

L 7 SO 2091/15

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Sozialhilfe

Abteilung

7

1. Instanz

SG Karlsruhe (BWB)

Aktenzeichen

S 1 SO 1636/14

Datum

16.04.2015

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 7 SO 2091/15

Datum

08.03.2016

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Beschluss

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 16. April 2015 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Der Kläger begehrt Leistungen der Sozialhilfe nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölftes Buch (XII) - Sozialhilfe - (SGB XII) hinsichtlich der - über den seitens seiner Krankenkasse bewilligten befundorientierten Festzuschuss hinausgehenden - Kosten für eine geplante prothetische Versorgung im Oberkiefer sowie des Eigenanteils anlässlich der Ausstattung der vorhandenen Brille mit einer Prismenfolie.

Der 1948 geborene, alleinstehende, schwerbehinderte Kläger (Grad der Behinderung 100, Merkzeichen G, aG, B, H) ist wegen einer linksseitigen Lähmung schwerpflegebedürftig (Pflegestufe II) und rollstuhlpflichtig; er erhält durch den Beklagten Leistungen der Hilfe zur Pflege nach [§§ 61 ff. SGB XII](#). Der Kläger bezog eine Rente wegen voller Erwerbsminderung und bezieht seit Dezember 2013 eine Altersrente (monatliche Zahlungsbeträge ab Juli 2013 397,89 EUR, ab Dezember 2013 398,54 EUR, ab Juli 2014 405,19 EUR, ab März 2015 404,30 EUR, ab Juli 2015 412,77 EUR). Er ist in der Krankenversicherung der Rentner bei der I. c.versichert.

Der Beklagte gewährte dem Kläger, der über kein Vermögen verfügt, ergänzend zu seiner Rente Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII, und zwar ab Juli 2013 monatlich 546,03 EUR (Bescheid vom 11. Juli 2013: Regelsatz 382,00 EUR + Mehrbedarf nach [§ 30 Abs. 1 Nr. 2 SGB XII](#) 64,94 EUR + Mehrbedarf nach [§ 30 Abs. 5 SGB XII](#) 38,20 EUR + Kaltmiete 326,00 EUR + Nebenkosten 60,00 EUR + Heizkosten incl. Warmwasseranteil 65,00 EUR - Rente 397,89 EUR + Haftpflichtversicherung 4,21 EUR + Hausratversicherung 2,57 EUR), im Dezember 2013 545,48 EUR (Bescheid vom 15. November 2013 wegen Änderung der Rentenhöhe), ab Januar 2014 556,81 EUR (Bescheid vom 23. Dezember 2013: Regelsatz 391,00 EUR + Mehrbedarf nach [§ 30 Abs. 1 Nr. 2 SGB XII](#) 66,47 EUR + Mehrbedarf nach [§ 30 Abs. 5 SGB XII](#) 39,10 EUR + Kaltmiete 326,00 EUR + Nebenkosten 60,00 EUR + Heizkosten incl. Warmwasseranteil 65,00 EUR - Rente 398,54 EUR + Haftpflichtversicherung 5,21 EUR + Hausratversicherung 2,57 EUR), ab Mai 2014 571,81 EUR (Bescheid vom 1. Mai 2014 wegen Erhöhung der Betriebskosten- und Heizkostenvorauszahlung auf jeweils 70,00 EUR zum 1. Mai 2014), ab Juli 2014 565,16 EUR (Bescheid vom 13. Juni 2013: Regelsatz 391,00 EUR + Mehrbedarf nach [§ 30 Abs. 1 Nr. 2 SGB XII](#) 66,47 EUR + Mehrbedarf nach [§ 30 Abs. 5 SGB XII](#) 39,10 EUR + Kaltmiete 326,00 EUR + Nebenkosten 60,00 EUR + Heizkosten mit Warmwasseranteil 70,00 EUR - Rente 405,19 EUR + Haftpflichtversicherung 5,21 EUR + Hausratversicherung 2,47 EUR), ab Januar 2015 576,67 EUR (Bescheid vom 23. Dezember 2014: Regelsatz 399,00 EUR + Mehrbedarf nach [§ 30 Abs. 1 Nr. 2 SGB XII](#) 67,83 EUR + Mehrbedarf nach [§ 30 Abs. 5 SGB XII](#) 39,90 EUR + Kaltmiete 326,00 EUR + Nebenkosten 70,00 EUR + Heizkosten mit Warmwasseranteil 70,0 EUR - Rente 403,84 EUR + Haftpflichtversicherung 5,21 EUR + Hausratversicherung 2,57 EUR), ab April 2015 577,91 EUR (Bescheide vom 5. März 2015 und 10. April 2015 wegen Änderung der Altersrente und der Absetzbeträge für die Haftpflicht- und Hausratversicherung, nunmehr 5,46 EUR und 4,02 EUR), ab Juli 2015 569,44 EUR (Bescheid vom 25. Juni 2015: Regelsatz 399,00 EUR + Mehrbedarf nach [§ 30 Abs. 1 Nr. 2 SGB XII](#) 67,83 EUR + Mehrbedarf nach [§ 30 Abs. 5 SGB XII](#) 39,90 EUR + Kaltmiete 326,00 EUR + Nebenkosten 70,00 EUR + Heizkosten mit Warmwasseranteil 70,00 EUR - Rente 412,77 EUR + Haftpflichtversicherung 5,46 EUR + Hausratversicherung 4,02 EUR).

Am 16. Juni 2013 beantragte der Kläger bei dem Beklagten u.a. die Übernahme seines Eigenanteils hinsichtlich der Ausstattung der vorhandenen Brille mit einer Prismenfolie. Er legte die Sehhilfeverordnung vom 4. Juni 2013 über eine Prismenfolie 18 cm/m bei Abduzensparese und eine Rechnung der Firma Brillen H. vom 11. Juni 2013 über die Einarbeitung von zwei Gläsern in eine vorhandene

Brillenfassung und einen Rechnungsbetrag in Höhe von 41,17 EUR vor (Einschleifen 10,00 EUR + Brillenglas rechts 10,00 EUR + Brillenglas links 10,00 EUR + Handwerksleistung 39,00 EUR - Kassenanteil 27,83 EUR = 41,17 EUR). Diesen Antrag lehnte der Beklagte mit Bescheid vom 31. Januar 2014 ab, wogegen der Kläger am 13. Februar 2014 Widerspruch einlegte.

Am 7. November 2013 beantragte der Kläger unter Vorlage eines Heil- und Kostenplanes seines Zahnarztes Dr. B. vom 15. Oktober 2013 über eine geplante Versorgung des Zahnes 11 die Übernahme der über die Leistung der Krankenversicherung hinausgehenden Kosten des geplanten Zahnersatzes. Zur Begründung brachte er vor, dass er gestürzt sei und sich einen Schneidezahn abgebrochen habe. Gemäß Heil- und Kostenplan des Zahnarztes Dr. B. vom 15. Oktober 2013 war eine Versorgung des Zahnes 11 mit einer implantatgetragenen Suprakonstruktion und einer vollkeramischen bzw. voll verblendeten Krone mit Kosten für implantologische Leistungen in Höhe von 827,00 EUR und prothetische Leistungen in Höhe von 1.167,00 EUR, mithin insgesamt 1.993,00 EUR, geplant. Als Regelversorgung sah der Heil- und Kostenplan ein Brückenglied mit vestibulärer Verblendung vor. Die I. c. genehmigte mit Bescheid vom 28. Oktober 2013 den eingereichten Heil- und Kostenplan, setzte den doppelten befundorientierten Festzuschuss auf 872,16 EUR fest und wies darauf hin, dass der Kläger einen andersartigen Zahnersatz gewählt habe und hierdurch Mehrkosten entstehen könnten, die er selbst zu tragen habe.

Der Beklagte lehnte den Antrag auf Übernahme der ungedeckten Zahnersatzkosten ab (Bescheid vom 4. Dezember 2013), da die Kosten der medizinischen Versorgung durch die gesetzlichen Krankenkassen getragen würden und eine Aufstockung aus Mitteln der Sozialhilfe nicht vorgesehen sei. Die Krankenkasse trage die Kosten der Regelversorgung. Darüber hinausgehende Kosten könnten weder durch die Krankenkasse noch durch den Sozialhilfeträger anerkannt werden.

Dagegen legte der Kläger am 19. Dezember 2013 Widerspruch ein. Mit Widerspruchsbescheid vom 30. April 2014 wies der Beklagte u.a. die Widersprüche des Klägers gegen die Bescheide vom 4. Dezember 2013 und 31. Januar 2014 als unbegründet zurück. Der Kläger habe kein Anspruch auf Übernahme seiner Aufwendungen für die Sehhilfe und den geplanten Zahnersatz.

Hiergegen hat der Kläger am 12. Mai 2014 Klage zum Sozialgericht Karlsruhe (SG) erhoben und u.a. eine Übernahme der Kosten für den Zahnersatz sowie eine Erstattung des Eigenanteils für die Versorgung seiner Brille mit einer Prismenfolie verlangt. Der von der Krankenkasse festgesetzte Betrag reiche nicht aus, um die notwendige und zahnmedizinisch indizierte Versorgung abzudecken. Die medizinisch notwendigen Zusatzkosten seien vom Beklagten nach [§ 73 SGB XII](#) zu übernehmen. Auch hinsichtlich der Kosten für die Brille sei er nicht in der Lage, diese aus der Regelleistung zu bestreiten, weshalb nach [§ 73 SGB XII](#) eine Kostenübernahme im Rahmen der Hilfe in sonstigen Lebenslagen zu erbringen sei.

Zwischenzeitlich hatte der Zahnarzt Dr. B. unter dem 21. November 2013 einen weiteren Heil- und Kostenplan betreffend die Versorgung des zu ersetzenden Zahnes 11 mit einer Brücke und voraussichtlichen Gesamtkosten in Höhe von 2.319,00 EUR erstellt. Auch diesen Heil- und Kostenplan genehmigte die I. c. (Bescheid vom 19. Dezember 2013) und bewilligte den doppelten befundorientierten Festzuschuss in Höhe von 1.298,14 EUR. Sie wies darauf hin, dass der Kläger einen andersartigen Zahnersatz gewählt habe und sich hierdurch Mehrkosten ergeben könnten.

Auf Anfrage des SG hat der behandelnde Zahnarzt Dr. B. mit Schreiben vom 24. August 2014 (Blatt 29/30 der SG-Akten) mitgeteilt, dass beim Kläger der Zahn 12 fehle und derzeit mit einem herausnehmbaren Interimsersatz versorgt sei. Die Nachbarzähne seien mit einer metallkeramischen Brückenversorgung bzw. verblockten Einzelkronen suffizient und dauerhaft funktionsfähig versorgt. Es gebe zwei Behandlungsalternativen. Die Regelversorgung gemäß Heil- und Kostenplan vom 21. November 2013 bestehe in der Entfernung der kompletten Brücke im rechten Oberkiefer sowie der rechten Krone des Zahnes 11 zur Überbrückung des Zahnes 12. Die Alternativlösung bestehe in der Implantatversorgung des Zahnes 12 ohne umfängliche Entfernung der bestehenden Kronen/Brücken. Die Versorgung der Einzelzahnücke 12 mit einem Einzelzahnimplantat sei die Behandlung der Wahl, da für den Kläger und die Krankenkasse günstiger. Die geplante von der Regelversorgung abweichende Versorgung ergebe sich allein aus dem klinischen Befunden unter Abwägung der Vor- und Nachteile und einer möglichst langfristig sichergestellten prothetischen Versorgung.

Nachdem die Gültigkeitsdauer des Heil- und Kostenplanes vom 21. November 2013 abgelaufen war (vgl. Schreiben der I. c. vom 24. September 2014), hat der Kläger einen neuen, aber inhaltsgleichen Heil- und Kostenplan erstellen lassen und diesen bei der I. c. zur Genehmigung eingereicht. Diese hat mit Bescheid vom 18. Dezember 2014 den Heil- und Kostenplan genehmigt und einen doppelten befundorientierten Festzuschuss wiederum in Höhe von 1.298,14 EUR bewilligt. Sie hat darauf hingewiesen, dass der bewilligte Festzuschuss die vollständige prothetische Versorgung aller zu ersetzenden Zähne im Oberkiefer umfasse, die gewählte Versorgung einen andersartigen Zahnersatz beinhalte und der Kläger eventuelle Mehrkosten selbst zu tragen habe. In dem im Auftrag der I. c. erstellten Gutachten des Zahnarztes Dr. F. vom 12. Dezember 2014 ist dieser zu dem Ergebnis gelangt, dass aus Zahnheilungsgründen und zur Wiederherstellung der Kaufunktion die geplante prothetische Versorgung medizinisch indiziert sei und den geltenden Richtlinien entspreche. Die Festzuschüsse seien sachgerecht. Der Kläger hat gegen den Bescheid der I. c. vom 18. Dezember 2014 erfolglos Widerspruch eingelegt und führt derzeit vor dem SG ein Klageverfahren gegen seine Krankenversicherung ([S 3 KR 939/15](#)).

Das SG hat mit Urteil vom 16. April 2015 den Bescheid vom 4. Dezember 2013 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 30. April 2014 aufgehoben und die Beklagte verurteilt, die ungedeckten Kosten für den Anschluss und die Inbetriebnahme eines Hausnotrufsystems sowie die Kosten für die Einrichtung eines 24-Stunden-Bereitschaftsdienstes einschließlich Schlüsselhinterlegung zu übernehmen, sowie im Übrigen die Klage abgewiesen. Es hat u.a. ausgeführt, dass der Kläger keinen Anspruch auf Übernahme der ungedeckten Kosten für die prothetische Versorgung habe. Der Kläger könne seine Forderung insoweit nicht auf [§ 48 Satz 1 SGB XII](#) stützen. Nach dieser Bestimmung würden, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten und Krankheitsbeschwerden zu lindern, Leistungen zur Krankenbehandlung aus Mitteln der Sozialhilfe entsprechend dem Dritten Kapitel Fünfter Abschnitt Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (SGB V) erbracht. Der Umfang der Hilfe bei Krankheiten nach dem SGB XII folge gemäß [§ 52 Abs. 1 Satz 1 SGB XII](#) den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, mithin den Vorgaben des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung. Der Kläger sei bei der I. c. als Pflichtmitglied gesetzlich krankenversichert. Nach [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) hätten Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung. Die Krankenbehandlung umfasse u.a. zahnärztliche Behandlungen und Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen ([§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2a SGB V](#)). Die zahnärztliche Behandlung ihrerseits umfasse die Tätigkeit des Zahnarztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig sei; sie umfasse auch konservierend-chirurgische Leistungen und

Röntgenleistungen, die im Zusammenhang mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen erbracht würden (§ 28 Abs. 2 Satz 1 SGB V). Der Anspruch auf Zahnersatz sei in den §§ 55 ff. SGB V näher geregelt. Hierdurch werde die Leistungspflicht der Krankenkasse begrenzt. Danach werde - entsprechend dem im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung geltenden Sachleistungsprinzip - die Sachleistung im Wege eines Festzuschusses gewährt. Seit dem 1. Januar 2005 bestehe ein Anspruch auf einen befundbezogenen Festzuschuss bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahnärztliche und zahntechnische Leistungen) in den Fällen, in denen eine zahnprothetische Versorgung notwendig sei und die geplante Versorgung einer Methode entspreche, die gemäß § 135 Abs. 1 SGB V anerkannt sei. Die Höhe des Festzuschusses richte sich nach den Kosten für die prothetische Regelversorgung, die der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien nach Maßgabe des § 56 SGB V festlege. Gemäß § 55 Abs. 1 Satz 2 SGB V umfassten die Festzuschüsse 50 v.H. der nach § 57 Abs. 1 Satz 6 SGB V (zahnärztliche Leistung) und § 57 Abs. 2 Sätze 6 und 7 SGB V (zahntechnische Leistungen) festgesetzten "Beträge für die jeweilige Regelversorgung". Den vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 56 SGB V festgelegten Regelversorgungen, welche für bestimmte Befunde eine in der Mehrzahl der Fälle geeignete konkrete Versorgung beschreiben müssten (vgl. § 56 Abs. 1 und 2 SGB V), würden gemäß § 57 SGB V auf der Grundlage und Fortentwicklung bisheriger Punktwerte bundeseinheitlichen Vergütungen zugeordnet, welche die "Beträge für die jeweilige Regelversorgung" im Sinne des § 55 Abs. 1 Satz 2 SGB V ergeben würden. Diese beschrieben nicht (zwingend) die Kosten der konkreten, im jeweiligen Fall verwirklichten Versorgung, sondern die Aufwendungen für eine regelmäßig vom Gesetzgeber und Gemeinsamen Bundesausschuss für erforderlich gehaltene Zahnprothetik. Diese Regelungen seien verfassungsgemäß (unter Hinweis auf Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 7. Mai 2013 - B 1 KR 5/12 R - juris Rdnr. 43 ff). Denn welche Behandlungsmaßnahmen in den GKV-Leistungskatalog einbezogen und welche davon ausgenommen und damit der Eigenverantwortung des Versicherten zugeordnet würden, unterliege aus verfassungsrechtlicher Sicht einem weiten gesetzgeberischen Ermessen. Mit dem Bundesverfassungsgericht ((BVerfG); unter Hinweis auf BVerfG, Beschluss vom 6. Dezember 2005 - 1 BvR 347/98 - BVerfGE, 115, 25) ist das SG davon ausgegangen, es sei verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden, dass die gesetzliche Krankenversicherung den Versicherten Leistungen nur nach Maßgabe eines allgemeinen Leistungskatalogs unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots zur Verfügung stelle, soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet würden. Nur das, was in den Leistungskatalog falle, habe die GKV ihren Versicherten zu leisten. Versicherte könnten dagegen nicht alles von der gesetzlichen Krankenversicherung beanspruchen, was ihrer Ansicht nach oder objektiv der Behandlung einer Krankheit diene. Die gesetzlichen Krankenkassen seien auch nicht von Verfassungen wegen gehalten, alles zu leisten, was an Mitteln zu Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit verfügbar sei (unter Hinweis auf BVerfG, a.a.O. und BSG, Urteil vom 4. April 2006 - B 1 KR 12/04 R - BSGE 96, 153; Urteil vom 28. Februar 2008 - B 1 KR 16/07 R - BSGE 100, 103). Vorliegend habe die I. c. ihre Leistungen nach krankenversicherungsrechtlichen Vorschriften für die von dem Zahnarzt Dr. B. zuletzt gemäß Heil- und Kostenplan vom 29. September 2014 geplante zahnprothetische Versorgung des Klägers auf die Zahlung eines Festzuschusses in Höhe von 1.298,14 EUR beschränkt. Dieser Zuschuss in Höhe des doppelten Festzuschusses entspreche den festgesetzten Beträgen einer Regelversorgung, wie sich aus § 55 Abs. 1 Satz 2 SGB V ergebe. Dass der Kläger den Festzuschuss zur prothetischen Versorgung einschließlich eines Härtezuschlags von der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten habe, sei zwischen den Beteiligten unstreitig. Sein Anspruch auf Versorgung mit Zahnersatz sei hiermit vollständig erfüllt, und zwar unabhängig davon, aus welchen medizinischen Gründen die Versorgung mit Zahnersatz notwendig sei. Die §§ 55, 56 SGB V knüpften die Beschränkung der Kassenleistung auf Festzuschüsse an die Befunde und nicht an die Ursache des Behandlungsbedarfs (unter Hinweis auf BSG, Urteil vom 6. Oktober 1999 - B 1 KR 9/99 R - BSGE 86, 66). Die darüber hinausgehenden Behandlungskosten seien, da der Umfang der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und des Sozialhilfeträgers im Rahmen der Hilfe bei Krankheit inhalts- und deckungsgleich sei, nicht als Hilfe bei Krankheit von dem Beklagten zu übernehmen. Denn der den Zahnartzkosten des Klägers zu Grunde liegende Bedarf sei vorliegend in dem auf eine Grundversorgung angelegten System des SGB V befriedigt, soweit es sich dabei um eine notwendige medizinische Versorgung handle. Für weitergehende medizinische Maßnahmen treffe den Beklagten als Sozialhilfeträger keine Einstandspflicht (unter Hinweis auf Landesozialgericht (LSG) Baden-Württemberg, Urteil vom 27. Mai 2014 - L 2 SO 1431/14 - juris; Urteil vom 27. Mai 2014 - L 2 SO 1625/13 - juris; LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 4. Juni 2014 - L 9 SO 84/14 B - juris). Denn nach dem Willen des Gesetzgebers würden die Leistungseinschränkungen bzw. -begrenzungen der gesetzlichen Krankenversicherung auch auf Hilfeempfänger nach dem SGB XII durchschlagen. Mit den Leistungen der Krankenkasse werde der Bedarf des Klägers zugleich auch im Sinne des Leistungsrechts des SGB XII gedeckt (unter Hinweis auf BSG, Urteil vom 12. Dezember 2013 - B 4 AS 6/13 R - juris Rdnrn. 25, 26). Sowohl nach den Bekundungen des sachverständigen Zeugen Dr. B., dessen Heil- und Kostenplan vom 29. September 2014 sowie der telefonischen Auskunft des Zahnarztes Dr. F. gegenüber dem Beklagten sei ersichtlich, dass mit einer Regelversorgung die medizinisch notwendige zahnärztliche Versorgung sichergestellt werden könne. Auch § 73 Satz 1 SGB XII sei keine geeignete Anspruchsgrundlage für die begehrte Übernahme der ungedeckten Zahnbehandlungskosten (unter Hinweis auf LSG Hamburg, Urteil vom 21. November 2012 - L 4 AS 6/11 - juris Rdnr. 18). Nach dieser Vorschrift könnten Leistungen der Sozialhilfe auch in sonstigen Lebenslagen erbracht werden, wenn sie den Einsatz öffentlicher Mittel rechtfertigten. Voraussetzung für diese Leistung sei eine besondere atypische Lebenslage, die eine Nähe zu den anderen im Fünften bis Neunten Kapitel des SGB XII geregelten Bedarfslagen aufweise (unter Hinweis auf BSG, Urteil vom 28. Oktober 2009 - B 14 AS 44/08 R - juris Rdnr. 20; Urteil vom 7. November 2006 - B 7b AS 14/06 R - BSGE 97, 242 - juris Rdnr. 22; Urteil vom 19. August 2010 - B 14 AS 13/10 R - juris 17). Die Bestimmung enthalte allerdings keinen allgemeinen Auffangtatbestand, der es gestatten würde, schon bei Nichtvorliegen der Tatbestandsvoraussetzungen der im SGB XII namentlich aufgeführten Hilfearten eine Hilfeleistung nach § 73 Satz 1 SGB XII zu erbringen. Denn die Regelung diene nicht einer Aufstockung bei allgemeiner Einkommensarmut oder der Aufstockung oder Ausweitung abschließend geregelter Tatbestände. § 73 SGB XII beinhalte vielmehr eine gesetzlich subsidiäre Generalklausel bzw. einen gesetzlichen Auffangtatbestand für atypische Hilfsverhältnisse. Diese "Öffnungsklausel" solle es damit ermöglichen, in Fällen, die vom übrigen Sozialleistungssystem nicht erfasst würden, Hilfen zu erbringen und damit einen "Sonderbedarf" zu decken (unter Hinweis auf BSG, Urteil vom 16. Dezember 2010 - B 8 SO 7/99 R - juris Rdnr. 13 sowie LSG Baden-Württemberg, Urteile vom 27. Mai 2014, a.a.O.). Der von dem Kläger hier geltend gemachte Bedarf weise eine sachliche Nähe zu den sogenannten Hilfe zur Gesundheit gemäß §§ 47 ff. SGB XII auf. Eine besondere Bedarfslage sei jedoch nur dann anzuerkennen, wenn der geltend gemachte Bedarf auch im System des SGB V nicht befriedigt werden könne. Dies sei jedoch nicht der Fall. Vielmehr könne der den Zahnartzkosten zu Grunde liegende Bedarf des Klägers im Rahmen der Grundversorgung nach dem SGB V befriedigt werden. Damit fehle es an einer atypischen Bedarfslage. Weiter komme ein Anspruch des Klägers aus § 27a Abs. 4 Satz 1 SGB XII nicht in Betracht (unter Hinweis auf LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 27. Mai 2014 - L 2 SO 1625/13 - juris; LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 4. Juni 2014 - L 9 SO 84/14 B - juris). Nach dieser Vorschrift werde der individuelle Bedarf abweichend vom Regelbedarf festgesetzt, wenn ein Bedarf ganz oder teilweise anderweitig gedeckt sei oder unabweisbar seiner Höhe nach erheblich von einem durchschnittlichen Bedarf abweiche. Inhaltlich sei die Vorschrift mit Blick auf die Vorgaben des BVerfG im Urteil vom 9. Februar 2010 (BVerfGE 125, 174) auszulegen. Zwar betreffe die zitierte Entscheidung des BVerfG die Verfassungswidrigkeit der Berechnung der Regelleistung nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) Zweites Buch (II) - Grundsicherung für Arbeitsuchende - (SGB II). Die Überlegungen des BVerfGE betreffend eine Öffnungsklausel für in Sonderfällen nicht erfasster Art auftretender Bedarfe oder solche, die einen atypischen Umfang hätten, seien jedoch - weil sie einen vergleichbaren

Personenkreis betreffen - auf Empfänger von Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII zu übertragen. Es müsse damit ein Anspruch auf Leistungen bei unabweisbarem, laufendem, nicht nur einmaligem und besonderem Bedarf sichergestellt sein. Im Falle des Klägers komme allerdings eine abweichende Festlegung vom Regelsatz nicht in Betracht, nachdem es sich bei den Zahnersatzkosten nicht um einen laufenden, sondern um einen einmaligen Bedarf handele. Schließlich könne der Kläger seinen Anspruch auch nicht auf [§ 31 SGB XII](#) stützen. Denn die geplante zahnprothetische Versorgung falle nicht unter die in dieser Vorschrift abschließend geregelten einmaligen Bedarfe: Es handle sich weder um eine Erstausrüstung für die Wohnung einschließlich Haushaltsgeräten ([§ 31 Abs. 1 Nr. 1 SGB XII](#)) noch um eine Erstausrüstung für Bekleidung oder Erstausrüstung bei Schwangerschaft und Geburt ([§ 31 Abs. 1 Nr. 2 SGB XII](#)). Es liege auch keine Reparatur von therapeutischen Geräten und Ausrüstungen im Sinne des [§ 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB XII](#) vor. Schließlich habe der Beklagte zu Recht die Übernahme der ungedeckten Kosten für die am 11. Juni 2013 angeschaffte Brille aus Sozialhilfemitteln abgelehnt. Denn im Zeitpunkt der Antragstellung am 16. Juni 2013 sei der Bedarf des Klägers insoweit bereits gedeckt gewesen, weil dieser die Brille bereits am 11. Juni 2013 erworben und den Restbetrag von 41,17 EUR bezahlt gehabt habe. Im Übrigen seien die Ausführungen zur Versorgung mit Zahnersatz entsprechend zu übertragen. Denn die Versorgung gesetzlich Krankenversicherter wie der Kläger mit Sehhilfen sei in [§ 33 SGB V](#) sowie den Hilfsmittelrichtlinien gemäß [§ 92 SGB V](#) abschließend geregelt und damit im System der gesetzlichen Krankenversicherung ohne Aufstockung aus Mitteln der Sozialhilfe durchzuführen. Seine Krankenkasse habe dem Kläger für die Brillenversorgung gemäß [§ 36 Abs. 1 SGB V](#) in Verbindung mit dem Beschluss des S. B. der Krankenkassen vom 3. Dezember 2007 einen Festbetrag von 27,83 EUR auf die Abrechnungsposition 25.99.99.0011 (Prismenfolie) gewährt und damit seinen Anspruch auf Hilfsmittelversorgung vollständig erfüllt. Außerdem handele es sich bei einer Brille um einen aus dem Regelbedarf durch Ansparung zu deckenden Bedarf (unter Hinweis auf Bayerisches LSG, Urteil vom 29. November 2011 - [L 11 AS 888/11 B PKH](#) - juris Rdnr. 8), wobei eine Brille keinen laufenden, sondern einen einmaligen Bedarf darstelle, der in dem Zeitpunkt auftrete, zu dem die Rechnung zu bezahlen sei bzw. bezahlt werde. Es handele sich bei dem Erfordernis einer Brille auch nicht um einen unabweisbaren, seiner Höhe nach erheblich von einem durchschnittlichen Bedarf abweichenden individuellen Bedarf im Sinne des [§ 27a Abs. 4 Satz 1 SGB XII](#), der sich quantitativ oder qualitativ von den mit dem durchschnittlichen Regelbedarf erfassten Situationen unterscheide. Die einmalige oder Erst-Beschaffung einer Brille auf Grund geänderter Sehschärfe oder - wie hier - zum Ausgleich des Auftretens von Doppelbildern stelle schließlich auch keine "Reparatur von therapeutischen Geräten oder Ausrüstungen" im Sinne des [§ 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB XII](#) dar (unter Hinweis auf LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 7. August 2014 - [L 7 AS 269/14](#) - juris Rdnr. 40), weil es sich bei einer Brille nicht um ein "Gerät" im Sinne dieser Vorschrift handele und - unabhängig von der Frage, ob insoweit eine therapeutische Ausrüstung vorliege - bei einer Erst- oder Ersatzbeschaffung begrifflich schon keine "Reparatur" vorliege.

Gegen das am 17. April 2015 zur Post aufgegebene Urteil hat der Kläger am 17. Mai 2015 Berufung beim LSG Baden-Württemberg eingelegt, mit der er die Übernahme der ungedeckten Kosten für Zahnersatz und der Brillenversorgung weiterverfolgt. Die entsprechenden Kosten könne er weder aus seiner Rente noch aus den Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung erbringen. Eine festsitzende Brücke als Zahnersatz sei für ihn lebensnotwendig und medizinisch notwendig, da er immer wieder auf die Lippen sowie auf die Innenseite der Backen und in die Zunge beiße und er seine rechte Hand nur eingeschränkt bewegen könne. Hätte er gewusst, dass die Krankenkasse nicht die Kosten für die Brillenversorgung übernehme, hätte er den Beklagten unterrichtet und einen entsprechenden Antrag gestellt.

Der Kläger beantragt sinngemäß,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 16. April 2015 abzuändern und den Beklagten unter Aufhebung der Bescheide vom 4. Dezember 2013 und 31. Januar 2014 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 30. April 2014 zu verurteilen, die durch seine Krankenversicherung nicht gedeckten Kosten der Zahnersatzversorgung in Höhe von 1.020,86 EUR und der Sehhilfe in Höhe von 41,17 EUR aus Mitteln der Sozialhilfe zu übernehmen.

Der Beklagte beantragt sinngemäß,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Beklagte verweist zur Begründung auf die angefochtene Entscheidung.

Der Senat hat den Antrag des Klägers auf Gewährung von Prozesskostenhilfe für das Berufungsverfahren mit Beschluss vom 14. Januar 2016 abgelehnt.

Mit dem Kläger am 16. Januar 2016 zugestellter Verfügung hat der Berichterstatter darauf hingewiesen, dass das LSG nach [§ 153 Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) die Berufung durch Beschluss zurückweisen kann, wenn es sie einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält, und der Senat beabsichtigt, bei Fortführung des Berufungsverfahrens entsprechend zu verfahren.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Verwaltungsakten des Beklagten sowie die Verfahrensakten des SG und des Senats Bezug genommen.

II.

Die zulässige Berufung hat in der Sache keinen Erfolg.

1. Der Senat kann nach [§ 153 Abs. 4 SGG](#) über die Berufung ohne mündliche Verhandlung und ohne Mitwirkung der ehrenamtlichen Richter durch Beschluss entscheiden, da er sie übereinstimmend für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält. Die Beteiligten sind hierzu gehört worden.

2. Die nach [§ 151 Abs. 1 und 2 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig, insbesondere statthaft ([§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#)).

3. Gegenstand des Berufungsverfahrens sind die Bescheide vom 4. Dezember 2013 und 31. Januar 2014 in Gestalt des

Widerspruchsbescheids vom 30. April 2014 ([§ 95 SGG](#)), mit denen der Beklagte als sachlich und örtlich zuständiger Sozialhilfeträger (vgl. [§§ 3 Abs. 1](#) und 2, [97 Abs. 1](#) und 3, [98 Abs. 1](#), [46b SGB XII](#) i.V.m. [§§ 1 Abs. 1](#), 2, 2a SGB XII-Ausführungsgesetz Baden-Württemberg) die Anträge des Klägers vom 16. Juni 2013 und 7. November 2013 hinsichtlich der Übernahme der Kosten für die Ausstattung seiner Brille mit einer Prismenfolie und einen geplanten Zahnersatz abgelehnt hat. Dagegen wendet sich der Kläger statthaft mit der kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage ([§§ 54 Abs. 1](#) und 4, [56 SGG](#)) und begehrt die Gewährung von Leistungen der Sozialhilfe nach dem SGB XII hinsichtlich der über den seitens der Krankenkasse I. c. bewilligten befundorientierten Festzuschuss in Höhe von 1.298,14 EUR hinausgehenden Kosten für eine geplante prothetische Versorgung im Oberkiefer entsprechend dem aktuellen Heil- und Kostenplan des Zahnarztes Dr. B. in Höhe von 1.020,86 EUR sowie des Eigenanteils anlässlich der Ausstattung der vorhandenen Brille mit einer Prismenfolie in Höhe von 41,17 EUR. Diese Begehren bilden jeweils einen eigenständig abgrenzbaren Streitgegenstand, der zum alleinigen Inhalt eines Rechtsstreits gemacht werden kann (vgl. dazu z.B. BSG, Urteil vom 26. August 2008 - B [8/9b SO 10/06 R](#) - [BSGE 101, 217](#) - juris Rdnr. 12 ff.; Urteil vom 19. Mai 2009 - [B 8 SO 8/08 R](#) - [BSGE 103, 181](#) - juris Rdnr. 13; Urteil vom 15. November 2012 - [B 8 SO 3/11 R](#) - juris Rdnr. 11).

4. Die Berufung hat in der Sache keinen Erfolg. Die Voraussetzungen für die begehrte Kostenübernahme bzw. -erstattung liegen nicht vor. Das SG hat in seinem Urteil vom 16. April 2015 ausführlich dargelegt, warum das Begehren nicht auf die Vorschriften der [§§ 48, 73, 27a Abs. 4 Satz 1, 31 SGB XII](#) gestützt werden kann. Der Senat sieht von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe ab und weist die Berufung aus den im angefochtenen Urteil unter den Gliederungspunkten 2. und 3. dargestellten Gründen als unbegründet zurück ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)). Lediglich ergänzend weist der Senat darauf hin, dass der geltend gemachte Anspruch schon deshalb nicht auf [§ 48 SGB XII](#) gestützt werden kann, weil diese Vorschrift nur auf Personen ohne Krankenversicherungsschutz in einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung Anwendung findet (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 4. Juni 2014 - [L 9 SO 84/14 B](#) - juris Rdnr. 7; Bieritz-Harder in LPK-SGB XII, 10. Aufl. 2015, § 48 Rdnrn. 2, 4; H. Schellhorn in Schellhorn/Hohm/Scheider, SGB XII, 19. Aufl. 2015, § 48 Rdnr. 2; Schlette in Hauck/Noftz, [§ 48 SGB XII](#) Rdnr. 14; Söhngen in jurisPK-SGB XII, § 48 Rdnr. 7; ferner BSG, Urteil vom 27. Mai 2014 - [B 8 SO 26/12 R](#) - [BSGE 116, 71](#) - juris Rdnr. 29). Der Krankenversicherungsschutz des Klägers in dem durch [§ 52 SGB XII](#) (vgl. ferner [§ 54 Abs. 1 Satz 2 SGB XII](#)) definierten Umfang ist durch seine Mitgliedschaft in der Krankenversicherung der Rentner sichergestellt. Insoweit wird auch das menschenwürdige Existenzminimum durch die Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung gewährleistet (vgl. Senatsurteil vom 17. Dezember 2015 - [L 7 SO 1475/15](#) - juris Rdnr. 24).

Auch besteht kein Anspruch auf eine abweichende Festsetzung des Regelsatzes nach [§ 27a Abs. 4 Satz 1 SGB XII](#), denn der Bedarf im Bereich der Gesundheit (hier Zahnersatz und Hilfsmittelversorgung) wird durch den Leistungskatalog des SGB V hinreichend abgedeckt (vgl. BSG, Urteil vom 12. Dezember 2013 - [B 4 AS 3/13 R](#) - [BSGE 115, 77](#) - juris Rdnrn. 22 ff.; Urteil vom 26. Mai 2011 - [B 14 AS 146/10 R](#) - [BSGE 108, 235](#) - juris Rdnrn. 23 f.; Urteil vom 16. Dezember 2010 - [B 8 SO 7/09 R](#) - [BSGE 107, 169](#) - juris Rdnrn. 13 ff.; vgl. zum Zahnersatz: Senatsurteil vom 23. April 2015 - [L 7 SO 144/11](#) -; LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 4. Juni 2014, [a.a.O.](#); LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 27. Mai 2014 - [L 2 SO 1431/14](#) - juris Rdnrn. 26 ff.; Urteil vom 27. Mai 2014 - [L 2 SO 1625/13](#) - juris Rdnrn. 27 ff.; Urteil vom 29. Juni 2011 - [L 2 SO 5698/10](#) juris Rdnr. 17; LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 16. November 2010 - [L 18 AS 1432/08](#) - juris Rdnr. 23; vgl. zur Sehhilfe: LSG Hamburg, Urteil vom 21. November 2012 - [L 4 AS 6/11](#) - juris Rdnr. 18; LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 16. Januar 2009 - [L 20 B 116/08 SO](#) - juris Rdnr. 7; LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 3. Juni 2008 - [L 23 B 100/08 SO ER](#) - juris Rdnr. 15). Gewährleistet die gesetzliche Krankenversicherung - wie vorliegend - eine hinreichende medizinische Versorgung mit Zahnersatz und Hilfsmitteln, haben auch gesetzlich krankenversicherte Empfänger von Leistungen nach dem SGB II oder SGB XII gesetzlich vorgeschriebene Zuzahlungen und Eigenanteile bzw. Mehrkosten (hier [§ 55 Abs. 4 SGB V](#)) ausnahmslos zu leisten und damit aus dem Regelbedarf zu erbringen (LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 4. Juni 2014, [a.a.O.](#) Rdnr. 8 m.w.N.). Soweit der Kläger geltend macht, dass die gewählte andersartige, über die Regelversorgung hinausgehende Versorgung im Hinblick auf seine halbseitige Lähmung medizinisch notwendig sei, folgt hieraus keine andere rechtliche Bewertung. Ausweislich der Entscheidung der I. c. handelt es sich hierbei um Mehrleistungen i.S.d. [§ 55 Abs. 4 SGB V](#), die folglich über die notwendige Versorgung hinausgehen und die nach der Grundkonzeption des SGB V vom Versicherten selbst zu tragen sind. Solche Mehrleistungen können auch nicht durch Leistungen nach dem SGB XII gedeckt werden. Hinsichtlich des Eigenanteils betreffend die Prismenfolie ist zudem zu beachten, dass der entsprechende Bedarf durch den dem Kläger gewährten Regelsatz als Leistung der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung gem. [§§ 42 Nr. 1](#), 27a SGB XII gedeckt ist (vgl. dazu im Einzelnen Senatsurteil vom 17. Dezember 2015 - [L 7 SO 1475/15](#) - juris Rdnr. 24).

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

6. Gründe für die Zulassung der Revision ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGG](#)) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2016-07-06