

## S 15 AS 2553/13

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
SG Karlsruhe (BWB)  
Sachgebiet  
Grundsicherung für Arbeitsuchende

Abteilung  
15  
1. Instanz  
SG Karlsruhe (BWB)

Aktenzeichen  
S 15 AS 2553/13

Datum  
11.06.2014

2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil

Leitsätze

Ein Mehrbedarf ist unter anderem dann nicht unabweisbar im Sinne von [§ 21 Abs. 6 SGB II](#), wenn der Leistungsberechtigte nicht die ihm zumutbaren Versuche unternommen hat, den Bedarf auf anderem Wege zu decken. Ihm obliegt es insbesondere, gegen ablehnende Entscheidungen anderer Leistungsträger mit Rechtsbehelfen vorzugehen, jedenfalls soweit dies nicht von vorneherein offensichtlich aussichtslos erscheint.

Die Klage wird abgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Erstattung von Fahrtkosten für Fahrten zur Physiotherapie und zum Rehabilitationssport im Rahmen der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II).

Der 1989 geborene Kläger leidet unter anderem an einer erstmals im März 2012 diagnostizierten Arthritis und einer Schmerzverarbeitungsstörung. Der Beklagte bewilligte ihm erstmals mit Bescheid vom 6. März 2013 für die Zeit vom 1. April 2013 bis zum 30. September 2013 Leistungen nach dem SGB II.

Mit Schreiben vom 26. Februar 2013 bewilligte die Krankenkasse des Klägers ihm entsprechend einer ärztlichen Verordnung 120 Stunden Rehabilitationssport bis zum 29. Februar 2016. Mit Schreiben vom 6. März 2013 bewilligte die Krankenkasse dem Kläger zudem Funktionstraining zwei Mal pro Woche bis zum 28. Februar 2015.

Durch insgesamt 16 Heilmittelverordnungen verordnete der Arzt für Allgemeinmedizin Dr. K. zwischen Juli und Dezember 2013 jeweils ein bis drei Behandlungen (Wärme- und Kälteanwendung, Krankengymnastik, Bindegewebemasagen, Manuelle Lymphdrainage, Elektrotherapie, Manuelle Therapie, klassische Massage) wöchentlich. Als medizinische Begründung für die Verordnungen außerhalb des Regelfalles gab Dr. K. in 13 von 16 Verordnungen u. a. die Verhinderung von erneuten Krankenhausaufenthalten an.

Der Kläger beantragte mit Schreiben vom 30. März 2013 die Übernahme von Fahrtkosten von seinem Wohnort ( ) zunächst nach (dem Ort seiner Physiotherapiepraxis; Entfernung ca. 26 km). Der Kläger legt diese Wege mit seinem eigenen Personenkraftwagen zurück. Seit August 2013 sucht er eine Physiotherapiepraxis in (Entfernung ca. 25 km) auf.

Mit Bescheid des Beklagten vom 2. April 2013 wurde der Antrag abgelehnt mit der Begründung, dass kein Mehrbedarf anzuerkennen sei. Es mangle an der Unabweisbarkeit, da der Bedarf - wenn überhaupt - durch Zuwendungen Dritter, hier der Krankenkasse des Klägers, zu decken sei.

Hiergegen erhob der Kläger am 2. Mai 2013 Widerspruch. Wie er telefonisch erfahren habe, werde die Krankenkasse seinen Antrag auf Fahrtkostenübernahme ablehnen. Dennoch seien die Behandlungen medizinisch zwingend notwendig. Er fahre drei Mal pro Woche nach zur Physiotherapie und zwei Mal pro Woche nach zum Rehabilitationssport und zur Massage. Mit eigenen Mitteln könne er die Fahrtkosten nicht tragen.

Mit Bescheid vom 15. Mai 2013 lehnte die Krankenkasse des Klägers den Antrag auf Fahrtkostenübernahme zur ambulanten Behandlung ab. Die Voraussetzungen von § 8 Abs. 1 und 2 der Krankentransport-Richtlinien lägen nicht vor.

Mit Bescheid vom 19. Juni 2013 wies der Beklagte den Widerspruch des Klägers zurück. Sofern die Fahrtkosten notwendig seien, würden diese von der Krankenkasse übernommen. Bei Ablehnung der Übernahme der Fahrtkosten von der Krankenkasse wegen fehlender zwingender medizinischer Indikation bestehe auch ein Mehrbedarf nicht.

Mit der am 22. Juli 2013 erhobenen Klage verfolgt der Kläger sein Begehren weiter und zwar für die gesamte Dauer der ambulanten Behandlung. Diese gehe über den Bewilligungszeitraum für das Arbeitslosengeld II hinaus. Er begehre auch die Erstattung der Fahrtkosten zum Reha-Sport nach (Entfernung zum Wohnort ca. 34 km). Es fielen etwa 230 Euro Fahrtkosten im Monat an. Eine direkte ÖPNV-Verbindung oder näher gelegene, aber gleich geeignete Einrichtungen gäbe es nicht. Zwar seien hinsichtlich der Fahrtkostenübernahme vorrangig Ansprüche gegen die Krankenkasse zu stellen. Lehne diese den Anspruch - wie vorliegend - allerdings ab, seien die Fahrtkosten seitens der Beklagten als Mehrbedarf anzuerkennen. Die Unabweisbarkeit ergebe sich aus der zwingenden medizinischen Indikation. Das Grundrecht auf Gewährung eines menschenswürdigen Existenzminimums umfasse auch die physische Existenz des Menschen. Zur Gewährleistung von Gesundheit gehöre u. a. die Sicherstellung einer notwendigen Krankenbehandlung. Das schließe ein, dass der Behandlungsort tatsächlich erreicht werden könne.

Der Kläger beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung ihres Bescheides vom 02.04.2013 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19.06.2013 zu verurteilen, ihm die Fahrtkosten zur Physiotherapie und zum Rehabilitationssport für die Zeit von 1. März 2013 bis zum 29. Februar 2016 zu erstatten.

Der Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Der Beklagte hält an seiner Entscheidung fest. Es sei grundsätzlich davon auszugehen, dass der Anspruch auf eine medizinisch notwendige Krankenbehandlung für die durch den SGB II-Bezug gesetzlich krankenversicherten Leistungsberechtigten von den Regelungen der gesetzlichen Krankenversicherung erfasst werde. In Fallgestaltungen wie dieser müssten Ansprüche vorrangig gegenüber der Krankenkasse verfolgt werden. Im Übrigen verfüge Bad Wildbad über ausreichende und spezialisierte Einrichtungen für Physiotherapie. Die Fahrtkosten zum Rehabilitationssport könnten nicht übernommen werden, weil diese nicht verordnet worden seien.

Das Gericht befragte Dr. K. schriftlich als sachverständigen Zeugen. Dieser äußerte sich unter dem 19. Dezember 2013 dahingehend, dass über keine besonders für Rehabilitationssport zugelassene Einrichtung verfüge. Physiotherapeutische Einrichtungen bestünden hingegen in ausreichender Menge mit Spezialisierung auf degenerative Erkrankungen der Wirbelsäule, Krankengymnastik auf neuropsychologischer Grundlage und Krankengymnastik für das zentrale Nervensystem.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie der beigezogenen Beklagtenakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

I. Die Klage ist teilweise unzulässig und im Übrigen unbegründet.

1. Die Klage ist unzulässig, soweit der Kläger die Erstattung von Fahrtkosten über den 30. September 2013 hinaus begehrt. Die Zulässigkeit einer - hier vorliegenden - kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage setzt voraus, dass die Behörde über die im gerichtlichen Verfahren begehrte Leistung eine Entscheidung getroffen hat (Keller, in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 10. Aufl. 2012, § 54 Rn. 38). Daran fehlt es hier, soweit Leistungszeiträume ab dem 1. Oktober 2013 betroffen sind. Die Beklagte hat in ihren Bescheiden vom 2. April 2013 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19. Juni 2013 lediglich eine Entscheidung für den damals laufenden, durch Bewilligungsbescheid vom 6. März 2013 geregelten Bewilligungszeitraum vom 1. April 2013 bis zum 30. September 2013 getroffen. Der Bescheid der Beklagten enthält zwar keine ausdrückliche zeitliche Eingrenzung, jedoch durfte die Beklagte überhaupt nur für diesen Zeitraum eine Entscheidung treffen. Dies folgt zum einen aus [§ 41 Abs. 1 Satz 4 SGB II](#), wonach der Bewilligungszeitraum in der Regel sechs Monate beträgt. Diese Beschränkung gilt auch für Mehrbedarfe. Deren Gewährung setzen ebenso wie die Regelbedarfe und die Bedarfe für Unterkunft und Heizung das Vorliegen der allgemeinen Anspruchsvoraussetzungen, die insbesondere in [§ 7 Abs. 1 SGB II](#) genannt sind, voraus. Es würde dem Wortlaut des [§ 41 Abs. 1 Satz 4 SGB II](#) und seinem Zweck, eine regelmäßige Überprüfung der Hilfebedürftigkeit in überschaubaren zeitlichen Abständen zu gewährleisten (Begründung des Gesetzesentwurfes auf [BT-Drucks. 15/1516, S. 63](#)), widersprechen, wenn Mehrbedarfe für einen darüber hinaus gehenden Zeitraum bewilligt würden, ohne dass - im Zuge der Bewilligungsentscheidung über die Regelbedarfe - die allgemeinen Anspruchsvoraussetzungen geprüft wurden. Diese Ratio ist auch der Hintergrund der - und dies ist der zweite zu berücksichtigende Gesichtspunkt - Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, nach der Mehrbedarfe nicht zulässigerweise zum isolierten Streitgegenstand eines gerichtlichen Verfahrens gemacht werden können (BSG, Urteil vom 26. Mai 2011 - [B 14 AS 146/10 R](#), juris, Rn. 14). Vor diesem Hintergrund erweist sich - bei sachgerechter, weil an der möglichen rechtmäßigen Reaktion der Beklagten orientierter Auslegung (vgl. BSG, Urteil vom 26. Mai 2011 - [B 14 AS 146/10 R](#), juris, Rn. 15) - der Antrag des Klägers vom 30. März 2013 als Antrag auf Abänderung des Bescheides vom 6. März 2013, teilt also dessen Streitgegenstand in zeitlicher Hinsicht. Entsprechend ist auch die Entscheidung der Beklagten allein auf den damaligen Bewilligungszeitraum beschränkt.

2. Im Übrigen ist die Klage zulässig, aber unbegründet. Der Bescheid des Beklagten vom 2. April 2013 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19. Juni 2013 ist rechtmäßig. Der Kläger hat gegen die Beklagte keinen Anspruch auf Erstattung der Fahrtkosten zu Physiotherapie und zum Rehabilitationssport für die Zeit vom 1. April 2013 bis zum 30. September 2013.

a) Als Anspruchsgrundlage gegen die Beklagte kommt allein die Härtefallregelung des [§ 21 Abs. 6 SGB II](#) in Betracht. Danach erhalten erwerbsfähige Hilfebedürftige einen Mehrbedarf, soweit im Einzelfall ein unabweisbarer, laufender, nicht nur einmaliger besonderer Bedarf besteht (Satz 1). Der Mehrbedarf ist unabweisbar, wenn er insbesondere nicht durch die Zuwendungen Dritter sowie unter Berücksichtigung von Einsparmöglichkeiten der Hilfebedürftigen gedeckt ist und seiner Höhe nach erheblich von einem

durchschnittlichen Bedarf abweicht (Satz 2). Es handelt sich bei [§ 21 Abs. 6 SGB II](#) um eine Ausnahmevorschrift für atypische Bedarfslagen, dessen Tatbestandsvoraussetzungen nach der Begründung des Gesetzentwurfes eng und strikt sind ([BT-Drucks. 17/1465, S. 8](#)). Der Gesetzgeber hat damit ein Element aus dem sog. Hartz IV-Urteil des Bundesverfassungsgerichts (Urteil vom 9. Februar 2010 - [1 BvL 1/09](#) u. a., [BVerfGE 125, 175](#) ff.; dazu etwa Aubel, in: Emmenegger/Wiedmann [Hrsg.], Linien der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts, Band 2, 2011, S. 273 ff.) umgesetzt. Das Bundesverfassungsgericht hatte die Auffassung vertreten, dass es mit [Art. 1 Abs. 1](#) i. V. m. [Art. 20 Abs. 3 GG](#) unvereinbar sei, dass im SGB II eine Regelung fehle, die einen Anspruch auf Leistungen zur Sicherstellung eines zur Deckung des menschenwürdigen Existenzminimums unabweisbaren, laufenden, nicht nur einmaligen, besonderen Bedarfs vorsehe ([BVerfGE 125, 175](#) [252]). Auch das Bundesverfassungsgericht ging von engen und strikten Tatbestandsvoraussetzungen aus, so dass ein derartiger zusätzlicher Anspruch nur in seltenen Fällen entstehen dürfte ([BVerfGE 125, 175](#) [255]).

b) Die Kammer lässt dahinstehen, ob angesichts dieser strengen Maßstäbe die Fahrkosten des Klägers überhaupt geeignet sind, einen Mehrbedarf im Sinne von [§ 21 Abs. 6 SGB II](#) zu begründen. Zwar wird in der Literatur angenommen, dass auch gesundheitsspezifische Bedarfe einen solchen Mehrbedarf nach [§ 21 Abs. 6 SGB II](#) auslösen können (S. Knickrehm/Hahn, in: Eicher [Hrsg.], SGB II, 3. Aufl. 2013, § 21 Rn. 74). Jedoch gilt primär, dass die Absicherung gegen die Risiken der Krankheit und Pflegebedürftigkeit durch die Einbeziehung von Arbeitslosengeld II-Empfängern in die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung gewährleistet wird ([BVerfGE 125, 175](#) [228]; BSG, Urteil vom 26. Mai 2011 - [B 14 AS 146/10 R](#), juris, Rn. 23 f.). Erst, wenn Versicherte krankheitsbedingt Mittel benötigen, die verfassungskonform nicht dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung unterfallen, sichern die bei Hilfebedürftigkeit eingreifenden Teile des Sozialsystems - hier in Form von Leistungen nach dem SGB II - das verfassungsrechtlich garantierte Existenzminimum (so 3. Leitsatz bei BSG, Urteil vom 6. März 2012 - [B 1 KR 24/10 R](#), juris; LSG Sachsen, Beschluss vom 25. September 2013 - [L 7 AS 83/12 NZB](#), juris, Rn. 29). Es erscheint durchaus zweifelhaft, ob diese Voraussetzungen hier zu Gunsten des Klägers vorliegen. Jedenfalls wird in der Rechtsprechung angenommen, dass von der gesetzlichen Leistungspflicht der Krankenkasse nicht abgedeckte Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen von den Leistungsberechtigten nach dem SGB II selbst zu zahlen sind (so LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss vom 29. November 2011 - [L 7 AS 1442/10](#), juris, Rn. 35).

Im vorliegenden Fall ist indes entscheidend, dass der Kläger nicht alle ihm zumutbaren Mittel ausgeschöpft hat, sich die Fahrtkosten durch Dritte erstatten zu lassen. Dem Tatbestandsmerkmal der Unabweisbarkeit in [§ 21 Abs. 6 SGB II](#) wohnt neben der materiellen Komponente auch ein prozedurales Element inne. Dem nach dem SGB II Leistungsberechtigten obliegt es, bei anderen Sozialleistungsträgern Leistungen zu beantragen (vgl. BSG, Urteil vom 26. Mai 2011 - [B 14 AS 146/10 R](#), juris, Rn. 24; Behrend, in: jurisPK-SGB II, 3. Aufl. 2012, § 21 Rn. 111 m. w. N.) und ggf. gegen ablehnende Entscheidungen mit den entsprechenden Rechtsbehelfen vorzugehen, jedenfalls soweit dies nicht von vorneherein offensichtlich aussichtslos ist. Diese Obiegenheit findet ihre Grundlage auch im Grundsatz des Forderns, der insbesondere in [§ 2 SGB II](#) niedergelegt ist und dem für die anderen Vorschriften des Gesetzes interpretationsleitende Wirkung zukommt (vgl. etwa SG Reutlingen, Urteil vom 21. August 2007 - [S 2 AS 2502/07](#), juris, Rn. 26; Kador, in: Eicher [Hrsg.], SGB II, 3. Aufl. 2013, § 2 Rn. 5). Im Übrigen ist diese Obliegenheit auch deswegen geboten, weil der nach dem SGB II Leistungsberechtigte ansonsten die Möglichkeit hätte, über [§ 21 Abs. 6 SGB II](#) die Zuständigkeitsabgrenzungen zwischen den einzelnen Sozialleistungsträgern auszuhebeln, indem er vorrangig als zuständig in Betracht kommende Träger nicht mit seinem Begehren befasst oder deren Entscheidungen bestandskräftig werden lässt.

Nach diesen Maßstäben ist der Mehrbedarf schon deswegen nicht unabweisbar, weil der Kläger gegen den Bescheid des für ihn zuständigen Trägers der gesetzlichen Krankenversicherung vom 15. Mai 2013 keinen Widerspruch erhoben hat (so in einem ähnlich gelagerten Fall auch LSG Sachsen, Beschluss vom 25. September 2013 - [L 7 AS 83/12 NZB](#), juris, Rn. 24). Ein solcher Widerspruch wäre jedenfalls nicht von vorneherein aussichtslos gewesen. Für ambulante Behandlungen gilt zwar regelmäßig, dass die Fahrtkosten nur in besonderen Ausnahmefällen von den Krankenkassen übernommen werden ([§ 60 Abs. 1 Satz 3](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch [SGB V] i. V. m. § 8 der Krankentransport-Richtlinien). Anderes gilt aber bei privilegierten Fahrten zur ambulanten Behandlung nach [§ 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V](#). Demnach übernehmen die Krankenkassen die Fahrtkosten in Höhe des sich nach [§ 61 Satz 1 SGB V](#) ergebenden Betrages je Fahrt übersteigenden Betrages bei Fahrten von Versicherten zu einer ambulanten Krankenbehandlung sowie zu einer Behandlung nach [§ 115a](#) oder [§ 115b SGB V](#), wenn dadurch eine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung ([§ 39 SGB V](#)) vermieden oder verkürzt wird oder diese nicht ausführbar ist, wie bei einer stationären Krankenhausbehandlung. Diese privilegierten Fahrten werden von [§ 60 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) nicht erfasst (Nolte, in: Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, SGB V, [§ 60 SGB V](#) Rn. 14c [April 2012]). Nach den Angaben des Klägers sind die Fahrten zum Rehabilitationssport und zur Physiotherapie medizinisch indiziert. In erster Linie hat daher die Krankenkasse des Klägers zu prüfen, ob nach den Vorschriften des SGB V eine Fahrtkostenübernahme in Betracht kommt. Die Voraussetzungen für einen Anspruch des Klägers aus [§ 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V](#) könnten deswegen vorliegen, weil auf den meisten ärztlichen Verordnungen des Dr. K. (13 von 16) als medizinische Begründung für die Verordnungen außerhalb des Regelbedarfs die Verhinderung eines erneuten Krankenhausaufenthaltes genannt ist. Ob ein Anspruch des Klägers gegen seine Krankenkasse besteht, kann hier aber offen bleiben.

Da schon deswegen eine Unabweisbarkeit im Sinne von [§ 21 Abs. 6 SGB II](#) nicht festgestellt werden kann, kann dahinstehen, ob jedenfalls mit Blick auf die Fahrtkosten zur Physiotherapie der Unabweisbarkeit auch entgegensteht, dass es dem Kläger zumutbar gewesen wäre, entsprechende Einrichtungen an seinem Wohnort aufzusuchen. Dabei wäre auch zu berücksichtigen gewesen, dass [§ 21 Abs. 6 SGB II](#) keine Besserstellung der Empfänger von Leistungen nach dem SGB II gegenüber Personen rechtfertigt, die ihre Fahrtkosten selbst tragen müssen und daher eine - ggf. unter Inkaufnahme anderer Nachteile, die vom Kläger in der mündlichen Verhandlung angedeutet worden sind (Wartezeiten) - Behandlung am Wohnort wählen (vgl. auch LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss vom 29. November 2011 - [L 7 AS 1442/10](#), juris, Rn. 35).

c) Eine Beiladung des für den Kläger zuständigen Trägers der gesetzlichen Krankenversicherung kam nicht in Betracht. Zwar kann gemäß [§ 75 Abs. 5 SGG](#) ein Versicherungsträger nach Beiladung verurteilt werden. Dies ist jedoch nicht möglich, wenn der Versicherungsträger über das Begehren bereits bestandskräftig entschieden hat (BSG, Urteil vom 13. August 1981 - [11 RA 56/80](#), juris, Rn. 14). Dies war hier der Fall, weil der Kläger gegen den Bescheid der gesetzlichen Krankenversicherung vom 15. Mai 2013 keinen Widerspruch erhoben hat.

II. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs. 1 Satz 1 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB  
Saved  
2014-07-03