

L 7 AS 262/07

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Grundsicherung für Arbeitsuchende

Abteilung

7

1. Instanz

SG Augsburg (FSB)

Aktenzeichen

S 6 AS 770/06

Datum

24.07.2007

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 7 AS 262/07

Datum

15.11.2007

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

I. Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Augsburg vom 24. Juli 2007 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Das Berufungsverfahren betrifft Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Sozialgesetzbuch Zweites Buch (SGB II). Streitig ist, ob die Klägerin einen Anspruch gegen die Beklagte besitzt, dass jene die Mitgliedsbeiträge für ein medizinisches Rehaszentrum gesondert neben der Regelleistung zu übernehmen hat.

Die Klägerin ist 34 Jahre alt und alleinstehend. Im streitgegenständlichen Zeitraum hatte sie weder Einkommen noch relevantes Vermögen. Ihr Gesundheitszustand lässt es zu, dass sie unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig sein kann. Seit 01.01.2005 bezieht die Klägerin von der Beklagten Arbeitslosengeld II (Alg II).

Die Klägerin leidet an Rückenbeschwerden. Um dem entgegen zu wirken, hat sie kontinuierlich ein medizinisches Rehaszentrum (H. GmbH) in A. besucht. Der Orthopäde der Klägerin hatte dieser seit ca. 2003 Krankengymnastik am Gerät verordnet. In einer Verordnung vom 01.06.2006 gab er als Indikationsschlüssel "WS1c" an; der Diagnosegruppe WS1 sind nach dem Heilmittel-Katalog Wirbelsäulenerkrankungen mit "prognostisch kurzzeitigem Behandlungsbedarf" zugeordnet. Das Therapieziel bezeichnete der Arzt mit "Muskelaufbau". Die Klägerin hält den Umfang der ärztlich verordneten Behandlungen für unzureichend. Sie hatte daher zumindest bis einschließlich Juni 2007 Jahresverträge mit dem Rehaszentrum abgeschlossen. Der monatliche Beitrag hierfür hat sich im maßgebenden Zeitraum auf 56 Euro belaufen. Diesen "Mitgliedsbeitrag" musste die Klägerin im Voraus für ein Jahr entrichten.

Bereits im Jahr 2005 hatte sich die Klägerin mit dem Begehren an die Beklagte gewandt, diese möge die monatlichen Beiträge neben der Regelleistung übernehmen. Zu diesem Zweck legte sie mit Schreiben vom 03.05.2005 ein Attest ihres behandelnden Orthopäden Dr. B. vor. Laut diesem Attest besteht bei ihr eine Bandscheibenprotrusion mediolinkslateral L5/S1. Anlagebe dingt komme es zu einem Druck auf die absteigende Nervenwurzel S1 links. Jedoch traf die Beklagte über den Antrag zunächst keine Entscheidung. So wiederholte die Klägerin den Antrag mit Schreiben vom 07.04.2006. Mit Bescheid vom 10.04.2006 lehnte die Beklagte den Antrag mit der Begründung ab, weder § 21 noch [§ 16 SGB II](#) würden einen Anspruch der Klägerin begründen.

Mit Schreiben vom 26.04.2006 legte die Klägerin gegen den Bescheid vom 10.04.2006 Widerspruch ein. Sie trug vor, ihr Antrag vom 03.05.2005, wiederholt am 07.04.2006, sei auch als Gesuch um Bewilligung einer nicht rückzahlbaren Beihilfe zu verstehen. Sie machte deutlich, sie wolle ihr Begehren nicht auf die Bestimmungen der [§§ 16, 21 SGB II](#) beschränkt wissen. Die Beklagte nahm den Widerspruch zum Anlass, durch gesonderten Bescheid vom 21.08.2006 die Gewährung einer nicht rückzahlbaren Beihilfe im Sinn des [§ 23 SGB II](#) abzulehnen. Die Gewährung einer Hilfe in nicht rückzahlbarer Form, so die Beklagte zur Begründung, sehe [§ 23 SGB II](#) nicht vor. Eine Darlehensgewährung nach [§ 23 Abs. 1 SGB II](#) scheide ebenfalls aus, weil die erforderlichen Kosten von den Krankenkassen abgedeckt werden könnten. Dagegen legte die Klägerin mit Schreiben vom 30.08.2006 erneut Widerspruch ein.

Sodann wies die Beklagte den Widerspruch vom 26.04.2006 mit Widerspruchsbescheid vom 25.08.2006 mit gleicher Begründung wie im Ausgangsbescheid zurück. Den Widerspruch vom 30.08.2006 wies sie gesondert mit Widerspruchsbescheid vom 23.10.2006 zurück.

Klage erhoben zum Sozialgericht Augsburg hat die Klägerin mit Schriftsatz vom 21.09.2006. Das Sozialgericht hat die Klage mit Urteil vom

24.07.2007 abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, ein Tatbestand, der einen Mehrbedarf nach [§ 21 SGB II](#) begründen könnte, liege nicht vor. [§ 23 Abs. 1 Satz 1 SGB II](#) biete keine Anspruchsgrundlage, weil die besagte Krankengymnastik keinen von der Regelleistung umfassten Bedarf darstellen würde. Der Bedarf werde vielmehr ausschließlich nach dem Leistungsrecht des Sozialgesetzbuchs Fünftes Buch (SGB V) gedeckt. Die sondergesetzliche Regelung im SGB V verbiete, auf [§ 23 Abs. 1 Satz 1 SGB II](#) als Auffangtatbestand zurückzugreifen; das werde dadurch belegt, dass im Rahmen von [§ 52 SGB XII](#) sich der Leistungskatalog nach dem der gesetzlichen Krankenversicherung richte.

Dagegen wendet sich die mit Schriftsatz vom 25.08.2007 eingelegte Berufung. Zur Begründung trägt die Klägerin vor, der Bedarf an Krankengymnastik am Gerät sei medizinisch unabweisbar. Er sei nicht über Krankenkassenleistungen gedeckt, weil als solche im Regelfall nur sechs physiotherapeutische Einheiten pro Quartal verordnet werden könnten. Indiziert sei aber eine fortwährende Krankengymnastik am Gerät. Der Besuch eines normalen Fitness-Studios reiche nicht. Zudem sei die monatliche Gebühr von 56 Euro wesentlich billiger als die sechs verordneten Einheiten pro Quartal. Im Regelsatz sei durchaus ein Beitrag für präventive/rehabilitative Gesunderhaltung vorgesehen. Der richtige Weg sei, über [§ 23 Abs. 1 SGB II](#) vorzugehen und dann die Rückzahlungsschuld gemäß [§ 44 SGB II](#) zu erlassen. Schließlich sei es auch verfassungsrechtlich geboten, ihr die begehrten Leistungen zukommen zu lassen.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Urteils des Sozialgerichts Augsburg vom 24.07.2007 sowie unter Aufhebung des Bescheids vom 10.04.2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 25.08.2006 und des Bescheids vom 21.08.2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 23.10.2006 zu verurteilen, rückwirkend ab 03.05.2005 die Mitgliedsbeiträge für das Rehazentrum H. GmbH, die zur Durchführung von Krankengymnastik am Gerät anfallen, zu übernehmen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Von einer gesonderten Begründung hat die Beklagte abgesehen.

Wegen der weiteren Einzelheiten der Gerichts- und des Verwaltungsverfahrens wird auf die Akten des Sozialgerichts und des Bayer. Landessozialgerichts verwiesen. Sie lagen allesamt vor und waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung und der Entscheidungsfindung.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig. Streitig sind Geldleistungen von mehr als 500,- EUR ([§ 144 Abs. 1 Satz 1](#) des Sozialgerichtsgesetzes - SGG).

Die Berufung hat aber dennoch keinen Erfolg, weil sie unbegründet ist. Das angefochtene Urteil des Sozialgerichts ist richtig. Die Beklagte hat den Antrag der Klägerin, die monatlichen Beiträge für das Rehazentrum neben der Regelleistung zu übernehmen, zu Recht abgelehnt.

Der Streitgegenstand weist in zweifacher Hinsicht Besonderheiten auf. Da die Klägerin eine "Sonderleistung" neben der Regelleistung begehrt, beschränkt er sich sachlich auf diese "Sonderleistung". Weitere Bedarfspositionen oder Leistungselemente sind nicht Streitgegenstand geworden. Die Ablehnung seitens der Beklagten, die Mitgliedsbeiträge für das medizinische Rehazentrum zu übernehmen, verkörpert eine abtrennbare Verfügung (vgl. BSG, Urteile vom 07.11.2006 - [B 7b AS 8/06 R](#) -, vom 23.11.2006 - [B 11b AS 3/06 R](#) - sowie jeweils vom 31.10.2007 - [B 14/11b AS 59/06 R](#) -, [B 14/11b AS 5/07 R](#) - und [B 14/11b AS 7/07 R](#) -). Eine abweichende Beurteilung gebietet auch nicht die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, die sich bei der Annahme in sachlicher Hinsicht differenzierter Streitgegenstände eher zurückhaltend zeigt (vgl. nur die genannten Urteile vom 31.10.2007 sowie das weitere Urteil vom gleichen Tag - [B 14/11b 30/07 R](#) -). In zeitlicher Hinsicht wirkt sich die eigenständige sachliche Streitgegenstandsfähigkeit dahin aus, dass man eine vollständige Leistungsablehnung anzunehmen hat; der Senat hält es nicht für opportun, die geltend gemachten Mitgliedsbeiträge in streitgegenständlicher Hinsicht lediglich als vorenthaltenen Teil der Gesamtleistung zu begreifen, welche die Klägerin ja durchgehend bezogen hat. Weil aber gerade eine vollständige Leistungsablehnung vorliegt, beschränkt sich der Streitgegenstand nicht auf bestimmte Leistungszeiträume (vgl. BSG, Urteil vom 07.11.2006 - [B 7b AS 14/06 R](#)). Vielmehr erstreckt er sich - ungeachtet dessen, in welchen Monaten tatsächlich eine Beitragsschuld bestanden hat - bis zum Tag der mündlichen Verhandlung. Streitgegenständlich sind allerdings nicht Mitgliedsbeiträge für die Zeit vor der ersten Antragstellung am 03.03.2005, da die Klägerin deren Erstattung nicht beantragt hat (übrigens stünde [§ 37 Abs. 2 Satz 1 SGB II](#) einer Leistungsgewährung entgegen).

Für das Begehren der Klägerin, die Mitgliedsbeiträge für das Rehazentrum neben der Regelleistung von der Beklagten erstattet zu erhalten, gibt es keine Rechtsgrundlage. Die Regelleistung verkörpert eine Pauschale, die grundsätzlich weder einzelfallbedingte Aufstockungen noch Abschläge duldet. Das belegen [§ 20 Abs. 2](#), 2a und 3 SGB II, die als zwingende Vorschriften formuliert sind. Ausnahmen davon sind nur zulässig, wenn und soweit die [§§ 21 bis 23 SGB II](#) entsprechende Regelungen treffen (vgl. zu diesem Grundprinzip [§ 21 Abs. 1 SGB II](#)). Der Umstand, dass der Gesetzgeber Ausnahmen positiv geregelt hat, zeigt, dass die Zuerkennung von "Sonderleistungen" ausschließlich auf diesem Wege möglich ist. [§§ 21 bis 23 SGB II](#) enthalten Ausnahmenvorschriften, die von vornherein einer erweiternden Auslegung oder der Deduktion eines "allgemeinen Rechtsgedankens" oder auch nur einer "allgemeinen rechtlichen Tendenz" unzugänglich sind. Die prinzipiell pauschalisierte Leistungsgewährung begegnet - sowohl dass überhaupt pauschaliert wird als auch bezüglich der Höhe des Regelleistungen - keinen verfassungsrechtlichen Bedenken (vgl. BSG, Urteil vom 23.11.2006 - [B 11b AS 1/06 R](#); Urteil des Senats vom 26.10.2006 - [L 7 AS 90/06](#)).

Ein nicht gangbarer Weg zur "Flexibilisierung" der Regelleistung wäre, [§ 28 Abs. 1 Satz 2](#) Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) entsprechend anzuwenden. Dies würde den objektiven Willen des Gesetzgebers ignorieren und damit die Grenzen zulässiger Gesetzesauslegung und Rechtsfortbildung überschreiten. So hat das Bundessozialgericht klar gestellt, dass es nicht möglich ist, den Bedarf unabhängig von den Regelsätzen festzulegen und die Regelleistung so zu erhöhen (Urteil vom 07.11.2006 - [B 7b AS 14/06 R](#)).

Ein Ausnahmetatbestand, der zuließe, dem Begehren der Klägerin zu entsprechen, ist nicht ersichtlich:

a) Ein Mehrbedarfstatbestand nach [§ 21 SGB II](#) liegt unzweifelhaft nicht vor, auch wenn die Klägerin sinngemäß argumentiert, [§ 21 SGB II](#) müsse allgemein für krankheitsbedingte Mehraufwendungen Anspruchsgrundlage sein, nicht nur für eine kostenaufwändige Ernährung (vgl. [§ 21 Abs. 5 SGB II](#)). Dieser Interpretation vermag sich der Senat nicht anzuschließen. Insbesondere der allgemeinen Gleichheitssatz gebietet, anders als die Klägerin meint, keinen allgemeinen Mehrbedarfszuschlag bei Krankheit.

b) Auch [§ 16 SGB II](#) bietet keine Anspruchsgrundlage für das Begehren der Klägerin. Aus [§ 16 Abs. 1](#) und 2 SGB II (in Absatz 2 ist von "Eingliederung in das Erwerbsleben" die Rede), ergibt sich, dass auf dieser Basis nur Leistungen zur beruflichen Rehabilitation in Betracht kommen. Hier geht es aber ausschließlich um medizinische Rehabilitation (vgl. zu den Leistungsgruppen [§ 5 SGB IX](#)), wenn nicht sogar um medizinische Prävention.

c) Auch auf [§ 23 SGB II](#) vermag sich die Klägerin nicht zu stützen. [§ 23 Abs. 3 SGB II](#) ist von vornherein nicht einschlägig. [§ 23 Abs. 4 SGB II](#) regelt lediglich die Konstellation, dass im Bewilligungsmonat noch Einnahmen zu erwarten, diese aber aktuell noch nicht verfügbar sind; um eine derartige Hilfe, die dazu dient, einen kurzfristigen "Liquiditätsengpass" zu überbrücken, geht es im vorliegenden Fall nicht.

d) Die von der Klägerin vorgeschlagene Lösung über [§ 23 Abs. 1](#) in Verbindung mit [§ 44 SGB II](#) scheidet ebenfalls aus. Nach Ansicht der Klägerin soll ihr ein Darlehen gewährt, gleichzeitig aber die Rückzahlungsschulden erlassen werden. Dabei bedarf keiner Erörterung, ob eine derartige Verfahrensweise rechtswidrig ist, weil sie die in [§ 23 Abs. 1 SGB II](#) vorgegebene Beschränkung auf die Leistungsform des Darlehens möglicherweise missbräuchlich umgeht (vgl. dazu BSG, Urteil vom 07.11.2006 - [B 7b AS 14/06 R](#)). Genauso wenig muss problematisiert werden, ob dadurch nicht das Rechtsinstitut des Erlasses als exzeptionelle einzelfallbezogene Härterege lung in rechtswidriger Weise ignoriert würde. Denn ungeachtet der Leistungsform findet [§ 23 Abs. 1 Satz 1 SGB II](#) schon dem Grunde nach keine Anwendung.

Bei der in Streit stehenden Krankengymnastik handelt es sich der Art nach um keine Leistung, die zu den Regelleistungen nach dem SGB II gehört. Die Klägerin selbst betont, die Krankengymnastik sei bei ihr medizinisch indiziert. Unzureichend, so die Klägerin, sei ein normales Fitness-Studio. Belegt wird dieser "medizinische Einschlag" durch das oben genannte Attest des Dr. B ... Festzuhalten ist somit, dass die Klägerin eine Leistung der Krankenbehandlung im Sinn von [§ 27 SGB V](#) erstrebt. Es geht hier ganz offenkundig nicht um Aufwendungen, die aus dem Bemühen heraus entstehen, ein möglichst gesundes Leben zu führen (vgl. zur Abgrenzung zwischen Krankenbehandlung und gesunder Lebensführung Höfler in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, [§ 27 SGB V](#) RdNr. 55). Nach dem Vortrag der Klägerin liegt vielmehr ein eindeutiger Krankheitsbezug der Maßnahme vor (vgl. BSGE 85, 132 (138 f.); Höfler, a.a.O.), nicht nur das allgemeine Streben nach körperlichem Wohlbefinden und sportlicher Ertüchtigung. Dieses Ergebnis wird dadurch bestätigt, dass die Klägerin entsprechende Leistungen auch von ihrem Arzt verordnet erhalten hat. Die gewünschte Krankengymnastik verkörpert nach ihrer Art kein Aliud im Vergleich zu den ärztlich verordneten Maßnahmen; sie geht lediglich quantitativ über diese hinaus.

Damit steht fest, dass die Krankengymnastik außerhalb des Leistungsspektrums des SGB II steht. Die Regelleistung umfasst derartige Bedarfe, die dem Grunde nach von der gesetzlichen Krankenversicherung zu decken sind, nicht. Das Sozialgericht hat zutreffend darauf hingewiesen, dass das Gesetz diesen spezifischen Bedarfslagen auf andere Weise Rechnung trägt: Nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 2 a SGB V](#) sind Bezueher von Alg II grundsätzlich in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert. Damit steht Alg II-Bezieher ein Leistungskatalog zur Verfügung, der die notwendigen, ausreichenden und zweckmäßigen Leistungen vorsieht (vgl. [§ 12 Abs. 1 SGB V](#)); Qualität und Wirksamkeit dieser Leistungen müssen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen ([§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#)). Es bleibt somit kein "Leistungsdefizit", das über die Regelleistung nach dem SGB II zu kompensieren wäre (vgl. analog [§ 26 Abs. 2 SGB II](#) für den nach [§ 8 Abs. 1 Nr. 1 a SGB V](#) von der Versicherungspflicht befreiten Personenkreis).

Auch wenn die Klägerin den Schwerpunkt weniger auf die spezifische Finalität einer Krankenbehandlung, sondern auf die sportliche Betätigung in einem Fitness-Studio setzen würde, würde [§ 23 Abs. 1 SGB II](#) (in Verbindung mit [§ 44 SGB II](#)) als Anspruchsgrundlage ausscheiden. Denn [§ 23 Abs. 1 Satz 1 SGB II](#) lassen sich nur "einmalige" Bedarfe zuordnen. Laufende Sonderbedarfe - ein solcher würde hier vorliegen - können von vornherein nicht auf diese Weise "bewältigt" werden (vgl. BSG, Urteil vom 07.11.2006 - [B 7b AS 14/06 R](#)).

e) Auch die Anspruchsgrundlagen des SGB XII zur Hilfe in besonderen Lebenslagen verhelfen der Berufung der Klägerin nicht zum Erfolg. Von daher erübrigt sich auch eine Beiladung des Sozialhilfeträgers nach [§ 75 Abs. 2](#) 2. Alternative SGG.

Der Weg zu den Hilfen in besonderen Lebenslagen nach dem SGB XII ist allerdings nicht schon deswegen verschlossen, weil die Klägerin dem Leistungssystem der Grundsicherung für Arbeitsuchende zugeordnet ist (vgl. BSG, Urteil vom 07.11.2006 - [B 7b AS 14/06 R](#)). Denn die Konkurrenznormen des [§ 5 Abs. 2 SGB II](#) und [§ 21 SGB XII](#) treffen dazu keine Regelungen, so dass von einer Leistungskonkurrenz auszugehen ist (vgl. Brühl in: LPK-SGB II, 2. Auflage 2007, § 5 RdNr. 50).

Gleichwohl vermitteln die entsprechenden Normen des SGB XII der Klägerin keinen Anspruch. Da die gewünschte Krankengymnastik der "Krankenbehandlung" zuzurechnen ist, kämen als Anspruchsgrund ausschließlich die Hilfen zur Gesundheit nach dem Fünften Kapitel des SGB XII, insbesondere die Hilfe bei Krankheit nach [§ 48 SGB XII](#) (möglicherweise auch vorbeugende Gesundheitshilfe nach [§ 47 SGB XII](#)), in Betracht. Jedoch ergibt sich aus [§ 52 Abs. 1 Satz 1 SGB XII](#), dass die Hilfen zur Gesundheit nicht dazu dienen, das Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung behandlungsmethodisch zu erweitern oder quantitativ aufzustocken. Nur das, was im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung zu finden ist, kann auch Leistung der Hilfen zur Gesundheit sein (vgl. nur Schlette in: Hauck/Noftz, SGB XII, § 52 RdNr. 4 ; Birk/Bieritz-Harder in: LPK-SGB XII, 7. Auflage 2005 RdNr. 1; Lippert in: Mergler/Zink, SGB XII, § 52 RdNr. 5). Nach den Regelungen des Krankenversicherungsrechts steht der Klägerin die von ihr gewünschte Dauermitgliedschaft aber nicht zu. Das ergibt sich allein schon daraus, dass ihr diese nicht ärztlich verordnet worden ist. Zudem dürfte ein Vertragsarzt nach den Vorgaben des Leistungserbringungsrechts eine entsprechende Verordnung von vornherein nicht ausstellen. Einschlägig sind insoweit die Heilmittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Aus dem Heilmittel-Katalog, der Bestandteil der Richtlinien ist, ergibt sich, dass bei der vorhandenen Diagnose (laut Diagnoseschlüssel "WS1c") (= Muskeldysbalance, -insuffizienz, -verkürzung) nur bis zu sechs Einheiten pro Quartal verordnet werden dürfen (bereits deshalb hat sich die Beiladung der Krankenkasse erübrigt). Nachdem die [§§ 47 ff. SGB XII](#) für die

Krankenbehandlung eine spezielle Anspruchsgrundlage darstellen, ist ein Rückgriff auf nach der Art des Bedarfs offene Auffangnormen unzulässig.

Aber auch wenn der Zweck der allgemeinen körperlichen Ertüchtigung und der Lebensfreude im Vordergrund stehen würde, böten die Hilfen in besonderen Lebenslagen keine tragfähige Anspruchsgrundlage. [§ 73 SGB XII](#), der allein in Betracht zu ziehen wäre, könnte dies nicht leisten (vgl. zu dieser Anspruchsgrundlage ausführlich BSG, Urteil vom 07.11.2006 - [B 7b AS 14/06 R](#)). Aus Sinn und Zweck von [§ 73 SGB XII](#) ergibt sich, dass die Norm nur dann in Erwägung gezogen darf, wenn eine spezielle gesetzliche Regelung fehlt, wenn mit anderen Worten eine unbenannte Bedarfssituation gegeben ist (vgl. Schlette, a.a.O., § 73 RdNr. 1, 4). Insbesondere darf [§ 23 Abs. 1 SGB II](#) mit seiner Beschränkung auf die Leistungsform des Darlehens nicht durch einen Rekurs auf [§ 73 SGB XII](#) umgangen und funktionslos gemacht werden. Durch die spezielle Regelung eines Bedarfs ist die Anwendung von [§ 73 SGB XII](#) grundsätzlich ausgeschlossen (vgl. a.a.O., RdNr. 5). Abschließend geregelte Tatbestände dulden keine Aufstockung oder Ausweitung über [§ 73 SGB XII](#) (vgl. Baur/Zink in: Mergler/Zink, SGB XII, [§ 73 SGB XII](#) RdNr. 3). [§ 73 SGB XII](#) kann nur insoweit Bedeutung erlangen, als das SGB II einen strukturellen Mangel aufweist, nämlich einen Bedarfstypus übersehen hat.

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

Die Revision wurde nicht zugelassen, weil die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2008-08-04