel die Anspruchsvoraussetzungen für Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung ausnahmsweise zu bejahen sind, wenn eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende oder eine zumindest wertmäßig damit vergleichbare Krankheit vorliegt (vgl. BSG [SozR 4-2500 § 31 Nr. 4](#); BSG, Urteil vom 14. Dezember 2006 - [B 1 KR 8/06 R - \(zur Veröffentlichung in SozR 4 vorgesehen\)](#); BSG, Urteil vom 12. März 2007 - [B 1 KR 17/06 R - \(juris\)](#)). Nur bei Vorliegen dieser Voraussetzungen könnte mithin die von der Klägerin gerügte Verletzung des Grundrechts auf körperliche Unversehrtheit ([Art. 2 Abs. 1 Satz 2 GG](#)) gegeben sein. In diesem Fall wäre jedoch bei gesetzlich Krankenversicherten - wie der verstorbenen Klägerin - allein im Verhältnis zur Krankenkasse, bei der die Mitgliedschaft besteht, zu klären, ob ein Anspruch auf Versorgung mit dem nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel besteht; gegenüber dem Sozialhilfeträger könnte dies nicht geschehen, weil wegen der Krankenversicherungspflicht ein sozialhilferechtlicher Anspruch auf Krankenhilfe nach [§ 48 SGB XII](#) ausscheidet und dies von Verfassungs wegen auch unter Beachtung der nachstehenden Ausführungen nicht zu beanstanden ist.

In der oben dargestellten Suspendierung des Individualisierungs- und Bedarfsdeckungsgrundsatzes aufgrund der leistungsrechtlichen Gleichstellung nahezu aller Empfänger von Leistungen nach dem SGB XII (wie im Übrigen auch derjenigen des SGB II) gemäß dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung - und damit auch der Klägerin als gesetzlich krankenversicherter Rentnerin -

vermag der Senat einen Verstoß gegen den allgemeinen Gleichheitssatz ([Art. 3 Abs. 1 GG](#)) nicht zu erkennen; dieses Grundrecht gebietet, alle Menschen nach dem Gesetz gleich zu behandeln, wobei dem Gesetzgeber allerdings nicht jede Differenzierung verwehrt ist. Der Gleichheitssatz ist vielmehr erst verletzt, wenn der Gesetzgeber eine Gruppe von Normadressaten anders als eine andere behandelt, obwohl zwischen beiden Gruppen keine Unterschiede von solcher Art oder solchem Gewicht bestehen, dass sie die ungleiche Behandlung rechtfertigen (ständige Rechtsprechung des BVerfG; vgl. nur [BVerfGE 87, 1](#), 36; [112, 50](#), 67). Eine derartige Ungleichbehandlung liegt hier nicht vor; denn im Bereich des Leistungsrechts bei Krankheit ist durch die oben dargestellte Rechtsentwicklung nunmehr gerade eine Gleichbehandlung erreicht, nachdem die Einschränkung des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung in der Vergangenheit durch gesetzgeberische Maßnahmen zur finanziellen Entlastung der Krankenkassen zunehmend zu einem Auseinanderfallen von Leistungsansprüchen bei Krankheit bei Empfängern von Sozialhilfe und gesetzlich Krankenversicherten geführt hatte (vgl. hierzu auch Lippert in Mergler/Zink, a.a.O., Rdrn. 11 ff.). Durch die vollständige Übereinstimmung der Leistungen bei Krankheit für gesetzlich Krankenversicherte und Sozialhilfeempfänger wird vielmehr jetzt in der sozialhilferechtlichen Krankenhilfe eine sozialpolitisch unerwünschte Besserstellung des letztgenannten Personenkreises vermieden (vgl. auch Hess. VG FEVS 56, 180; Sozialgericht Leipzig, Urteil vom 16. Dezember 2004 - [S 8 KR 540/04](#) - (juris)).

Freilich kann sich aus [Art. 3 Abs. 1 GG](#) auch die Verpflichtung ergeben, ungleiche Sachverhalte ungleich zu behandeln (vgl. [BVerfGE 72, 141](#), 150); dabei ist der Gleichheitssatz jedoch nicht schon dann verletzt, wenn der Gesetzgeber Differenzierungen, die er vernehmen darf, nicht vornimmt, sondern erst dann, wenn es für die fehlende Differenzierung an einem einleuchtenden Grund fehlt (vgl. [BVerfGE 90, 226](#), 239). Dass nunmehr alle gesetzlich Krankenversicherten, ungeachtet ihrer finanziellen Verhältnisse, ausschließlich dem Leistungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung unterfallen, und deshalb selbst die Personengruppe der Empfänger von Leistungen nach dem SGB XII, der die Klägerin als schwerstbehinderter, auf ständige Fürsorge, Pflege und Betreuung angewiesener Mensch zuzurechnen war, trotz Hilfebedürftigkeit eine ergänzende sozialhilferechtliche Krankenhilfe nicht in Anspruch nehmen kann, ist indessen im vorgenannten Sinne nicht gleichheitswidrig. Im Gegenteil würden neue Gleichheitsprobleme entstehen; zu bedenken ist, dass das Solidarsystem der gesetzlichen Krankenversicherung in erster Linie für die Bezieher mittlerer und unterer Einkommen eingerichtet ist, also für Personengruppen, die nach ihren finanziellen Verhältnissen häufig nur beschränkt in der Lage sind, für ihre Gesundheitsvorsorge und -versorgung aus ihren eigenen Mitteln aufzukommen. Erst recht könnte sich eine Gleichheitswidrigkeit ergeben, wenn der Personenkreis der Sozialhilfeberechtigten nach dem SGB XII und insbesondere die Personengruppe, dem die Klägerin zugehörte, beispielsweise gegenüber den Empfängern von Arbeitslosengeld II nach dem SGB II oder den Beziehern von Einkommen namentlich im unteren Bereich knapp oberhalb des Existenzminimums insoweit anders behandelt würde, als sie für krankenversicherungsrechtlich abverlangte Eigenbeteiligungen weiterhin eine sozialhilferechtliche Hilfe zur Krankheit in Anspruch nehmen und damit über den Bedarfsdeckungsgrundsatz auch nicht verordnungsfähige Arzneimittel erstattet erhalten könnten, während dies bei den beiden letztgenannten Personengruppen gerade nicht der Fall ist. Zwar wird jedenfalls für an chronischen Erkrankungen leidende Leistungsbezieher nach dem SGB II erwogen, hinsichtlich der Kostenübernahme für medizinisch notwendige nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel die Regelung über die Hilfe in sonstigen Lebenslagen nach [§ 73 SGB XII](#) als Rechtsgrundlage heranzuziehen (vgl. LSG für das Land Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 22. Juni 2007 - [L 1 B 7/07 ER](#) - (juris)); gerade dies erscheint jedoch zweifelhaft, weil die genannte Norm nur bei besonderen, atypischen Bedarfslagen Anwendung finden kann, die eine gewisse Nähe zu den speziell in den [§§ 47 bis 74 SGB XII](#) geregelten Bedarfslagen aufweisen (vgl. hierzu BSG SozR 4-4200 § 20 Nr. 1 (Rdnr. 22)), sodass bei vergleichender, wertender Betrachtung gerade wegen der mit der oben dargestellten Rechtentwicklung vollzogenen leistungsrechtlichen Gleichstellung fast aller Grundsicherungs- und Sozialhilfebezieher nach dem SGB II und dem SGB XII bei Krankheit eine solche atypische, unter die Hilfe in sonstigen Lebenslagen subsumierbare Situation rechtlich nicht begründbar sein dürfte (vgl. dazu auch Berlitz in LPK-SGB XII, 7. Auflage, § 73 Rdnr. 5). Bedenken hinsichtlich des Gleichbehandlungsgebots des [Art. 3 Abs. 1 GG](#) könnten sich jedoch auch bei allen anderen gesetzlich krankenversicherten Personengruppen ergeben, wenn jedenfalls ein bestimmter Personenkreis von SGB XII-Leistungsbeziehern, dem die Klägerin zuzurechnen war, ergänzend oder aufstockend eine sozialhilferechtliche Krankenhilfe beanspruchen könnte; denn nicht nur dieser letztgenannte Personenkreis, sondern auch andere Personengruppen können hohen finanziellen Belastungen durch eine chronische Krankheit, Schwerbehinderung oder Alter ausgesetzt sein. Schließlich gibt es durchaus vernünftige Gründe für die leistungsrechtliche Gleichstellung bei Krankheit ohne Rücksicht auf die wirtschaftlichen Verhältnisse der jeweiligen Personengruppe. Denn ebenso wie bei allen anderen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. z.B. [§§ 12 Abs. 1 Satz 1, 70 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)) steht auch die Pflicht zur Versorgung mit Arzneimitteln unter der grundlegenden Voraussetzung, dass diese zur Krankenbehandlung notwendig sind (vgl. [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)). Da die Eigenbeteiligung der Versicherten bei der Medikamentenabgabe jedoch gerade dazu dient, dem Kriterium der medizinischen Notwendigkeit das ihm angemessene Gewicht zu verleihen (vgl. BSG SozR 3-2500 § 61 Nr. 7; auch [BSGE 92,46 = SozR 4-2500 § 61 Nr. 1](#)), ist ein verantwortungsbewusster Umgang mit Arzneimitteln generell geboten; diesem Gebot könnte es jedoch zuwiderlaufen, wenn für eine oder auch mehrere bestimmte Personengruppen doch wieder eine "Ausweichregelung" über die sozialhilferechtliche Krankenhilfe geschaffen würde. Darauf hinzuweisen ist, dass die bei der Festlegung der leistungsrechtlichen Grundentscheidungen eines Sozialleistungssystems vom Gesetzgeber zu treffenden sozialpolitischen Entscheidungen nach der Rechtsprechung des BVerfG hinzunehmen sind, solange die Erwägungen des Gesetzgebers weder offensichtlich fehlsam noch mit der Wertordnung des GG unvereinbar sind (vgl. [BVerfGE 89, 365](#), 376; BVerfG, Kammerbeschluss vom 22. März 2003 - [1 BvR 452/99 - FamRZ 2003, 1084](#)). Gerade auf dem Gebiet des Sozialrechts ist dem Gesetzgeber wegen der fortwährenden schnellen Veränderungen des Arbeits-, Wirtschafts- und Soziallebens eine besonders weite Gestaltungsfreiheit zuzugestehen; da diese nur einer eingeschränkten verfassungsrechtlichen Kontrolle unterliegt, ist auch nicht zu prüfen, ob der Gesetzgeber unter mehreren möglichen Lösungen die zweckmäßigste, vernünftigste oder gerechteste gewählt hat (vgl. [BVerfGE 81, 156](#), 206; BVerfG [FamRZ 2003, 1084](#)). Der dem Gesetzgeber zukommende Gestaltungsspielraum ist hier auch deswegen besonders groß, weil etwaige Lücken im Leistungskatalog jedenfalls beim Personenkreis der chronisch kranken, schwerstbehinderten SGB XII-Leistungsbeziehern - wie der verstorbenen Klägerin - ungeachtet der vom SG bereits erwähnten Belastungsgrenzen in [§ 62 SGB V](#) zumindest teilweise über den sozialhilferechtlich anzuerkennenden Bedarf für den notwendigen Lebensunterhalt kompensiert werden können; dies wird im Folgenden noch auszuführen sein. Der allgemeine Gleichheitssatz des [Art. 3 Abs. 1 GG](#) ist durch den Ausschluss aufstockender sozialhilferechtlicher Krankenhilfe für die Klägerin als gesetzlich krankenversicherter Leistungsbezieherin nach dem SGB XII nach allem nicht verletzt.

Erst recht ist ein Verstoß gegen das Benachteiligungsverbot des [Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG](#) nicht gegeben. Dieses Grundrecht soll den Schutz des allgemeinen Gleichheitssatzes für eine bestimmte Personengruppe verstärken; der staatlichen Gewalt sollen insoweit engere Grenzen vorgegeben werden, als die Behinderung nicht als Anknüpfungspunkt für eine benachteiligende Ungleichbehandlung dienen darf (vgl. [BVerfGE 85, 191](#), 206; [96, 288](#), 301 f.). Die gesetzliche Neustrukturierung der sozialhilferechtlichen Krankenhilfe trifft indes behinderte wie nicht behinderte Menschen gleichermaßen. Auch eine indirekte Benachteiligung ist nicht erkennbar; dafür, dass behinderte Menschen von

der vollständigen Abkehr vom Bedarfsdeckungsgrundsatz in der sozialhilferechtlichen Krankenhilfe überproportional betroffen wären und dies gerade auf ihre Behinderung zurückzuführen wäre, ist nichts ersichtlich; zu Letzterem hat die Klägerin im Übrigen auch nichts vorgetragen. Ebenso wenig verletzt der oben dargestellte Ausschluss der sozialhilferechtlichen Krankenhilfe wegen der vom Gesetzgeber gewollten Übereinstimmung der Leistungen bei Krankheit [Art. 1 Abs. 1 Satz 1 GG](#) in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip. Die sich aus diesen Bestimmungen ergebende Pflicht des Staates zur Fürsorge für Hilfebedürftige erfordert von Verfassungen wegen zwingend nur eine Hilfe, die die Mindestvoraussetzungen eines menschenwürdigen Daseins sicherstellt (vgl. [BVerfGE 40, 121](#), 133; [43, 13](#), 19; [82, 60](#), 80 f.). Dieser Maßstab ist aber, jedenfalls was die sozialhilferechtliche Krankenhilfe anbelangt, hier nicht tangiert, welche - wie die Sozialhilfe überhaupt - nach ihrem Sinn und Zweck nur eine subsidiäre Grundsicherung für jedermann in einer gegenwärtigen Notlage darstellt (vgl. hierzu auch [BVerfGE](#), Beschluss vom 12. Juni 1991 - [1 BvR 540/91](#) - info also 1991, 154). Auch insoweit sind dem Gesetzgeber im Rahmen der Entscheidung, in welchem Umfang soziale Hilfen unter Berücksichtigung vorhandener Mittel und anderer gleichwertiger Staatsaufgaben gewährt werden können, weite Gestaltungsmöglichkeiten eingeräumt (vgl. [BVerfGE 82, 60](#), 80 f.; [98, 169](#), 204; ferner [BSG SozR 4-4200 § 20 Nr. 3](#) (Rdnrn. 45 ff.)).

Die verfassungsrechtlich garantierten Mindestvoraussetzungen für ein menschenwürdiges Dasein sind hier bereits deswegen nicht berührt, weil der von der Klägerin geltend gemachten besonderen Bedarfslage unter den gesetzlich bestimmten Voraussetzungen bei der Bemessung des sozialhilferechtlich anzuerkennenden Bedarfs für den notwendigen Lebensunterhalt hätte Rechnung getragen werden können. Die Bemessung erfolgt bei der Regelsatzfestsetzung orientiert an den tatsächlichen, statistisch ermittelten Verbrauchsausgaben von Haushalten in unteren Einkommensgruppen ([§ 28 Abs. 3 Satz 3 SGB XII](#)), wobei Datengrundlage die Einkommens- und Verbrauchsstatistik ist (Satz 4 a.a.O.) ist. Diese Vorgaben sind - wenngleich nicht schematisch - auch bei der Prüfung zu beachten, wie hoch der in [§ 35 Abs. 2 SGB XII](#) vorgesehene Barbetrag bemessen sein muss, um seine komplementäre Bedarfsdeckungsfunktion für Bewohner von Einrichtungen im Sinne des [§ 13 Abs. 1 SGB XII](#) - wie hier der zwischenzeitlich verstorbenen Klägerin - verlässlich erfüllen zu können (vgl. [BVerwGE 121, 251](#)). Die erforderliche Prüfung ist dem Senat allerdings vorliegend verwehrt, nachdem die Klägerin ihr Begehren von Anfang an ausdrücklich auf die Leistung von Krankenhilfe nach [§ 48 SGB XII](#) beschränkt hatte. Entgegen ihrer Auffassung ist der Verwendungszweck des Barbetrags nicht auf die Ermöglichung kleinerer Annehmlichkeiten beschränkt, sondern umfasst u.a. auch die zusätzlichen Aufwendungen für die Gesunderhaltung, die nicht anderweitig gedeckt werden (vgl. auch W. Schellhorn in W. Schellhorn/H. Schellhorn/Hohm, a.a.O. § 35 Rdnr. 15). Denn der Barbetrag ist grundsätzlich parallel zum entsprechenden Anteil des Regelsatzes für die persönlichen Bedürfnisse zu definieren (vgl. nochmals [BVerwGE](#) a.a.O.; Armbrorst in [LPK-SGB XII](#), a.a.O., § 35 Rdnr. 9); in der auf der Grundlage des [§ 40 SGB XII](#) ergangenen Regelsatzverordnung vom 3. Juni 2004 ([BGBl. I S. 1067](#); geändert durch Verordnung vom 20. November 2006 ([BGBl. I S. 2657](#))) ist in § 2 Abs. 2 Nr. 5 aber bestimmt, dass bei der Bemessung des Eckregelsatzes unter der Abteilung 06 auch die Kosten der Gesundheitspflege einzuberechnen sind (vgl. hierzu Senatsurteil vom 1. Februar 2007 - [L 7 SO 4267/05](#) - SAR 2007, 38; Schlette in Hauck/Noftz, a.a.O., K § 52 Rdnr. 8). Auch ungeachtet dessen, dass in den regelsatzrelevanten Abteilungen in § 2 Abs. 2 der Regelsatzverordnung, die zunächst auf der Grundlage der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS) 1998, in der Änderungsverordnung vom 20. November 2006 auf der EVS 2003 basierend erstellt worden sind, die seit 2004 neuen Belastungen für den Bereich der Gesundheitspflege möglicherweise nicht hinreichend berücksichtigt sein dürften (vgl. hierzu Bieritz-Harder in [LPK-SGB XII](#), a.a.O., § 48 Rdnr. 3), hätte vorliegend - wie bereits vom SG angeregt - eine Überprüfung angezeigt sein können, ob der in [§ 35 Abs. 2 Satz 2 SGB XII](#) normierte Mindestbarbetrag von 26 v.H. bei der Klägerin - trotz des ihr im Besitzstandswege gezahlten nicht bedarfsbezogenen Zusatzbarbetrags ([§ 133a SGB XII](#) (Fassung durch Gesetz vom 9. Dezember 2004 ([BGBl. I S. 3305](#))) - als bedarfsdeckend anzusehen gewesen wäre (vgl. zum Verfahren [BVerwGE 121, 251](#); Schoch, [ZfF](#) 2007, 97, 104; kritisch Armbrorst in [LPK-SGB XII](#), a.a.O., § 35 Rdnr. 10; W. Schellhorn in W. Schellhorn/H. Schellhorn/Hohm, a.a.O., § 35 Rdnr. 18; Falterbaum in Hauck/Noftz, a.a.O. K § 35 Rdnr. 8). Im Einzelfall, wie bei der von der Klägerin geltend gemachten ständigen Belastung durch die Beschaffung notwendiger, nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel, hätte durchaus an eine Erhöhung des Mindestbarbetrags gedacht werden können (vgl. hierzu W. Schellhorn in W. Schellhorn/H. Schellhorn/Hohm, a.a.O. Rdnrn. 18 f.; Verwaltungsgericht Stuttgart, Beschluss vom 20. Dezember 2004 - [8 K 2717/04](#) - (juris)). All dem näher nachzugehen, ist freilich nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens.

Nach allem war die Berufung der Klägerin zurückzuweisen, weil sie vom Beklagten Hilfe bei Krankheit nach [§ 48 SGB XII](#) nicht beanspruchen konnte. Deshalb bedarf es vorliegend keiner weiteren Aufklärung, ob zur Behandlung der Hauterkrankung der Klägerin allein die von Dr. B. verschriebene Basissalbe oder aber nicht auch andere ordnungsfähige Arzneimittel zur Verfügung gestanden hätten.

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

Die Voraussetzungen für die Zulassung der Revision liegen nicht vor ([§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG](#)), weil die im vorliegenden Rechtsstreit vorrangigen Fragen des Verfassungsrechts vom Senat selbst zu beantworten sind.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2007-12-18