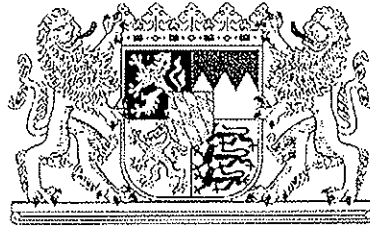


Ausfertigung

S. 16 SO 4/14 ER



SOZIALGERICHT REGENSBURG

In dem Antragsverfahren



- Antragsteller -

Proz.-Bev.:

Rechtsanwälte Treutler u.Koll., Prüfeninger Straße 62, 93049 Regensburg - 1503/2013 -

gegen

Bezirk Oberpfalz - Sozialverwaltung -, vertreten durch den Bezirkstagspräsidenten, Ludwig-Thoma-Straße 14, 93051 Regensburg - S218-SPIN3006195700 -

- Antragsgegner -

Beigeladen:

AOK Bayern - Die Gesundheitskasse -, Direktion Regensburg, vertreten durch den Direktor, Bruderwöhrdstraße 9, 93055 Regensburg

- Beigeladene -

erlässt die Vorsitzende der 16. Kammer, Richterin am Sozialgericht Wimmer, ohne mündliche Verhandlung am 3. April 2014 folgenden

B e s c h l u s s :

1. Der Antragsgegner wird im Wege der einstweiligen Anordnung verpflichtet, dem Antragsteller für den Zeitraum 01.04.2014 bis 30.06.2014 weitere Leistungen der Grundsicherung in Höhe von insgesamt 700 € zur Deckung der Kosten für die Fahrten zu den ambulanten Zahnarztbehandlungen im Universitätsklinikum Regensburg zu gewähren.
2. Der Antragsgegner hat die außergerichtlichen Kosten des Antragstellers zu erstatten.

Gründe:

I.

Im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes begehrt der Antragsteller die Übernahme der Kosten für Fahren zu einer ambulanten zahnärztliche Behandlung.

Bei dem [REDACTED] geborenen Antragsteller, der u. a. an Epilepsie und einer Sehschwäche leidet, besteht eine geistige Behinderung in Folge eines Gehirnfarkts mit einem Grad der Behinderung von 90. Er verfügt über die Merkzeichen „G“ (erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr) und „B“ (Berechtigung zur Mitnahme einer Begleitperson bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel). Nach dem Verfügungssatzes des bestandskräftigen Bescheides vom 23.10.2009 des Zentrums Bayern Familie und Soziales liegen die gesundheitlichen Voraussetzungen für die Merkzeichen „Bl, H, RF, 1. Kl. und Gl“ nicht vor. Der Antragsteller steht unter gesetzlicher Betreuung. Ausweislich eines ärztlichen Attestes des behandelnden Hausarztes vom 02.12.2013 ist der Antragsteller auf Grund eines Gesichtsfeldsausfalls nicht in der Lage, öffentliche Verkehrsmittel zu nutzen.

Der Antragsteller wird im [REDACTED] pflegerisch betreut. Das Heim stellt keinen unentgeltlichen Fahrdienst für seine Bewohner zur Verfügung. Nach § 5 c) des Heimvertrages umfasst die Hilfe zur Mobilität u. a. „ das Organisieren und Planen von Verrichtungen außerhalb der Einrichtung, die für die Aufrechterhaltung der Lebensführung notwendig sind und das persönliche Erscheinen der Hilfebedürftigen erfordern. Des Weiteren ist unter Ziffer 3 der Anlage 1 zum Heimvertrag (Katalog von Zusatzleistungen/Sonstige Leistungen) der Anfall einer zusätzlichen Vergütung von 18 € für Beleitdienste z. Bsp. zu Arztbesuchen sowie 0,48 € pro Kilometer Fahrdienst ausgewiesen. Eine zivilrechtliche Klage vor dem Amtsgericht Regensburg auf Verpflichtung des Heimes, den Antragsteller zu ambulanten Arztbesuchen zu fahren, wurde nach Hinweis des Gerichts zurückgenommen.

Mit Bescheid vom 11.07.2008 bewilligte der Antragsgegner dem Antragsteller, der neben dem Unterhalt von seiner Mutter in Höhe von 54,96 € über kein eigenes Einkommen oder Vermögen verfügt, ab dem 27.03.2008 u. a. Leistungen nach dem Vierten Kapitel des Sozialgesetzbuchs Zwölftes Buch – Sozialhilfe (SGB XII) als Hilfe zum Lebensunterhalt in Einrichtungen sowie Leistungen nach dem Neunten Kapitel des SGB XII als Hilfe in sons-

tigen Lebenslagen. Der Antragsteller erhält derzeit einen Barbetrag in Höhe von 105,57 € monatlich.

Der Antragsteller benötigt dringend Zahnimplantate, da auf Grund seiner Epilepsie eine Versorgung mit Prothesen nicht möglich ist. Hierfür sind voraussichtlich zehn Behandlungen an der Universitätsklinik Regensburg nötig. Die Beigeladene hat mit Schreiben vom 16.01.2014 erneut die Kostenzusage für die Behandlung erteilt. Die erste Behandlung wird am 10.04.2014 stattfinden. Auf Grund seiner Entzündungen im Mund hat der Antragsteller bereits stark abgenommen. Der behandelnde Hausarzt des Antragstellers hat eine Krankenbeförderung hierfür am 16.03.2014 verordnet. Als geeignetes Beförderungsmittel wurde ein Taxi angegeben. Ausweislich eines Kostenvorschlages werden die Fahrtkosten mittels eines Taxis vom Wohnort des Antragstellers bis zum Universitätsklinikum ca. 35 € einfach betragen.

Die Beigeladene lehnte mit Bescheid vom 01.02.2012 die am 30.01.2012 erstmals beantragte Erstattung der Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung in der Zahnklinik der Universität Regensburg ab. Die im Jahr 2012 erteilte Kostenzusage für die Zahnarztbehandlung verfiel. Am 07.03.2014 beantragte der Betreuer des Antragstellers bei der Beigeladenen erneut die Übernahme der Fahrtkosten. Mit Bescheid vom 10.03.2014 lehnte die Beigeladene den Antrag wiederum ab, da der Antragsteller nicht im Besitz eines Schwerbehindertenausweises mit den Merkzeichen „aG“, „BL“ oder „H“ sei. Im Übrigen ließen auch die Erkrankungen des Antragstellers keine Übernahme der Kosten als Krankenfahrt nach den Krankentransport-Richtlinien zu.

Mit Schreiben vom 11.04.2012 lehnte der Antragsgegner die Übernahme von Fahrtkosten als Krankenhilfe unter Hinweis auf den Vorrang der Leistung durch die Krankenkasse des Antragstellers ab. Mit Schreiben vom 12.09.2012 wiederholte der Antragsgegner erneut die Ablehnung der Übernahme von Fahrtkosten im Rahmen der Krankenhilfe.

Mit seiner am 17.04.2013 zum Sozialgericht Regensburg erhobenen Klage (Az. S 16 SO38/13) verfolgte der Kläger sein Begehren gegenüber dem Antragsgegner weiter.

Am 16.01.2014 rief der Antragsteller das Sozialgericht Regensburg an und beantragt,

den Antragsgegner im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes zu verpflichten, die dem Antragsteller ab Antragstellung entstehenden, notwendigen Fahrtkosten, insbesondere

Taxikosten, zu medizinisch notwendigen ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Behandlungen zu übernehmen, soweit diese Kosten nicht durch Dritte übernommen werden.

Der Antragsgegner beantragt,

den Antrag abzulehnen.

Der Antrag sei bereits unzulässig, da sich der Antragsteller vorrangig an die Beigeladene zu wenden habe. Bereits 2009 habe man den Betreuer des Antragstellers darauf hingewiesen, dass Krankenhilfee aufwendungen, die von der Krankenkasse nicht übernommen werden, nicht vom Träger der Sozialhilfe übernommen werden könnten. Auch erhalte die Einrichtung nach der Leistungsvereinbarung für die soziale Betreuung ein anteiliges Pflegeentgelt. Das Heim sei daher zur Begleitung des Antragstellers zu seinen Arztbesuchen verpflichtet, sofern dessen Krankenkasse nicht zur Übernahme der Fahrtkosten verpflichtet sei.

Im Termin zur Erörterung der Sach- und Rechtslage und zur Beweiserhebung am 02.04.2014 hat das Gericht Beweis erhoben durch die Vernehmung der Zeugin [REDACTED] [REDACTED] ist die Leiterin des Heimes, in dem der Antragsteller betreut wird. Die Zeugin gab im Wesentlichen zu Protokoll, dass der Antragsteller auf Grund seiner geistigen Einschränkungen nicht in der Lage sei, alleine mittels öffentlicher Verkehrsmittel von [REDACTED] zur Behandlung in die Universitätsklinik zu fahren. Das Heim könne kein Personal für die Fahrten des Antragstellers zur Verfügung stellen. Für die ansonsten erforderliche ärztliche Versorgung des Antragstellers kommen die Hausärzte in das Pflegeheim.

Bezüglich weiterer Einzelheiten wird auf die Gerichtsakten sowie die beigezogenen Verwaltungsakten verwiesen.

II.

Der zulässige Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ist im tenorierten Umfang begründet.

Gegenstand des Verfahrens ist vorliegend, ob dem Antragsteller eine höherer Anspruch auf höhere Grundsicherungsleistungen für den Zeitraum der zahnärztlichen Behandlung durch Erhöhung seines Barbedarfes zusteht.

Zwar hat der Antragsteller derzeit noch keinen Überprüfungsantrag nach § 44 SGB X hinsichtlich des Bewilligungsbescheides vom 11.07.2008 bzw. eine Neuverbescheidung beantragt, gleichwohl ist der vorliegende Eilantrag zulässig. Der Antragsgegner hat wiederholt zum Ausdruck gebracht, dass er sich für die Übernahme dieser Kosten nicht zuständig halte. Die bereits im Jahr 2012 vom Beigeladenen genehmigte Behandlung konnte deshalb nicht angetreten werden. Zwar ist ein Antrag bei dem Antragsgegner dem Grund nach erforderlich, trotzdem ist es dem Antragsteller nicht zumutbar eine (weiter ablehnende) Entscheidung des Antragsgegners abzuwarten. Für das Anliegen des Antragsteller ist daher ein Rechtsschutzinteresse gegeben.

Gemäß § 86 b Abs. 2 Satz 2 SGG sind einstweilige Anordnungen zur Regelung eines vorläufigen Zustandes in Bezug auf ein streitiges Rechtsverhältnis zulässig, wenn eine solche Regelung zur Abwendung wesentlicher Nachteile nötig erscheint. Das ist der Fall, wenn dem Antragsteller ohne eine solche Anordnung schwere oder unzumutbare, nicht anders abwendbare Nachteile entstehen, zu deren Beseitigung die Entscheidung in der Hauptsache nicht mehr in der Lage wäre (so Bundesverfassungsgericht - BVerfG - vom 25.10.1988 BVerfGE 79, 69, 74; vom 19.10.1977 BVerfGE 46, 166 /179 und vom 22.11.2002 NJW 2003, 1236).

Demzufolge setzt der Erlass einer Regelungsanordnung setzt voraus, dass neben einem Anordnungsanspruch (dem materiellen Rechtsanspruch) auch ein Anordnungsgrund als Ausdruck der besonderen Dringlichkeit der Entscheidung glaubhaft gemacht worden ist (§ 86 b Abs. 2 Satz 4 SGG i. V. m. §§ 920 Abs. 2, 294 ZPO). Zwischen Anordnungsgrund und Anordnungsanspruch besteht dabei eine Wechselbeziehung. An das Vorliegen des Anordnungsgrundes sind dann weniger strenge Anforderungen zu stellen, wenn bei (abschließender) Prüfung der Sach- und Rechtslage das Obsiegen in der Hauptsache sehr wahrscheinlich ist. Wäre eine in der Hauptsache erhobene Klage offensichtlich unzulässig oder unbegründet, so ist wegen des fehlenden Anordnungsanspruches der Erlass einer einstweiligen Anordnung abzulehnen. Sind die Erfolgsaussichten in der Hauptsache hingegen offen, kommt dem Anordnungsgrund entscheidende Bedeutung zu. Soweit existenzsichernde Leistungen in Frage stehen, sind die Anforderungen an den Anordnungsgrund und den Anordnungsanspruch weniger streng zu beurteilen. In diesem Falle ist gegebenenfalls anhand einer Folgenabwägung unter Berücksichtigung der grundrechtlichen Belange des Antragstellers zu entscheiden (Urteil des BVerfG vom 12.05.2005 - 1 BvR 569/05).

Unter Zugrundelegung dieser Vorgaben hat der Antrag des Antragstellers Erfolg, da ihm mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein Anspruch auf Übernahme der begehrten Fahrt- und Begeleitungskosten nach §§ 41 Abs. 1, 42 in Verbindung mit 27b Abs. 2 Satz 2 SGB XII zusteht.

Der Antragsteller ist auf Grund seiner Behinderung auf Dauer voll erwerbsgemindert und hilfebedürftig und damit nach §§ 41 Abs. 1, 42 SGB XII leistungsberechtigt. Dem entspricht der Antragsgegner durch die Gewährung von laufenden Leistungen nach dem Vierten Kapitel des Sozialgesetzbuchs Zwölftes Buch – Sozialhilfe (SGB XII) als Hilfe zum Lebensunterhalt in Einrichtungen sowie Leistungen nach dem Neunten Kapitel des SGB XII als Hilfe in sonstigen Lebenslagen.

Nach § 27 b SGB XII ist jedoch für den Antragsteller abweichend vom Regelbedarf in Einrichtungen die Übernahme der Kosten für die Fahrt und die Begleitung zu den ambulanten Zahnarztbehandlungen festzulegen.

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass eine Versorgung des Leistungsempfängers im Falle einer Krankheit und zur Erhaltung der Gesundheit durch die Leistungen der gesetzlichen Krankenkasse erfolgt. Aus dem Grundsatz der Nachrangigkeit (§ 2 Abs. 1 SGB XII) ergibt sich, dass der Leistungsempfänger vorrangig ihre Ansprüche gegenüber der Krankenkasse geltend machen müssen.

Dies hat der Antragsteller wiederholt getan. Zu Recht hat jedoch die Beigeladene des Antragstellers die Übernahme der begehrten Fahrtkosten abgelehnt, da ein Anspruch nach § 60 Abs. 1 Satz 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) in Verbindung mit § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB V weder nach § 7 noch nach § 8 der Krankentransport-Richtlinie besteht. Der Antragsteller, der nicht in der Lage ist selber zu den erforderlichen Arztterminen zu fahren, begehrt die Kosten für eine Krankenfahrt im Sinne von § 7 Abs. 1 der Krankentransport-Richtlinie mittels eines privaten Pkws ohne spezifische medizinische Betreuung in Sinne von § 8 Abs. 1 der Richtlinien. Die Voraussetzung zur Verordnung einer solchen Krankenfahrt liegen jedoch nicht vor, da es sich bei dem Einsetzen von Zahnimplantate nicht um eine ambulante Operation im Sinne von § 115 b SGB V in Verbindung mit dem AOP-Vertrag handelt. Auch liegen keine Ausnahmetatbestände nach § 8 Abs. 1 in Verbindung mit Abs. 3 der Richtlinie vor. Der Antragsteller verfügt (noch) nicht über die erforderlichen Merkmale „aG“ oder „H“. Da die Beigeladene nicht zur Übernahme der Kosten für die Krankenfahrten des Antragstellers verpflichtet ist, kommt eine Verpflichtung

des Antragsgegners nach § 48 SGB XII, dessen Leistungen insoweit auch auf die Leistungen nach dem SGB V beschränkt ist, nicht in Betracht.

Bei den vom Antragsteller begehrten Leistungen handelt es sich um Kosten der für die Gesundheitspflege bzw. Krankenbehandlung, die zwar dem Grunde nach dem vom Regelbedarf umfasst sind, vorliegend jedoch nicht aus dem Regelbedarf bestritten werden können. Damit scheidet eine Übernahme der Kosten nach § 73 SGB XII aus, da hier nach nur sog. atypische Bedarfe, für die nicht bereits andere Vorschriften des SGB XII einschlägig sind, erfasst werden.

Die Fahrten, die der Antragsteller nicht alleine mittels öffentlicher Verkehrsmittel bewältigen kann, sind für die Durchführung der dringend benötigten Zahnbehandlung erforderlich. Dies geht aus der Verordnung des Hausarztes hervor und wird durch die Aussage der Zeugin bestätigt. Insbesondere können diese Behandlungen nicht am Wohnort des Antragstellers durchgeführt werden, sondern müssen auf Grund der gesundheitlichen Einschränkungen des Antragstellers in der Universitätsklinik Regensburg erfolgen. Bei veranschlagten 3 Behandlungen pro Monat entstehen dem Antragsteller hierbei Fahrtkosten in Höhe von ca. 210 €. Hieraus ergibt sich eine unabwiesbare, erheblich vom durchschnittlichen Bedarf abweichende Bedarfslage des Antragstellers.

Dieser Bedarf ist auch nicht – wie vom Antragsgegner abgenommen – durch die Übernahme der Kosten für die Heimunterbringung abgedeckt. Das Pflegeheim ist weder nach dem Pflegevertrag noch nach der Leistungsvereinbarung mit dem Antragsgegner nach § 75 SGB XII verpflichtet, den Antragsteller zu seinen Arztterminen zu begleiten. Der vertragliche Leistungsumfang umfasst nach § 5 c) das Organisieren und Planen von Verrichtungen außerhalb der Einrichtung, die für die Aufrechterhaltung der Lebensführung notwendig sind und das persönliche Erscheinen der Hilfebedürftigen erfordern. Nach dem eindeutigen Wortlaut des Vertrages ist hiervon jedoch nicht die Durchführung dieser Verrichtungen außerhalb des Heimes umfasst. Dies wird auch deutlich durch die Anlage 1 zum Heimvertrag, nach der eine zusätzliche Vereinbarung (mit weiteren Kosten) zur Begleitung außerhalb der Pflegeeinrichtung erforderlich ist. Die von dem Antragsgegner im Rahmen der Vereinbarung nach § 75 SGB XII abgeholten Leistungen betreffen ausschließlich Leistungen, die innerhalb der Einrichtung zu erbringen sind. Begleitung und Fahrdienste sind hiervon nicht erfasst und damit auch nicht abgeholten.

Damit ergibt sich ein Anspruch aus § 27 b Abs. 2 Satz 2 SGB XII auf Erhöhung des Barbedarfes für die Zeit der Behandlungen am Universitätsklinikum. Aus dem Wortlaut der Vorschrift geht hervor, dass der „Regelbarbedarf“ mindestens 27 % der Regelbedarfstufe beträgt. In entsprechender Anwendung von § 27a Abs. 4 Satz 1 SGB XII ist der individuelle Bedarf abweichend vom Regelsatz daher festzulegen, wenn der Bedarf unabweisbar seiner Höhe nach erheblich von einem durchschnittlichen Bedarf abweicht (Behrend in jurisPK-SGB XII, Stand: 06.01.2014, § 27b SGB XII, Rn. 45 ff). Vorliegend ergibt sich die Unabweisbarkeit des Bedarfes daraus, dass die Beigeladene die Fahrtkosten des Antragstellers auf Grund der Gesetzeslage nicht zu übernehmen hat, dieser aber Fahrten zur ambulanten Behandlung zur Aufrechterhaltung bzw. Wiederherstellung seiner Gesundheit dringend benötigt. Die (gesundheitliche) Existenzsicherung des Einzelnen im Falle der Bedürftigkeit ist insoweit den Sozialhilfeträgern zugewiesen (so im Ergebnis: Urteil des BSG vom 06.03.2012 – B 1 KR 24/10 R und Urteil des BSG vom 15.11.2012 – B 8 SO 6/11 R). Da für jede Fahrt zur Behandlung Kosten von mindestens 50 € bis 70 € ausgegangen werden muss, weicht der dadurch verursachte weitere Bedarf des Antragstellers auch erheblich vom Durchschnitt ab.

Die Lücke in der Bedarfsdeckung hat der Antragsgegner durch entsprechende Erhöhung des Barbedarfes zu decken. Das Gericht geht dabei davon aus, dass die zehn Behandlung innerhalb von drei Monaten erfolgen werden.

Vorliegend kann dem Antragsteller auch kein Abwarten in der Hauptsache zugemutet werden, da die dringend benötigten Behandlungen unmittelbar bevorstehen, so dass auch ein Anordnungsgrund besteht.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG entsprechend.

Gegen die vorliegende Entscheidung ist gemäß § 172 Abs. 3 Nr. 1 in Verbindung mit § 144 Abs. 1 Nr. 1 SGG die Beschwerde ausgeschlossen, da der Beschwerdewert 750 € nicht übersteigt. Da der vorliegende Rechtsfrage grundsätzliche Bedeutung zukommt, kann nur zu einer Zulassung der Berufung in dem Hauptsacheverfahren, nicht jedoch zur Zulässigkeit der Beschwerde im einstweiligen Rechtsschutz führen (so auch mit weiteren Nachweisen Leitherer in Meyer-Ladewig, SGG, 10. Auflage, § 172 Rn. 6 g).