

Themengebiet: Arbeitsförderungsrecht

30.November 2005

SG (Sozialgericht) Lüneburg, S 30 AS 328/05 ER, Eilverfahren, Arbeitslosengeld II, Kosten medizinischer Behandlung, Erhöhung Regelleistung, verfassungskonforme Auslegung

Sozialgericht Lüneburg
S 30 AS 328/05 ER

Beschluss
In dem Rechtsstreit

A.
Antragstellerin,
Prozessbevollmächtigte:

B.
gegen

C.
Antragsgegnerin,

hat die 30. Kammer des Sozialgerichts Lüneburg am 11. August 2005 durch die Richterin am Sozialgericht Groenke - Vorsitzende - beschlossen:

Die Antragsgegnerin wird im Wege der einstweiligen Anordnung verpflichtet, der Antragstellerin ab Juli 2005 einen Betrag in Höhe der nachgewiesenen Kosten monatlich zu zahlen, solange dies zur Behandlung der Krankheit ihrer Tochter D. medizinisch erforderlich ist.

Die Antragsgegnerin trägt die außergerichtlichen Kosten der Antragstellerin.

Gerichtskosten werden nicht erhoben.

Gründe
I.

Die Antragstellerin ist Bezieherin von Arbeitslosengeld II. Sie lebt in einer Bedarfsgemeinschaft mit ihren Töchtern D. und E. Mit Bescheid vom 15. Dezember 2004 wurden ihr Leistungen in Höhe von 980,67 € monatlich bewilligt. Hierin waren enthalten die Regelleistung für die Antragstellerin sowie ein Mehrbedarf wegen Alleinerziehung, das Sozialgeld für ihre beiden Töchter und Kosten der Unterkunft und Heizung.

Mit Schreiben vom 12. Januar 2005 beantragte die Antragstellerin bei der Antragsgegnerin einen Mehrbedarf für ihre 12-jährige Tochter D. Diese leidet unter chronischer Neurodermitis sowie verschiedenen Nahrungsmittelallergien. Die Antragstellerin machte geltend, dass ihre Tochter für eine konsequente Dauertherapie bestimmte Pflegeprodukte sowie Medikamente benötigt, die sie nicht finanzieren könne. Sie legte ein Attest der behandelnden Kinderärztin vor, in dem bestätigt wurde, dass D. eine konsequente Dauertherapie mit Pflegeprodukten für die Haut sowie bei Juckreiz antiallergische und Juckreiz hemmende Medikamente benötige. Aus dem Attest ging auch hervor, dass diese Medikamente rezeptfrei erhältlich sind und daher nicht zu Lasten der Krankenkasse verordnet werden können. Weiter legte die Antragstellerin ein fachärztliches Attest des Oberarztes des Städtischen Krankenhauses F. – Kinderklinik – vor, aus dem hervorgeht, dass D. im März 2005 stationär dort betreut wurde. Der Oberarzt G. legt dar, dass bei ihr eine starke Allergie und auch im Vergleich zu anderen Patienten eine erhöhte Pflegebedürftigkeit der Haut bekannt sei. Weiter wird bestätigt, dass es aus medizinischer Sicht erforderlich sei, durch einen verstärkten Einsatz von Hautpflegeprodukten einer erneuten gesundheitlichen Beeinträchtigung vorzubeugen. D. war seit Herbst 2004 insgesamt dreimal zu einem längeren stationären bzw. Kuraufenthalt in der Klinik.

Mit Bescheid vom 24. März 2005 lehnte die Antragsgegnerin die Übernahme von zusätzlichen Kosten für die Pflege von D. ab. Sie begründete dies damit, dass eine Erstattung von Leistungen zusätzlich zum Regelbedarf in den Vorschriften des SGB II nicht vorgesehen ist. Mit Schreiben vom 22. April 2005 legte die Antragstellerin Widerspruch gegen diesen Bescheid ein. Sie begründete diesen damit, dass D. durch das vorliegende Krankheitsbild erheblich belastet sei. Sie sei mit schweren Schüben einer atopischen Dermatitis im Klinikum F. stationär aufgenommen worden. Es sei jedoch erforderlich, dass die Linderung der Krankheit durch weitere Versorgung auch im präventiven Bereich notwendig sei. Dies sei insbesondere damit verbunden, dass erhebliche Kosten im Hinblick der Reinigung der Kleidung, der Anschaffung der Kleidung sowie der notwendigen Hautpflegeprodukte erforderlich seien. Zusätzlich wurde ein Befundbericht von G. vorgelegt, aus dem hervorgeht, dass D. auf Grund ihrer Krankheit stark angespannt ist und depressiv sowie schmerzgequält und unruhig wirkt. Weiter geht hieraus hervor, dass D. einen hohen Verbrauch an differenten und indifferenten Hautpflegeprodukten hat.

Die Antragsgegnerin schaltete im Rahmen des Widerspruchsverfahrens ihren ärztlichen Dienst ein. Dieser bestätigte gutachterlich vorhandene chronisch entzündliche Veränderungen der Haut, ein überempfindliches Bronchialsystem sowie eine leichte seelische

Erkrankung. Ein Mehrbedarf für Ernährung sei entsprechend den Hinweisen nach § 21 Abs. 5 SGB II erforderlich und werde voraussichtlich die Dauer von 12 Monaten übersteigen. Mit Bescheid vom 9. Februar 2005 bewilligte die Antragsgegnerin der Antragstellerin daraufhin Mehrbedarf für kostenaufwendige Ernährung in Höhe von 25,56 € monatlich. Zugleich wurde erneut der medizinische Dienst eingeschaltet und angefragt, ob auf Grund der Besonderheit des Einzelfalles ein höherer Mehrbedarf gewährt werden könne. Der ärztliche Dienst der Antragsgegnerin äußerte sich dahingehend, dass sich der Mehrbedarf ausschließlich auf die Ernährung beziehe und nach den vorliegenden Unterlagen eine Erhöhung des angegebenen Bedarfs medizinisch nicht gerechtfertigt sei. Mit Widerspruchsbescheid vom 14. Juni 2005 wurde der Antrag der Antragstellerin, soweit der Mehrbedarf die Höhe von 25,56 € monatlich übersteigt, zurückgewiesen. Begründet wurde dies damit, dass für den Bedarf von Pflegeprodukten das SGB II keine Leistungen vorsieht. Hiergegen hat die Antragstellerin am 11. Juli 2005 Klage erhoben und zugleich den Erlass einer einstweiligen Anordnung beantragt.

Die Antragstellerin trägt vor, aufgrund der vorgelegten ärztlichen Bescheinigungen ergäbe sich, dass D. schwer an Neurodermitis erkrankt sei und zur weiteren Behandlung hohe Verbrauchsmengen an verschiedenen Pflegeprodukten habe. Der Bedarf sei in diesem Fall so hoch, dass er ca. 240,00 € monatlich betrage. Diese Kosten könnte die Antragstellerin nicht tragen, da das Arbeitslosengeld II hierfür nicht ausreiche. Da die Kosten weithin laufend anfielen, sei der notwendige Lebensunterhalt nicht gewährleistet. Die ärztlichen Atteste ergäben des Weiteren, dass eine Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes drohe.

Die Antragstellerin beantragt,

die Antragsgegnerin im Wege der einstweiligen Anordnung zu verpflichten, ihr einen zusätzlichen Betrag in Höhe von 240,00 € monatlich bzw. in Höhe der tatsächlich nachgewiesenen Kosten monatlich zu zahlen, solange dies zur Krankheit der Tochter D. medizinisch erforderlich ist.

Die Antragsgegnerin beantragt,

den Antrag abzulehnen.

Sie trägt vor, wegen der Erkrankung des Kindes sei bereits ein Mehrbedarf für kostenaufwendige Ernährung in Höhe von monatlich 25,56 € anerkannt worden. Das SGB II sehe keine darüber hinausgehende Erstattungsmöglichkeit für Kosten für Heil- und Pflegemittel vor. Im Übrigen beziehe sie sich auf ihre Ausführungen im Widerspruchsbescheid.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der beigezogenen Akten der Antragsgegnerinnen sowie der Gerichtsakten Bezug genommen.

II.

Der Antrag hat Erfolg.

Nach § 86 b Abs. 2 SGG kann das Gericht der Hauptsache, soweit ein Fall des Absatzes 1 nicht vorliegt, auf Antrag eine einstweilige Anordnung in bezug auf den Streitgegenstand treffen, wenn die Gefahr besteht, dass durch eine Veränderung des bestehenden Zustandes die Verwirklichung eines Rechts des Antragstellers vereitelt oder wesentlich erschwert werden könnte. Einstweilige Anordnungen sind auch zur Regelung eines vorläufigen Zustandes in bezug auf ein streitiges Rechtsverhältnis zulässig, wenn eine solche Regelung zur Abwendung wesentlicher Nachteile nötig erscheint. Das Gericht der Hauptsache ist das Gericht des ersten Rechtszuges.

Voraussetzung für den Erlass der hier vom Antragsteller begehrten Regelungsanordnung nach § 86 b Abs. 2 Satz 2 SGG, mit der er die Gewährung von Leistungen nach dem SGB II begehrt, ist neben einer besonderen Eilbedürftigkeit der Regelung (Anordnungsgrund) ein Anspruch des Antragstellers auf die begehrte Regelung (Anordnungsanspruch). Anordnungsgrund und Anordnungsanspruch sind glaubhaft zu machen (§ 86 b Abs. 2 Satz 3 SGG i. V. m. § 920 Abs. 2 ZPO).

Dabei darf die einstweilige Anordnung des Gerichts wegen des summarischen Charakters dieses Verfahrens grundsätzlich nicht die endgültige Entscheidung in der Hauptsache vorwegnehmen, weil sonst die Erfordernisse, die bei einem Hauptsacheverfahren zu beachten sind, umgangen würden. Auch besteht die Gefahr, dass eventuell in einem Eilverfahren vorläufig, aber zu Unrecht gewährte Leistungen später nach einem Hauptsacheverfahren, das zu Lasten des Antragstellers ausginge, nur unter sehr großen Schwierigkeiten erfolgreich wieder zurückgefordert werden könnten. Daher ist der vorläufige Rechtsschutz nur dann zu gewähren, wenn ohne ihn schwere und unzumutbare, anders nicht abzuwendende Nachteile entstünden, zur deren Beseitigung eine spätere Entscheidung in der Hauptsache nicht mehr in der Lage wäre (vgl. BVerfGE 79, 69, 74 m.w.N.).

Der Anordnungsanspruch ist glaubhaft gemacht. Die Antragstellerin hat einen Anspruch auf Zahlung der tatsächlich entstehenden Kosten für Heil- und Pflegeprodukte für ihre an Neurodermitis erkrankte Tochter nach § 23 Abs. 1 SGB II.

Es handelt sich bei den Kosten für die Medikamente und Pflegeprodukte um einen von den Regelleistungen umfassten und nach den Umständen unabweisbaren Bedarf zu Sicherung des Lebensunterhaltes. Die Regelleistung umfasst nach § 20 Abs. 1 SGB II insbesondere Ernährung, Kleidung, Körperpflege u.a. Hierzu gehören auch Kosten für Medikamente und Produkte, die von der gesetzlichen Krankenkasse nicht übernommen wird, so z. B. auch die Praxisgebühr. Es handelt sich daher bei Körperpflegeprodukten und nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten um einen von der Regelleistung umfassten Bedarf. Dieser ist auch unabweisbar, da es sich im vorliegenden Fall jedenfalls nach summarischer Prüfung um einen medizinisch notwendigen Bedarf handelt. Dies ist belegt durch das von der Antragstellerin vorgelegte Attest der Kinderärztin und das fachärztliche Attest des Klinikarztes G. vom 15. März 2005 sowie durch den ebenfalls vorgelegten Befundbericht von G. vom 17. März 2005. Soweit die Antragsgegnerin sich darauf beruft, nach Ansicht ihres ärztlichen Dienstes sei dieser Bedarf medizinisch nicht notwendig, kann dies nach den vorgelegten Unterlagen nicht überzeugen. Die Stellungnahme des ärztlichen Dienstes lautet wörtlich: „Der Mehrbedarf bezieht sich ausschließlich auf die Ernährung und hier ist nach den vorliegenden Unterlagen keine Erhöhung des angegebenen Bedarfs medizinisch gerechtfertigt.“ Diese Stellungnahme lässt eine Auseinandersetzung mit den vorgelegten Attesten nicht erkennen. Es fehlt auch an einer Begründung, weshalb trotz der schweren Neurodermitis der beantragte

Bedarf medizinisch nicht gerechtfertigt sei. Darüber hinaus wurde die Stellungnahme nach Aktenlage abgegeben, so dass keine Untersuchung des Kindes D. durch den ärztlichen Dienst erfolgt ist. Im Gegensatz dazu stammen die von der Antragstellerin vorgelegten Atteste von behandelnden Ärzten des Kindes. Darüber hinaus sind jedenfalls in dem Befundbericht vom 17. März 2005 der Gesundheitszustand und die medizinische Vorgeschichte des Kindes ausführlich dargestellt. Die Antragstellerin hat weiter mittels der vorgelegten Atteste glaubhaft vorgetragen, dass ihr deutlich erhöhte Ausgaben für die Hautpflegeprodukte und nicht verschreibungspflichtigen Medikamente entstehen. Da die Ausgaben für die benötigten Heil- und Körperpflegemittel von der Krankenkasse nicht übernommen werden, sind sie grundsätzlich von der Antragstellerin aus der Regelleistung zu zahlen. Angesichts der Höhe der Ausgaben ist jedoch offensichtlich, dass die Regelleistungen zur Bedarfsdeckung nicht ausreichen, weil sie die in diesem Rahmen üblicherweise anzusetzenden Beträge für derartige Produkte weit überschreiten.

Die im Antrag angegebene Höhe der Ausgaben mit ca. 240.- € monatlich ist jedoch nicht glaubhaft gemacht, jedenfalls nicht als Bedarf, der in dieser Höhe regelmäßig jeden Monat anfällt. Die (Anfang Juli) vorgelegten Nachweise für den Monat Juni belegen Kosten in Höhe von 92, 67 €. Es ist daher davon auszugehen, dass der Bedarf entsprechend dem Gesundheitszustand von D. erheblich schwanken kann. Aus diesem Grund sind die Kosten von der Antragsgegnerin jeweils in der Höhe zu übernehmen, wie sie nachgewiesen werden.

Die Leistungen sind nach § 23 Abs. 1 Satz 1 SGB II als Darlehen zu erbringen. Allerdings erscheint problematisch, dass dieses Darlehen gemäß § 23 Abs. 1 Satz 3 SGB II durch monatliche Aufrechnung in Höhe von bis zu 10 von Hundert der an die Antragstellerin zu zahlenden Regelleistung zu tilgen ist. Im Hinblick auf die Höhe der zu gewährenden Leistungen könnte darin möglicherweise ein Verfassungsverstoß liegen. Wie oben bereits dargelegt, ist im Rahmen des Eilverfahrens davon auszugehen, dass es sich um einen medizinisch notwendigen Bedarf an Heil- und Körperpflegeprodukten handelt. Dieser ist im speziellen Fall des Kindes D. überdurchschnittlich hoch. Aus diesem Grund reicht die Regelleistung zur Deckung des Bedarfes nicht aus. Das SGB II muss jedoch, um eine Grundsicherung zu gewährleisten, einen solchen medizinisch notwendigen Bedarf gewähren. Zwar gibt es keine Vorschrift im SGB II, wonach in besonders begründeten Einzelfällen die Regelleistungen zu erhöhen wären oder eine nicht rückzahlbare Beihilfe zu zahlen wäre. Jedoch gebietet der Individualisierungsgrundsatz, dass dieser Bedarf zu decken ist. Der Individualisierungsgrundsatz ist Ausdruck der an der Menschenwürde ausgerichteten Zielsetzung der Sozialhilfe und damit verfassungsrechtlich unverzichtbar (Brünner in LPK – SGB II, Rd-Nr. 22 zu § 20). Im früheren BSHG war der Individualisierungsgrundsatz in § 3 geregelt. Eine entsprechende Regelung findet sich heute in § 9 SGB XII; im SGB II ist jedoch keine entsprechende Vorschrift vorhanden. Eine Öffnung der Regelleistung für die individuelle Bedarfssituation ist damit weitgehend verhindert (Hauck/Noftz SGB II, Rd.Nr. 6 zu § 20). Da es jedoch – wie im vorliegenden Fall - in Einzelfällen vorkommen kann, dass die Regelleistung für den individuell anzuerkennenden Bedarf nicht ausreicht, würde in derartigen Einzelfällen die Regelleistung das soziokulturelle Existenzminimum nicht mehr abdecken. Sie wäre damit unangemessen niedrig und verfassungswidrig. In diesen Fällen ist es angebracht, im Wege der verfassungskonformen Auslegung im Einzelfall einen höheren Bedarf anzuerkennen (Eicher/Spellbrink, SGB II, Rd.-Nr. 8 zu § 20; Brünner in LPK –SGB II, Rd.-Nr. 23 zu § 20). Da im Fall des Kindes der Antragstellerin die Kosten für Heil- und Körperpflegemittel zur Gewährleistung der medizinischen Versorgung und zur Gesunderhaltung notwendig sind, könnte in der Rückforderung des Darlehens möglicherweise ein Verfassungsverstoß liegen, weil die Tochter der Antragstellerin dann durch Wahrnehmung ihres Grundrechtes aus Artikel 2 Grundgesetz auf Dauer finanziell benachteiligt wird. Wenn die Leistungen nach § 23 Abs. 1 Satz 1 SGB II für längere Zeit – etwa mehr als ein Jahr - zu zahlen sind, wird die Antragsgegnerin zu prüfen haben, ob sie im Wege der Ermessungsausübung von einer Aufrechnung absieht. Denn im Wege verfassungskonformer Auslegung könnte dazu Anlass bestehen (s. für den Fall der Wahrnehmung des Umgangsrechts Beschluss des LSG Niedersachsen-Bremen vom 28. April 2005, Aktenzeichen L 8 AS 57/05 ER).

Die von der Antragstellerin favorisierte Heranziehung von § 47 ff. SGB XII kommt nicht in Betracht. Nach § 48 SGB XII werden Leistungen zur Krankenbehandlung entsprechend dem Dritten Kapitel 5. Abschnitt ersten Titel des Fünften Buches erbracht. Damit gewährt die Vorschrift Hilfe bei Krankheit im selben Umfang wie die gesetzliche Krankenversicherung. Wie der von der Antragstellerin vorgelegte Nachweis ihrer Krankenversicherung zeigt, übernimmt diese derartige Leistungen jedoch nicht.

Die Anwendung von § 73 SGB XII scheitert daran, dass unter Geltung des BSHG die hier fraglichen Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt und nicht der Hilfe in besonderen Lebenslagen zugeordnet worden wären. Die Vorschrift des § 73 SGB XII entspricht der Vorschrift des § 27 Abs. 2 BSHG, die sich in dem Abschnitt über die Hilfe in besonderen Lebenslagen befand. Auch wenn das SGB XII die ausdrückliche Unterscheidung zwischen Hilfe zum Lebensunterhalt und Hilfe in besonderen Lebenslagen nicht mehr erkennt, ist sie in der Sache beibehalten worden. Es besteht keinen Anlass, unter Geltung des SGB II bzw. des SGB XII zu einer anderen Betrachtungsweise überzugehen (ebenso LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss vom 28. April 2005, a.a.O.), also die Kosten für die Heil- und Körperpflegemittel nunmehr der Hilfe in besonderen Lebenslagen zuzuordnen.

Die Vorschrift des § 28 SGB XII in der eine Erhöhung eines Mehrbedarfs vorgesehen ist, kann nicht herangezogen werden, da nach § 5 Abs. 2 SGB II diese Leistung ausgeschlossen ist für Empfänger von Arbeitslosengeld II. Im Hinblick darauf, dass die Ermessungsausübung der Antragsgegnerin bei der Darlehensrückforderung sich an einer verfassungskonformen Auslegung zu orientieren hat, kann von einer Schlechterstellung der SGB II-Empfänger gegenüber den Sozialhilfeempfängern nicht ausgegangen werden.

Die Kostenentscheidung beruht auf §§ 183 Abs. 1, 193 Abs. 1 SGG.

Rechtsmittelbelehrung

Gegen diesen Beschluss ist die Beschwerde zulässig. Sie ist binnen eines Monats nach Bekanntgabe des Beschlusses beim Sozialgericht Lüneburg, Lessingstraße 1, 21335 Lüneburg, schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen. Hilft das Sozialgericht der Beschwerde nicht ab, legt es sie dem Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen zur Entscheidung vor. Die Beschwerdefrist ist auch gewahrt, wenn die Beschwerde innerhalb der Frist bei dem Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, Georg-Wilhelm-Straße 1, 29223 Celle, oder bei der Zweigstelle des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen, Am Wall 201, 28195 Bremen, schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird.