

L 7 AS 1442/10

Land
Niedersachsen-Bremen
Sozialgericht
LSG Niedersachsen-Bremen
Sachgebiet
Grundsicherung für Arbeitsuchende
Abteilung

7

1. Instanz
SG Hildesheim (NSB)
Aktenzeichen
S 23 AS 1362/07

Datum
26.11.2010

2. Instanz
LSG Niedersachsen-Bremen
Aktenzeichen
L 7 AS 1442/10

Datum
29.11.2011

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie
Beschluss

Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts Hildesheim vom 26. November 2010 wird zurückgewiesen. Kosten sind auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Kosten, die ihm für Fahrten zu Arztbesuchen, einer Trainingstherapie sowie Diabetes Schulungen entstanden sind, von dem Beklagten erstattet.

Der 1944 geborene Kläger stand im laufenden Bezug von Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Zweites Buch - Grundsicherung für Arbeitsuchende - (SGB II). Seit dem 01. Juni 2009 bezieht der Kläger Regelaltersrente von der Deutschen Rentenversicherung D ... Ausweislich des Attestes des Dr. E. vom 30. Oktober 2006 litt der Kläger an degenerativen Veränderungen des Bewegungsapparates. Betroffen war unter Anderem der Bereich der Wirbelsäule. Im Bereich der rechten Schulter fand sich eine chronische degenerative Tendinose der Supraspinatussehne sowie ein chronisches Impigmentsyndrom, eine Omarthritis, Omarthrose und eine AC-Gelenksarthrose. Im Bereich des linken Kniegelenkes litt der Kläger an einem Innenmeniskushinterhornriß. Auch eine Gonarthralgie, Gonarthrose und Retropatellararthrose wurden festgestellt. Weiterhin bestand bei dem Kläger ein mit Metformin und Diät gut regulierter Diabetes mellitus Typ II. Mit vorläufigem Bescheid vom 28. Juni 2005 hatte das Niedersächsische Landesamt für Soziales, Jugend und Familie ab dem 02. Juli 2004 einen Grad der Behinderung (GdB) von 30 festgestellt. Als Funktionsbeeinträchtigungen wurde eine Belastungsschwäche der rechten Schulter (Einzel-GdB 20), ein degenerativer Wirbelsäulenschaden (Einzel-GdB 20), ein Knieschaden beidseits (Einzel-GdB 20) sowie ein Diabetes mellitus und ein Hypertonus (jeweils Einzel-GdB 10) benannt.

Mit Bescheid vom 14. Mai 2007 und Änderungsbescheid vom 12. September 2007 bewilligte der Beklagte dem Kläger für den Zeitraum vom 01. Juni 2007 bis einschließlich 30. November 2007 Leistungen (Regelleistung, Mehrbedarf für angemessene Ernährung sowie Kosten der Unterkunft).

Am 18. Juli 2007 beantragte der Kläger bei dem Beklagten die Übernahme von Fahrkosten. Es handelte sich dabei um vier Termine bei dem Orthopäden Dr. F. in G. vom 07. bis 28. August 2007, sowie die Fahrten zu der für zwölf Monate verordneten einmal wöchentlich durchzuführenden Wassergymnastik in H. (verordnet von Dr. F. am 26. April 2007), einem Termin bei dem Urologen Dr. I., J., am 21. Juni 2007 und einem nicht näher beschriebenen zweiten Termin ebenfalls bei Dr. I. sowie die Fahrten zu einem in der Diabetischen Schwerpunktpraxis Dr. K., L., durchgeführten Diabetikerschulungskurs vom 20. August 2007 bis 19. November 2007 (drei Termine bis 10. September 2007).

Mit Bescheid vom 21. August 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10. September 2007 lehnte der Beklagte die Übernahme der Sonderleistungen (Übernahme der Fahrkosten für Arztbesuche) ab. Die Fahrkosten seien von der Regelleistung gedeckt. Eine Kostenübernahme könne auch nicht gemäß [§ 23 Abs. 1 SGB II](#) als Darlehen erbracht werden. Auch eine Gewährung nach [§ 21 Abs. 5 SGB II](#) könne nicht erfolgen, da die Fahrkosten nicht Bestandteil der Leistungen für Mehrbedarfe nach [§ 21 Abs. 5 SGB II](#) seien.

Dagegen hat der Kläger am 09. Oktober 2007 Klage vor dem Sozialgericht (SG) Hildesheim erhoben.

Aufgrund seiner chronischen Erkrankungen habe er einen Anspruch auf Erstattung der Fahrkosten. Über die bereits im Verwaltungsverfahren geltend gemachten Fahrkosten hinaus hat der Kläger noch Kostenerstattung für folgende Fahrten geltend gemacht:

• Fahrten zu Dr. M., Kardiologe, J., welchen er zweimal im Jahr aufsuchen müsse, • zwei Fahrten ins Krankenhaus J. zur Magnetresonanztherapie, • Fahrten zu zwei weiten Behandlungen am 07. und 09. November 2007 bei Dr. K., L., • Fahrt zu dem Augenarzt Dr. N., L., am 25. Juni 2007. • Fahrten zu Quellgasbädern für den Zeitraum vom 19. November bis 07. Dezember (vier Termine im November) in G., welche durch den Chirurgen Dr. O. am 13. November 2007 verordnet wurden, • Fahrt zu Dr. O., Bad Pyrmont • Fahrten zu den von Dr. O. am 10. Dezember 2007 verordneten Quellgasbädern, P. (sechs Termine vom 12. bis 21. Dezember), • Fahrten aufgrund der weiteren Verordnung des Dr. Augenstein vom 14. Februar 2008, vom 18. Februar 2008 bis 07. März 2008 durchgeführten Behandlungen (sechs Termine), • Fahrten zu dem Funktionstraining (Wassergymnastik für 12 Monate) vom 19. November 2007 (Beginn am 15. Januar 2008).

Mit Beschluss vom 19. Mai 2009 hat das SG Hildesheim die Bewilligung von Prozesskostenhilfe (PKH) abgelehnt. Die dagegen eingelegte Beschwerde hat der erkennende Senat des Landessozialgerichts (LSG) Niedersachsen-Bremen ([L 7 AS 721/09 B](#)) durch Beschluss vom 01. Juni 2010 zurückgewiesen. Das Begehren des Klägers habe keine hinreichende Aussicht auf Erfolg. Hinreichende Erfolgsaussichten könnten auch nicht im Hinblick auf das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 09. Februar 2010 (1 BvI 1/09, 3/09, 4/09) bestehen, da solche Bedarfe erst ab dem Zeitpunkt der Urteilsverkündung am 09. Februar 2010 in Betracht kämen. Vorliegend begehre der Kläger derartige Leistungen jedoch für die Jahre 2007 und 2008, d. h. für Zeiträume, die vor der Urteilsverkündung lägen.

Am 19. Februar 2009 hat das SG Hildesheim den Rechtsstreit mit dem Beteiligten erörtert und am 26. November 2010 die Klage mit Urteil nach mündlicher Verhandlung abgewiesen. Es hat ausgeführt, dass für die Gewährung von Fahrkosten zu Arztbesuchen aufgrund einer chronischen Erkrankung eine Rechtsgrundlage im SGB II nicht existiere. [§ 20 SGB II](#) sehe eine monatlich pauschalierte Regelleistung zur Sicherung des Lebensunterhaltes vor. Ein höherer Bedarf könne nicht gewährt werden. Die Mehrbedarfe seien auch in [§ 21 SGB II](#) abschließend aufgeführt, so dass die begehrten Fahrkosten zu Arztbesuchen nicht von dieser Vorschrift umfasst seien. Eine Sonderleistung im Sinne von [§ 23 SGB II](#) liege auch nicht vor, da der Kläger zum einen eine Beihilfe und kein Darlehen nach [§ 23 Abs. 1 SGB II](#) begehre und die Fahrkosten auch nicht von den nach [§ 23 Abs. 3 SGB II](#) aufgeführten Sonderleistungen umfasst seien. Eine Gewährung eines Bedarfs in Härtefällen komme erst ab der Verkündung des Urteils des Bundesverfassungsgerichts (1 BvI 1/09, 3/09 und 4/09) in Betracht, sodass sich ein Anspruch auch daraus nicht ergebe.

Gegen das dem Kläger am 11. Dezember 2010 zugestellte Urteil hat der Kläger am 15. Dezember 2010 Berufung eingelegt. Die Fahrkosten seien schon daher nicht von der Regelleistung abgedeckt, da dies rechnerisch nicht darstellbar sei. Er habe Fahrkosten in Höhe von 1.065,60 EUR nachgewiesen. Dies mache einen Fahrkostenanteil von monatlich 89,00 EUR aus.

Der Kläger beantragt sinngemäß nach seinem schriftlichen Vortrag,

das Urteil des Sozialgerichts Hildesheim vom 26. November 2010 sowie den Bescheid des Beklagten vom 21. August 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10. September 2007 aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, ihm Fahrkosten zu Arztbesuchen in Höhe von 1.065,60 EUR zu gewähren.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er bezieht sich auf die Ausführungen in der angefochtenen Entscheidung.

Mit Verfügung vom 09. November 2011 hat das Gericht die Beteiligten zu einer Entscheidung durch Beschluss gemäß [§ 153 Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) angehört.

Wegen des weiteren Sachverhalts und des Vortrags der Beteiligten im Übrigen wird auf die Gerichtsakte erster und zweiter Instanz und die Verwaltungsakte des Beklagten (Band I - V) Bezug genommen, welche vorgelegen haben und Gegenstand der Entscheidung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Der Senat durfte durch Beschluss gem [§ 153 Abs 4 SGG](#) entscheiden, da die Beteiligten mit Verfügung vom 09. November 2011 dazu gehört wurden.

Die Berufung ist zulässig, aber nicht begründet. Das Urteil des SG Hildesheim vom 26. November 2010 sowie der Bescheid des Beklagten vom 21. August 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10. September 2007 erweisen sich als rechtmäßig. Der Kläger hat in dem streitigen Zeitraum vom 01. Juni bis 30. November 2007 keinen Anspruch gegen den Beklagten auf Erstattung oder pauschale Übernahme von Fahrkosten.

Der Senat nimmt im vollen Umfang Bezug auf die zutreffenden Ausführungen in dem Urteil des SG Hildesheim vom 26. November 2010 und macht sich diese zu eigen ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)). Darüber hinaus wird auf den Beschluss des erkennenden Senats vom 01. Juni 2010 ([L 7 AS 721/09 B](#)) Bezug genommen.

Vorliegend handelt es sich um eine Anfechtungs- und Leistungsklage, welche lediglich für den Zeitraum vom 18. Juli 2007 bis 30. November 2007 zulässig ist. Das Vorbringen des Klägers bei seinem Antrag vom 18. Juli 2007 ist dahin auszulegen, dass er die Notwendigkeit der Gewährung eines Mehrbedarfs wegen der Fahrkosten, die aufgrund der chronischen Erkrankungen behauptet werden, und damit eine wesentliche Änderung in den Verhältnissen von diesem Zeitpunkt an geltend macht. Der Bescheid des Beklagten vom 21. August 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 10. September 2007 lässt zwar eine ausdrückliche Bezugnahme auf die mit Bescheiden vom 14. Mai und 12. September 2007 erfolgte Bewilligung für den Bewilligungsabschnitt vom 01. Juni 2007 bis 30. November 2007 nicht erkennen. Dies lässt aber nicht den Schluss zu, der Beklagte habe abschließend für die Zukunft über den geltend gemachten Mehrbedarf entscheiden wollen (vgl. Bundessozialgericht - BSG -, Urteil vom 26. Mai 2011 - [B 14 AS 146/10 R](#) - juris Rdnr. 15). Die Bewilligungsentscheidung wegen der Folgezeiträume ab 1. Dezember 2007 sind nicht Gegenstand dieses Verfahrens.

Nach [§ 48 Abs. 1 Satz 1](#) Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) ist ein Verwaltungsakt mit Dauerwirkung mit Wirkung für die Zukunft aufzuheben, soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die bei seinem Erlass vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eintritt. Der Verwaltungsakt soll gemäß [§ 48 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB X](#) mit Wirkung vom Zeitpunkt der Änderung der Verhältnisse aufgehoben werden, soweit die Änderung zu Gunsten des Betroffenen erfolgt. Ein Anspruch nach [§ 21 Abs. 5 SGB II](#) (in der Fassung vom 20. Juli 2006) besteht nicht, da von dieser Vorschrift nur ein Mehrbedarf für kostenaufwändige Ernährung geregelt wird. [§ 23 Abs. 1 SGB II](#) (in der Fassung vom 20. Juli 2006) scheidet ebenfalls aus, weil es sich bei den geltend gemachten zusätzlichen Bedarfen um wiederkehrende Bedarfe handelt, die einer darlehensweisen Gewährung nicht zugänglich sind (vgl. BSG, a. a. O., Rdnr. 20 m. w. N.).

Ein Anspruch gemäß [§ 73](#) Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch - Sozialhilfe - (SGB XII) (in der Fassung vom 27. Dezember 2003) scheidet ebenfalls aus. Eine besondere Bedarfslage im Sinne des [§ 73 SGB XII](#) ist vorliegend nach Auffassung des Senats nicht gegeben. Daher war auch eine Beiladung des Sozialhilfeträgers (Landkreis J., Q.) nicht erforderlich. Gemäß [§ 73 SGB XII](#) können Leistungen auch in sonstigen Lebenslagen erbracht werden, wenn sie den Einsatz öffentlicher Mittel rechtfertigen. Voraussetzung ist, dass eine besondere Bedarfslage, die eine gewisse Nähe zu den speziell in [§§ 47 - 74 SGB XII](#) geregelten Bedarfslagen aufweist und deren Sicherstellung zugleich aus verfassungsrechtlichen Gründen geboten ist, vorliegt (vgl. BSG, a. a. O., Rdnr. 21 m. w. N.). Es kann sich dabei nur um Bedürfnisse mit Grundrechtsbezug handeln. Wenn der Kläger die notwendigen ärztlichen oder sonstigen therapeutischen Behandlungen aufgrund mangelnder finanzieller Mittel nicht erreichen kann, könnte das Recht auf Leben (Gesundheit) und körperliche Unversehrtheit gemäß [Art. 2 Abs. 2](#) Grundgesetz (GG) berührt sein. Bezogen auf die Versorgung mit Arzneimitteln hat das BSG (BSG, a. a. O., Rdnr. 22 ff) jedoch entschieden, dass die streitigen Kosten einer Krankenbehandlung keine unabwiesbaren Bedarfe darstellen, die nicht entweder durch das System des SGB V oder (ergänzend) durch die Regelleistung abgedeckt werden. Im dortigen Fall hat das BSG ausgeführt:

"Der Anspruch auf Existenzsicherung insoweit wird im Fall der Klägerin - wie für den ganz überwiegenden Teil der Hilfebedürftigen - in erster Linie durch die Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. [§ 5 Abs. 2a SGB V](#)) abgedeckt, deren Beiträge der Träger der Grundsicherung zahlt ([§ 252 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)) und der Bund trägt ([§ 46 Abs. 1 SGB II](#)). Die Klägerin hat als Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung nach [§ 27 SGB V](#), wenn diese notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern (vgl. [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)); vom Anspruch auf Krankenbehandlung ist die Versorgung mit Arzneimitteln erfasst. Apothekenpflichtige nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, deren Kosten die Klägerin vorliegend geltend macht, sind seit dem 01. Januar 2004 zwar grundsätzlich von der Versorgung nach [§§ 31, 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) ausgeschlossen. Dies gilt allerdings auch hinsichtlich der nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel nicht schlechthin und ausnahmslos. Damit ist ohne weitere Ermittlungen seitens der Träger der Grundsicherung davon auszugehen, dass grundrechtsrelevante Beeinträchtigungen durch eine nicht ausreichende Krankenhausbehandlung, die durch ergänzende Leistungen der Grundsicherung abzuwenden wären, ausscheiden ... Gesetzliche oder auf Gesetz beruhende Leistungsausschlüsse und Leistungsbegrenzungen nach dem SGB V, können nur innerhalb dieses Leistungssystems daraufhin überprüft werden, ob sie im Rahmen des [Art. 2 Abs. 1 GG](#) gerechtfertigt sind. Die Frage, ob die Kosten für Arzneimittel als Teil einer Krankenbehandlung übernommen werden, muss der Hilfebedürftige gegenüber seiner Krankenkasse klären. Die übrigen Kosten Gesundheitspflege, die u. a. für medizinisch notwendige, aber nicht von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkasse abgedeckte OTC-Präparate unter dem Gesichtspunkt der Eigenverantwortung der GKV-Versicherten auch von Hilfebedürftigen nach dem SGB II selbst zu zahlen sind, sind in der Regelleistung abgebildet und lösen damit grundsätzlich keinen Bedarf nach [§ 73 SGB XII](#) aus".

Diesen Ausführungen schließt sich der Senat an. Die vorliegende Situation des Klägers aufgrund dessen Erkrankungen entspricht der vom BSG beschriebenen Situation. Gemäß [§ 60 SGB V](#) in der Fassung vom 23. Dezember 2003 ist die Übernahme von Fahrkosten in den dort aufgeführten Fällen möglich. Darunter fallen u. a. gemäß [§ 60 Abs. 2 Nr. 4 SGB V](#) Fahrten von Versicherten zu einer ambulanten Krankenbehandlung, wenn dadurch eine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird. Der Kläger müsste also ggf. gegenüber seiner Krankenkasse klären, ob er einen Anspruch auf die geltend gemachten Fahrkosten hat. Die nicht von der gesetzlichen Leistungspflicht der Krankenkasse abgedeckten Fahrkosten sind unter dem Gesichtspunkt der Eigenverantwortung der Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen auch von Hilfebedürftigen nach dem SGB II selbst zu zahlen. In der Regelleistung sind sowohl die Bedarfe für Gesundheitspflege als auch für Verkehr abgebildet. Soweit der Kläger geltend macht, dieser Betrag reiche nicht aus, greift er damit die Höhe der Regelleistung an. Bezogen auf die Zeit vor dem 01. Januar 2011 hat das Bundesverfassungsgericht (Urteil vom 09. Februar 2010 - 1 BvI 1/09, 1 BvI 3/09, 1 BvI 4/09 - veröffentlicht in juris Rdnr. 210 ff.) hinsichtlich der Höhe der Regelleistung klargestellt, dass deren rückwirkende Erhöhung ausscheidet.

Die Kostenentscheidung folgt aus der Anwendung des [§ 193 SGG](#).

Ein Grund, die Revision gemäß [§ 160 Abs. 2 SGG](#) zuzulassen, ist nicht gegeben.

Rechtskraft

Aus

Login

NSB

Saved

2012-03-13