



# Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen



Im Namen des Volkes

## Urteil

Verkündet am: 10. Januar 2019

**L 15 AS 262/16**

S 22 AS 636/13 Sozialgericht Bremen

---

A., Justizangestellte  
als Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle

In dem Rechtsstreit

B.

– Kläger und Berufungskläger –

gegen

C.

– Beklagter und Berufungsbeklagter –

hat der 15. Senat des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen auf die mündliche Verhandlung vom 10. Januar 2019 in Bremen durch die Vorsitzende Richterin am Landessozialgericht D., den Richter am Landessozialgericht E., den Richter am Sozialgericht F. sowie die ehrenamtlichen Richter G. und H. für Recht erkannt:

**Auf die Berufung des Klägers wird das Urteil des Sozialgerichts Bremen vom 22. September 2016 abgeändert und der Widerspruchsbescheid des Beklagten vom 25. März 2014 aufgehoben.**

**Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen.**

**Kosten sind nicht zu erstatten.**

**Die Revision wird nicht zugelassen.**

## Tatbestand

Der Kläger beansprucht für den Leistungsabschnitt Dezember 2012 bis Mai 2013 die Kostenübernahme für nicht-verschreibungspflichtige Medikamente und alternativmedizinische Heilmittel und die Gewährung eines Mehrbedarfs für kostenaufwändige Ernährung.

Der 1954 geborene Kläger erhielt von Januar 2005 bis Dezember 2017 laufend Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Sozialgesetzbuch - Zweites Buch - (SGB II) von dem Beklagten. Infolge der Bewilligung von Altersrente für schwerbehinderte Menschen nach § 236a Sozialgesetzbuch - Sechstes Buch - (SGB VI) durch die Deutsche Rentenversicherung Bund schied er zum Januar 2018 gem. § 7 Abs. 4 S. 1 SGB II in der seit dem 29. Dezember 2016 geltenden Fassung aus dem SGB II-Bezug aus.

Mit Bescheid vom 2. November 2012 gewährte der Beklagte ihm 783,54 € für Dezember 2012 sowie monatlich 832,60 € für die Zeit von Januar bis Mai 2013. Als Bedarf berücksichtigte er neben dem Alleinstehendenregelsatz (374,- €) und einem Mehrbedarf für die Bereitstellung von Warmwasser (8,60 €) Kosten der Unterkunft und Heizung i.H.v. 400,94 € für Dezember 2012 sowie monatlich 450,- € für Januar bis Mai 2013. Der Betrag von 450,- € entsprach dabei den tatsächlichen Unterkunftskosten (294,- € Grundmiete zzgl. 82,- € Betriebs- und 74,- € Heizkostenvorauszahlung), die der Beklagte an sich auch durchgehend für anerkenungsfähig erachtete. Im Dezember 2012 rechnete er darauf allerdings ein vom Vermieter bei der Miete für November 2012 gutgeschriebenes und im Kalenderjahr 2011 erwirtschaftetes Betriebskostenguthaben i.H.v. 49,06 € an.

Am 19. November 2012 erhob der Kläger Widerspruch gegen den Bescheid und machte die Übernahme von 21,94 € für Medikamente und 18,82 € für eine Heilmittelverordnung geltend. Hierzu verwies er jeweils auf die Anlagen zu seinem Widerspruchsschreiben, die in der vorliegenden Verwaltungsakte des Beklagten aber nicht enthalten sind.

Im Laufe des Widerspruchsverfahrens setzte der Beklagte die zum Januar 2013 erfolgte Regelanzpassung um und hob die Leistungsgewährung für die Zeit ab Januar 2013 mit Änderungsbescheid vom 24. November 2012 auf zunächst monatlich 840,60 € an (382,- € Regelsatz zzgl. 8,60 € Mehrbedarf für die Bereitstellung von Warmwasser und 450,- € Unterkunftskosten). Die dabei noch versäumte Angleichung des Mehrbedarfs für Warmwasser holte er mit weiterem Änderungsbescheid vom 5. Dezember 2012 nach und bewilligte jetzt ab Januar 2013 monatlich

840,79 € (382,- € Regelsatz zzgl. 8,79 € Mehrbedarf für die Bereitung von Warmwasser und 450,- € Unterkunftskosten). Gegen beide Bescheide leitete der Kläger ebenfalls selbstständige Widerspruchsverfahren ein. Ohne, dass sich aus der Aktenlage ein Anlass hierfür erschließt, regelte der Beklagte den gesamten Bewilligungsabschnitt sodann mit einem dritten Änderungsbescheid vom 17. Mai 2013 noch einmal neu. Zur Veränderungen der Leistungshöhe kam es aber nicht.

Mit Bescheid vom 19. März 2013 wies er den Widerspruch gegen den Ausgangsbescheid vom 2. November 2012 zurück. Dabei setzte er sich jedoch nicht mit dem Vorbringen des Klägers bei Erhebung des Widerspruchs auseinander, sondern verhielt sich einzig zu der aus seiner Sicht gegebenen Rechtmäßigkeit der Guthabenanrechnung.

Am 15. April 2013 hat der Kläger hiergegen Klage zum Sozialgericht (SG) Bremen erhoben.

Zur Begründung hat er zusammengefasst ausgeführt, dass er sich - entgegen der Auffassung des Beklagten - gar nicht über die Anrechnung des Guthabens beschwere. Vielmehr gehe es ihm weiterhin um die Kosten für Medikamente. Hierbei handele es sich vorwiegend um homöopathische Präparate, da er herkömmliche Arzneimittel nicht vertrage. Seine Krankenkasse - die I. - lehne eine Kostenübernahme ab. Vor diesem Hintergrund sei sein Regelbedarf zu gering berechnet worden. Außerdem leide er unter einer Fruktose- und Laktoseintoleranz. Daneben habe der Beklagte die letzte Heizperiode fehlerhaft abgerechnet. Dies sei zu korrigieren. Mit der jetzigen Heizkostenübernahme bestehe hingegen Einverständnis. Zur Plausibilisierung seiner gesundheitlichen Beeinträchtigungen und der damit verbundenen Aufwendungen für Medikamente und Heilmittel hat der Kläger im Laufe des erstinstanzlichen Verfahrens verschiedene Unterlagen übersandt (Medikamentenplan der Fachärztin für Allgemeinmedizin Q. vom 14. Januar 2013 / Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung <MDK> vom 13. März 2013 / Ablehnungsschreiben der I. vom 5. April 2013 / Amtsärztliche Stellungnahme der Internistin J., K., vom 11. November 2013 / Bericht des Internisten L. vom 30. Mai 2014 / Aufstellung der M., vom 16. Juni 2014 über die dort zu einem Gesamtpreis von 147,11 € zwischen Dezember 2012 und Mai 2013 erworbenen Medikamente / eigene Aufstellung des Klägers vom 28. Juni 2014 über seine monatlich benötigten Medikamente mit einem Gesamtbetrag von 151,20 € / Bericht des Facharztes für Urologie und Andrologie N. vom 2. Februar 2016).

Unter dem 7. Januar 2014 hat das SG den Beklagten darauf hingewiesen, dass es den Widerspruchsbescheid vom 19. März 2013 für fehlerhaft erachte, weil darin keine Auseinandersetzung mit den Änderungsbescheiden vom 24. November 2012 und 5. Dezember 2012 erfolgt sei. Die Änderungsbescheide seien nicht selbstständig anfechtbar gewesen, sondern nach § 86 Sozialgerichtsgesetz (SGG) zum Gegenstand dieses Verfahrens geworden. Das Widerspruchsverfahren sei damit nicht vollständig durchgeführt worden und der bislang unerledigte Teil nachzuholen. Bei der Neuentscheidung werde der Beklagte auch die Klagebegründung und das daraus hervorgehende inhaltliche Anliegen des Klägers zu berücksichtigen haben. Am 25. März 2014 hat der Beklagte daraufhin einen neuen Widerspruchsbescheid erlassen, mit dem er den Widerspruch vom 19. November 2012 abermals als unbegründet zurückgewiesen hat - nun aber unter ausdrücklicher Einbeziehung der Änderungsbescheide vom 24. November 2012, 5. Dezember 2012 und 17. März 2013. Inhaltlich hat der Beklagte dabei die Begründung des ersten Widerspruchsbescheides wiederholt und ergänzend ausgeführt, dass die Höhe des Regelsatzes gesetzlich vorgegeben sei und nicht im behördlichen Ermessen stehe. Soweit der Kläger ferner die Übernahme weiterer Heizkosten reklamiere, bestehe hierfür keine erkennbare Grundlage. Seit Juli 2012 schulde er einen Abschlag von monatlich 74,- €. Dieser Betrag werde übernommen.

Zur Aufklärung des medizinischen Sachverhalts hat das SG einen Befundbericht der Allgemeinmedizinerin O. eingeholt (Befundbericht vom 21. Juli 2014 mit Vervollständigung vom 1. Oktober 2014). Dem Befundbericht haben Atteste der behandelnden Ärztin für Allgemeinmedizin und Homöopathin P. vom 20. Juni 2014 und 29. September 2014 sowie des behandelnden Orthopäden Q. vom 6. November 2013 beigelegt. Ergänzend ist ein ernährungsmedizinisches Gutachten bei dem Internisten R. in Auftrag gegeben worden (Gutachten vom 13. Januar 2016).

Mit Urteil vom 22. September 2016 hat das SG die Klage abgewiesen und seine Entscheidung auf folgende Erwägungen gestützt: Die mit dem angefochtenen Bescheid erfolgte Anrechnung des Betriebskostenguthabens sei fehlerfrei erfolgt. Der Kläger habe auch keinen Anspruch auf weitere (laufende) Unterkunftskosten. Soweit er die Erhöhung seines Regelbedarfs fordere, sei dies gesetzlich ausgeschlossen. Als Anspruchsgrundlage für die Übernahme der Medikamentenkosten komme allenfalls § 21 Abs. 6 SGB II in Betracht. Dessen Voraussetzungen seien aber nicht erfüllt. Die Vorschrift verlange u.a. das Bestehen eines unabweisbaren Bedarfs, wovon im Falle des Klägers nicht ausgegangen werden könne. Vorrangig müsse er sich an seine Krankenkasse wenden. Zwar seien nicht-verschreibungspflichtige Medikamente bereits seit Januar 2004 grundsätzlich von der krankensicherungsrechtlichen Versorgung nach §§ 31, 34 Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch - (SGB V) ausgeschlossen. Zugleich ermächtige § 34 SGB V in bestimmten Fällen aber zu Ausnahmen. Ob die Voraussetzungen für eine solche Ausnahme

in seinem Falle gegeben seien, habe der Kläger zunächst mit seiner Krankenkasse zu klären. Für ihn gelte insoweit kein anderer Maßstab als für andere gesetzlich krankenversicherte Personen. Deshalb könne auch offen bleiben, ob die Versorgung mit den vom Kläger genutzten Medikamenten überhaupt medizinisch notwendig sei. Hieran bestehe gleichwohl Zweifel. Denn der MDK habe in seinem Gutachten vom 13. März 2013 hervorgehoben, dass kein Wirksamkeitsnachweise für die homöopathischen Mittel bestehe und dass auch die Pauschal-diagnose „Medikamentenunverträglichkeit“ nicht bestätigt werden könne. So sei es durchaus möglich, der bestehenden Nahrungsmittelunverträglichkeit dadurch Rechnung zu tragen, dass laktosefreie Pharmazeutika verordnet würden. Schließlich habe der Kläger auch keinen Anspruch auf einen Mehrbedarf für kostenaufwändige Ernährung nach § 21 Abs. 5 SGB II. Der Sachverständige S. habe hierzu in seinem Gutachten überzeugend ausgeführt, dass nach wissenschaftlichem Kenntnisstand keine besondere Ernährung oder spezielle Krankenkost erforderlich sei. Es genüge, laktosehaltige Lebensmittel zu meiden. Die empfohlene Ernährung weiche nicht von einer standardisierten mitteleuropäischen Vollkost ab. Der Kalziumbedarf könne dabei durch den Verzehr entsprechender pflanzlicher Nahrungsmittel - z.B. Grünkohl, Chinakohl, Fenchel, Broccoli, Mohn - gedeckt werden. Gleichmaßen gebe es Milchprodukte, die nur geringe Mengen Laktose enthielten - wie etwa gereifter, älterer Käse, den der Kläger durchaus vertragen könne. Das Ergebnis der gutachterlichen Untersuchung entspreche damit den im Rahmen von § 21 Abs. 5 SGB II als Orientierungshilfe heranziehbaren Empfehlungen des „Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge“ (i.F.: Deutscher Verein) zur Gewährung von Krankenkostzulagen, wonach Fruktose- und Laktoseintoleranz grundsätzlich keinen ernährungsbedingten Mehrbedarf auslöse. Unter Berücksichtigung der individuellen Verhältnisse des Klägers bestehe keine Abweichung hiervon.

Das Urteil ist dem Prozessbevollmächtigten des Klägers im erstinstanzlichen Verfahren am 30. September 2016 zugestellt worden. Am 28. Oktober 2016 hat der Kläger hiergegen - nunmehr unvertreten - Berufung eingelegt und zugleich die Gewährung von Prozesskostenhilfe (PKH) beantragt.

Zur Begründung hat er seinen bisherigen Vortrag wiederholt und vertieft. Ergänzend hat er darauf hingewiesen, dass er zur Frage der Übernahme der Medikamentenkosten aktuell ein Verfahren gegen die I. führe, das sich gegenwärtig unter dem Aktenzeichen L 4 KR 258/18 in der Berufung befinde und dessen Ausgang aus seiner Sicht abgewartet werden sollte. Die Notwendigkeit der Versorgung mit homöopathischen und pflanzlichen Präparaten könne sein behandelnder Orthopäde T. bestätigen. Dazu, dass das Gutachten des S. falsch sei, möge die Allgemeinmedizinerin O. (nochmals) gehört werden. Hinsichtlich der beanspruchten Heizkosten hat er klarstellungshalber zudem darauf hingewiesen, dass es ihm um die Abrechnung für die

Heizperiode 2011 / 2012 gehe. Der Beklagte weigere sich beharrlich, hier eine Korrektur vorzunehmen. Die Gewährung weiterer Heizkosten mache er aber in diesem Verfahren nicht geltend.

Er beantragt,

das Urteil des SG Bremen vom 22. September 2016 aufzuheben und den Beklagten unter Abänderung seines Bescheides vom 2. November 2012 in der Fassung der Änderungsbescheide vom 24. November 2012, 5. Dezember 2012 und 17. März 2013 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19. März 2013 in der Fassung des zweiten Widerspruchsbescheides vom 25. März 2014 zu verurteilen, ihm für den Zeitraum Dezember 2012 bis Mai 2013 Leistungen nach dem SGB II unter Berücksichtigung eines Mehrbedarfs für kostenaufwändige Ernährung und eines Mehrbedarfs für Medikamentenkosten zu gewähren.

Darüber hinaus beantragt er, zum Beweis dafür,

- dass das Gutachten des Herrn S. unzutreffend ist, die Fachärztin für Allgemeinmedizin U. als Zeugin zu hören,

- dass er die homöopathischen und pflanzlichen Medikamente benötige, wie sie ihm von Dr. R. verschrieben worden seien, den Orthopäden Q. als Zeugen zu hören und

- dass die Versorgung mit den beantragten Medikamenten und Heilmitteln medizinisch notwendig und alternativlos sei, die Gerichtsakten zu dem sozialgerichtlichen Verfahren S 22 AS 636/13 (Anm. d. Senats: Hierbei handelt es sich um das der Berufung zugrundeliegende erstinstanzliche Verfahren), zu den derzeit ruhenden sozialgerichtlichen Verfahren S 22 AS 1503/14, S 22 AS 1504/14 und S 22 AS 640/13 sowie zu dem krankversicherungsrechtlichen Klageverfahren L 4 KR 258/18 (= S 7 KR 187/16) beizuziehen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückweisen.

Er verteidigt den angefochtenen Bescheid und verweist auf die Ausführungen im erstinstanzlichen Urteil.

Mit Beschluss vom 11. Januar 2018 hat der Senat den PKH-Antrag vom 28. Oktober 2016 abgelehnt. Auf die dortigen Ausführungen wird Bezug genommen. Den erneuten PKH-Antrag des Klägers vom 15. Februar 2018 hat der Senat mit Beschluss vom 28. Februar 2018 als unzulässig verworfen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakten, die beigezogenen Verwaltungsakten des Beklagten und das Sitzungsprotokoll verwiesen.

## **Entscheidungsgründe**

Die form- und fristgerecht (§ 151 SGG) eingelegte Berufung ist zulässig (§ 143 SGG) und begründet, soweit der zweite Widerspruchsbescheid des Beklagten vom 25. März 2014 betroffen ist (1.). Im Übrigen ist die Berufung zulässig aber unbegründet (2.).

1.

Der zweite Widerspruchsbescheid vom 25. März 2014 hat denjenigen vom 19. März 2013 weder aufgehoben noch ersetzt, sondern hinsichtlich des Verfügungssatzes lediglich wiederholt. Er ist gleichwohl zum Gegenstand des Klageverfahrens geworden, denn nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) ist § 96 SGG zumindest entsprechend anzuwenden, wenn ein Widerspruch während eines anhängigen Klageverfahrens erneut beschieden wird (BSG, Urteile vom 14. Dezember 1994 - 4 RLw 4/93 - und 7. Oktober 1981 - 6 RKa 9/78 -; ferner Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 21. Juni 2012 - L 7 R 923/11 -). Der Widerspruchsbescheid vom 25. März 2014 ist allerdings rechtswidrig und daher aufzuheben. Denn die Widerspruchsstelle des Beklagten war nicht befugt, während des Gerichtsverfahrens einen zweiten Widerspruchsbescheid zu erlassen. Das Widerspruchsverfahren war mit Erlass des ersten Widerspruchsbescheides vom 19. März 2013 abgeschlossen. Dies gilt ungeachtet der Frage, ob der Beklagte den zu beurteilenden Sachverhalt einschließlich der Bescheidlage vollständig erfasst hatte. Mit der Entscheidung über den Widerspruch endete prozessrechtlich die Zuständigkeit der Widerspruchsstelle. Sie durfte nach Erlass des ersten Widerspruchsbescheides nicht mehr tätig werden, weil ein Widerspruch, über den sie hätte befinden müssen, nicht

mehr anhängig war (vgl. BSG, a.a.O.; *Leitherer* in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, 12. Auflage 2017, § 85 Rz. 7b). Mit Erhebung der Klage ist die Verfahrensherrschaft auf das Gericht übergegangen.

2.

Darüber hinaus hat das SG die zulässig erhobene kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage (§ 54 Abs. 1, 4 SGG) aber zu Recht als unbegründet abgewiesen. Der angefochtene Bescheid des Beklagten vom 2. November 2012 in der Fassung der Änderungsbescheide vom 24. November 2012, 5. Dezember 2012 und 17. März 2013 - die nach § 86 SGG zum Gegenstand des Verfahrens geworden sind - in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19. März 2013 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten (§ 54 Abs. 2 SGG).

Er hat keinen Anspruch auf höhere als die bereits bewilligten Leistungen. Streitgegenständlich ist dabei die Frage höherer Regel- und Mehrbedarfsleistungen. Soweit sich der Kläger inhaltlich durchgehend auf Mehrbedarfsansprüche beruft, kann dies nicht in zulässiger Weise zum isolierten Ziel eines gerichtlichen Verfahrens bestimmt werden. Laufende Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts lassen sich nicht in weitere Streitgegenstände aufspalten (vgl. BSG, Urteile vom 14. Februar 2013 - B 14 AS 48/12 R - und 24. Februar 2011 - B 14 AS 49/10 R -). Aus den eindeutigen Erklärungen des Klägers zu dem von ihm verfolgten Rechtsschutzziel folgt damit allerdings zugleich, dass der Unterkunftsbedarf vorliegend nicht zu prüfen ist. Denn anders als der Mehrbedarf nach § 21 Abs. 5 SGB II handelt es sich bei den Kosten der Unterkunft und Heizung nach § 22 SGB II tatsächlich um einen abtrennbaren Streitgegenstand (vgl. BSG, Urteile vom 6. August 2014 - B 4 AS 55/13 R - und 5. Juni 2014 - B 4 AS 32/13 R -; begründet im Wesentlichen damit, dass für Unterkunftsbedarfe nicht die Bundesagentur für Arbeit, sondern die Kommunen zuständig sind). Zumal dem Kläger der gesetzlich vorgesehene Regelbedarf und ein Mehrbedarf für die Bereitung von Warmwasser bewilligt worden sind, können sich höhere Ansprüche für ihn allenfalls noch unter den Gesichtspunkten kostenaufwändiger Ernährung und eines unabweisbaren, laufenden, besonderen Bedarfs i.S.v. § 21 Abs. 6 SGB II ergeben. Die Voraussetzungen hierfür liegen aber nicht vor.

a.

Der geltend gemachte Mehrbedarf wegen kostenaufwändiger Ernährung aufgrund bestehender Laktose- und Fruktoseintoleranz richtet sich nach § 21 Abs. 5 SGB II. Danach erhalten erwerbsfähige Hilfebedürftige, die aus medizinischen Gründen einer kostenaufwändigen Ernährung bedürfen, einen Mehrbedarf in angemessener Höhe. Nach der Rechtsprechung des BSG muss dabei eine gesundheitliche Beeinträchtigung vorliegen, die eine besondere Ernährung erforderlich macht, deren Kosten höher sind als bei Personen ohne eine solche Einschränkung (Urteil vom 14. Februar 2014 - B 14 AS 48/12 R -; vgl. *Behrend* in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB II, 4. Auflage 2015, § 21 Rz. 56 m.w.N.). Zu überprüfen ist danach zunächst, welche besonderen Ernährungsbedürfnisse medizinisch, d.h. durch die Erkrankung, begründet sind. Sodann ist festzustellen, ob hierdurch auch höhere Aufwendungen entstehen.

Im Fall des Klägers lässt sich bereits ein besonderes Ernährungsbedürfnis nicht feststellen. Der Senat folgt insofern dem vom SG eingeholten Gutachten V. vom 13. Januar 2016, der plausibel und überzeugend dargelegt hat, dass bei dem Kläger im streitgegenständlichen Zeitraum nach dem Stand des medizinischen Wissens keine Gesundheitsstörungen vorgelegen haben, die eine kostenaufwändige Ernährung nach sich gezogen haben. Er hat überzeugend ausgeführt, dass bei einer Laktoseintoleranz (in der bei dem Kläger bestehenden Ausprägung) eine ausgewogene Ernährung ohne Mehrkosten zusammengestellt werden könne. Ausreichend sei das Meiden von laktosehaltigen Lebensmitteln. Die empfohlene Ernährung entspreche einer standardisierten mitteleuropäischen Vollkost. Das Gutachten von R. steht auch in Einklang mit den nach der einschlägigen Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 14. Februar 2014, a.a.O. sowie Urteil vom 22. November 2011 - B 4 AS 138/10 R -) eine Orientierungshilfe bietenden und den Umfang der Ermittlungen im Einzelfall steuernden Empfehlungen des Deutschen Vereins. Danach erfordert eine Laktoseintoleranz in der Regel keinen erhöhten Ernährungsaufwand, sondern kann diätetisch mit einer Vollkost behandelt werden (vgl. *von Boetticher* in LPK-SGB II, 6. Auflage 2017, § 21 Rz. 27 m.w.N.). Einer weiteren Aufklärung des medizinischen Sachverhaltes bedurfte es daher nicht.

Einen konkreten krankheitsbedingt erhöhten Bedarf an Nahrungsmitteln hat der Kläger im Übrigen auch zu keinem Zeitpunkt dargelegt. Er hat bereits nicht näher bezeichnet, dass er aus medizinischen Gründen eine spezielle Kost benötigt und eine ausgewogene Mischkost gerade nicht ausreichend ist. Soweit er die Ansicht vertreten mag, dass die in seinem Falle erforderliche Ernährung aus den Regelsatzleistungen nicht zu decken sei, so ist er darauf zu verweisen, dass der notwendige Bedarf für Ernährung als ein Teil des Regelbedarfes typisierend zuerkannt worden ist. Das BSG geht diesbezüglich in seiner ständigen Rechtsprechung davon aus, dass die laufenden Kosten für eine „ausgewogene Ernährung im Sinne einer ausreichenden Zufuhr von

Proteinen, Fetten, Kohlehydraten, Mineralstoffen und Vitaminen“ bei einem typischen Leistungsberechtigten vom Regelbedarf gedeckt sind (BSG, Urteil vom 20. Februar 2014 - B 14 AS 65/12 R - unter Hinweis auf das Bundesverfassungsgericht, Urteil vom 9. Februar 2010 - 1 BvL 1/09, 1 BvL 3/09, 1 BvL 4/09 -; vgl. auch BSG, Urteil vom 10. Mai 2011 - B 4 AS 100/10 R -).

b.

Auch die Voraussetzungen für einen individuell höheren Mehrbedarf zur Deckung von Medikamentenkosten nach § 21 Abs. 6 SGB II liegen nicht vor (vgl. hierzu bereits Beschluss des Senats vom 12. Juni 2014 - L 15 AS 123/14 B ER -). Insoweit hat der Kläger höhere Kosten für Kytta-Salbe und -Balsam, Quark, Retterspitz, Ingwer, Glucosamin, Zeel-Tabletten, Platinumchloratum-Globuli, Neurexan, Iso-C-Tropfen, Magnesium-Tabletten, Arnika-Streukügelchen, Infludoron-Streukügelchen und Dekristol-Kapseln geltend gemacht. Ähnlich wie im Bereich krankheitsbedingt unverzichtbarer Lebensmittel ist es zwar Aufgabe des SGB II, die Gewährleistung des verfassungsrechtlich garantierten Existenzminimums zu sichern, soweit es nicht durch den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung abgedeckt ist. Inwieweit im Einzelnen nicht von deren Leistungspflicht umfasste Kosten für medizinisch notwendige Gesundheitspflege dem verfassungsrechtlich garantierten Existenzminimum unterfallen und Mehrbedarfsleistungen auslösen, unterliegt dabei aber nach der Rechtsprechung des für das Krankenversicherungsrecht zuständigen BSG-Senats der Beurteilung der für die Grundsicherung und Sozialhilfe zuständigen Senate des BSG (BSG, Beschluss vom 5. Juli 2016 - B 1 KR 18/16 B - und Urteil vom 6. März 2012 - B 1 KR 24/10 R -). Dessen hierfür zuständiger 14. Senat hat in seinem Urteil vom 26. Mai 2011 (B 14 AS 146/10 R) ausgeführt, dass das eine ausreichende medizinische Versorgung umfassende, sozialrechtlich zu gewährende menschenwürdige Existenzminimum aus Art. 1 Abs. 1 i.V.m. Art. 20 Abs. 1 Grundgesetz (GG) bei Hilfebedürftigen nach dem SGB II in erster Linie durch ihre Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. § 5 Abs. 2a SGB V) sichergestellt wird. Deren Beiträge zahlt der Träger der Grundsicherung (§ 252 Abs. 1 S. 2 SGB V) und trägt der Bund (§ 46 Abs. 1 SGB II). Ein Anspruch auf Krankenbehandlung besteht nach § 27 Abs. 1 S. 1 SGB V dann, wenn diese notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Der Anspruch erstreckt sich nach § 27 Abs. 1 S. 2 Nr. 3 SGB V auch auf die Versorgung mit Arzneimitteln. Apothekenpflichtige, nicht-verschreibungspflichtige Medikamente (sog. OTC-Präparate; OTC = „over the counter“), deren Kosten der Kläger vorliegend geltend macht, sind dabei seit dem 1. Januar 2004 grundsätzlich von der Versorgung nach §§ 31, 34 Abs. 1 S. 1 SGB V ausgeschlossen und können nur ausnahmsweise übernommen werden, wenn die Arzneimittel bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten. Schwerwiegend ist eine Krankheit in diesem Zusammenhang dann, wenn sie le-

bensbedrohlich ist oder aufgrund der Schwere der durch sie verursachten Gesundheitsstörungen die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigt. In diesem Kontext entstehende Fragen der Kostenübernahme muss der Betroffene aber an sich innerhalb des krankensicherungsrechtlichen Leistungssystems klären lassen. Denn diejenigen Kosten für Gesundheitspflege, die für medizinisch notwendige, aber nicht von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkasse abgedeckte OTC-Präparate unter dem Gesichtspunkt der Eigenverantwortung der gesetzlich Krankenversicherten auch von Hilfebedürftigen nach dem SGB II selbst zu zahlen sind, sind in der Regelleistung abgebildet und lösen grundsätzlich keinen Bedarf aus. Damit ist jedenfalls dann, wenn die geltend gemachten Kosten den in der Regelleistung vorgesehenen Betrag für Gesundheitspflege (16,07 € für 2012 und 16,41 € für 2013) nicht übersteigen, ohne weitere Ermittlungen seitens der Träger der Grundsicherung davon auszugehen, dass grundrechtsrelevante Beeinträchtigungen durch eine nicht ausreichende Krankenbehandlung, die durch ergänzende Leistungen der Grundsicherung abzuwenden wären, ausscheiden (BSG, Urteil vom 26. Mai 2011, a.a.O., ferner Urteil des Senats vom 5. April 2018 - L 15 AS 332/16 -; Sächsisches Landessozialgericht <LSG>, Beschluss vom 25. September 2013 - L 7 AS 83/12 NZB -; LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 14. März 2012 - L 12 AS 134/12 B -).

Zwar hat der Kläger hier mit monatlich 151,20 € einen deutlich höheren als den vom Regelsatz für Gesundheitspflege umfassten Betrag geltend gemacht. Gleichwohl ergibt sich für ihn kein laufender unabweisbarer Bedarf i.S.v. § 21 Abs. 6 SGB II. Denn um nicht das Tor zu einer beliebigen, mit Steuermitteln finanzierten Wunschmedizin zu öffnen, kommt die Übernahme von Kosten für gesundheitsbedingte Mehrbedarfe im Rahmen des § 21 Abs. 6 SGB II von vornherein nur dann in Betracht, wenn vor Beginn und während der betreffenden Behandlungsmaßnahme ein hinreichender Anlass zu der betreffenden Intervention bestanden hat. D. h., es muss eine Indikation vorgelegen haben, die anhand medizinischer Unterlagen nachvollziehbar festgestellt werden kann (vgl. Bayerisches LSG, Beschluss vom 9. März 2017 - L 7 AS 167/17 B ER -; LSG Hamburg, Urteil vom 19. März 2015 - L 4 AS 390/10 -).

Das ist nach Auswertung aller medizinischen Unterlagen vorliegend aber nicht der Fall. Der MDK hat bereits in seinem Gutachten vom 13. März 2013 hervorgehoben, dass neben einer orthopädischen Grunderkrankung ein chronisches Schmerzsyndrom bestehe, das bedarfsabhängig die Einnahme antiphlogistischer (entzündungshemmender) und analgetischer (schmerzstillender) Medikamente erforderlich mache. Die Pauschaldiagnose „Medikamentenunverträglichkeit“ konnte indes nicht bestätigt werden ist. Auch die Angabe des Klägers, verordnungspflichtige Medikamente nicht zu vertragen, war für den MDK-Gutachter nicht nachvollziehbar. Für homöopathische Mittel besteht nach seiner Schilderung zudem kein Wirksam-

keitsnachweis. Die gegenläufigen Bewertungen des medizinischen Sachverhalts durch die behandelnden Ärzte und die von ihnen daraus gezogenen Schlüsse waren bereits durch ihre im Laufe des erstinstanzlichen Verfahrens übersandten schriftlichen Stellungnahmen aktenkundig und sind vom Senat bei seiner Entscheidungsfindung berücksichtigt worden. Den mit Schreiben vom 5. Februar 2018, 15. März 2018 und 20. April 2018 erfolgten und im Termin zur mündlichen Verhandlung wiederholten bzw. aufrechterhaltenen Beweisanträgen des Klägers hinsichtlich der zeugenschaftlichen Vernehmung seiner Ärzte Dr. X. und Y. war daher nicht nachzugehen. Gleichmaßen war die darüber hinaus beantragte Beiziehung der o.g. weiteren Verfahrensakten entbehrlich. Ansprüche gegen den SGB II-Träger aus § 21 Abs. 6 SGB II ergeben sich alles in allem nicht. Soweit das Begehren des Klägers sich auch auf die Kostenübernahme für z.B. Quark, Ingwer und Magnesium erstreckt, folgt dies im Übrigen schon daraus, dass Lebens- und Nahrungsergänzungsmittel von vornherein aus der Regelleistung zu tragen sind und keinen Mehrbedarf begründen können (Vgl. LSG Niedersachsen-Bremen, Urteile vom 20. Juli 2017 - L 13 AS 329/14 - und 28. Februar 2012 - L 9 AS 585/08 -).

c.

Der Kläger hat schließlich auch keinen Anspruch auf höhere Regelleistungen. Die Höhe der Regelleistung bestimmte sich im streitbefangenen Zeitraum nach § 20 Abs. 1 bis 5 SGB II in der vom 1. April 2011 bis 31. Dezember 2016 geltenden Fassung i.V.m. §§ 28a, 40 S. 1 Sozialgesetzbuch - Zwölftes Buch - in der seit 1. Januar 2011 geltenden Fassung i.V.m. den Regelbedarfsstufen-Fortschreibungsverordnungen vom 17. Oktober 2011 (für 2012) und 18. Oktober 2012 (für 2013) sowie den Bekanntmachungen über die Höhe der Regelbedarfe vom 20. Oktober 2011 (für 2012) und 18. Oktober 2012 (für 2013). Danach belief sich der Regelbedarf für Alleinstehende auf den vom Beklagten zugrunde gelegten Betrag von monatlich 374,- € für Dezember 2012 und 382,- € ab Januar 2013. Die Verfassungsmäßigkeit der Regelsätze begegnet dabei seit der Neufassung der maßgeblichen gesetzlichen Grundlagen mit Wirkung zum 1. Januar 2011 keinen Bedenken mehr (vgl. hierzu z.B. Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 23. Juli 2014 - 1 BvL 10/12 u.a. - sowie jeweils mit zahlreichen weiteren Nachweisen *Saitzek* in: Eicher/Luik, SGB II, 4. Auflage 2017, § 20 Rz. 1 ff.; *Behrend* in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB II, 4. Auflage 2015, § 20 Rz. 65 ff.).

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Gründe, die Revision gem. § 160 Abs. 2 SGG zuzulassen, liegen nicht vor.

# Rechtsmittelbelehrung und Erläuterungen zur Prozesskostenhilfe

## I. Rechtsmittelbelehrung

Diese Entscheidung kann nur dann mit der Revision angefochten werden, wenn sie nachträglich vom Bundessozialgericht zugelassen wird. Zu diesem Zweck kann die Nichtzulassung der Revision durch das Landessozialgericht mit der Beschwerde angefochten werden.

Die Beschwerde ist von einem bei dem Bundessozialgericht zugelassenen Prozessbevollmächtigten innerhalb **eines Monats** nach Zustellung der Entscheidung schriftlich oder in elektronischer Form beim Bundessozialgericht einzulegen. Sie muss bis zum Ablauf der Monatsfrist beim Bundessozialgericht eingegangen sein und die angefochtene Entscheidung bezeichnen.

Die Beschwerde in schriftlicher Form ist zu richten an das Bundessozialgericht, Graf-Bernadotte-Platz 5, 34119 Kassel bzw. das Bundessozialgericht, 34114 Kassel (nur Brief und Postkarte).

Die elektronische Form wird durch Übermittlung eines elektronischen Dokuments gewahrt, das für die Bearbeitung durch das Gericht geeignet ist und

- von der verantwortenden Person qualifiziert elektronisch signiert ist oder
- von der verantwortenden Person signiert und auf einem sicheren Übermittlungsweg gem. § 65a Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz (SGG) eingereicht wird.

Weitere Voraussetzungen, insbesondere zu den zugelassenen Dateiformaten und zur qualifizierten elektronischen Signatur, ergeben sich aus der Verordnung über die technischen Rahmenbedingungen des elektronischen Rechtsverkehrs und über das besondere elektronische Behördenpostfach (Elektronischer-Rechtsverkehr-Verordnung - ERVV) in der jeweils gültigen Fassung. Informationen hierzu können über das Internetportal des Bundessozialgerichts ([www.bsg.bund.de](http://www.bsg.bund.de)) abgerufen werden.

Als Prozessbevollmächtigte sind nur zugelassen

1. Rechtsanwälte,
2. Rechtslehrer an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz, die die Befähigung zum Richteramt besitzen,
3. selbstständige Vereinigungen von Arbeitnehmern mit sozial- oder berufspolitischer Zwecksetzung für ihre Mitglieder,
4. berufsständische Vereinigungen der Landwirtschaft für ihre Mitglieder,
5. Gewerkschaften und Vereinigungen von Arbeitgebern sowie Zusammenschlüsse solcher Verbände für ihre Mitglieder oder für andere Verbände oder Zusammenschlüsse mit vergleichbarer Ausrichtung und deren Mitglieder,
6. Vereinigungen, deren satzungsgemäße Aufgaben die gemeinschaftliche Interessenvertretung, die Beratung und Vertretung der Leistungsempfänger nach dem sozialen Entschädigungsrecht oder der behinderten Menschen wesentlich umfassen und die

unter Berücksichtigung von Art und Umfang ihrer Tätigkeit sowie ihres Mitgliederkreises die Gewähr für eine sachkundige Prozessvertretung bieten, für ihre Mitglieder,

7. juristische Personen, deren Anteile sämtlich im wirtschaftlichen Eigentum einer der in den Nrn. 3 bis 6 bezeichneten Organisationen stehen, wenn die juristische Person ausschließlich die Rechtsberatung und Prozessvertretung dieser Organisation und ihrer Mitglieder oder anderer Verbände oder Zusammenschlüsse mit vergleichbarer Ausrichtung und deren Mitglieder entsprechend deren Satzung durchführt, und wenn die Organisation für die Tätigkeit der Bevollmächtigten haftet.

Die Organisationen zu den Nrn. 3 bis 7 müssen durch Personen mit Befähigung zum Richteramt handeln.

Behörden und juristische Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse sowie private Pflegeversicherungsunternehmen können sich durch eigene Beschäftigte mit Befähigung zum Richteramt oder durch Beschäftigte mit Befähigung zum Richteramt anderer Behörden oder juristischer Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse vertreten lassen. Ein Beteiligter, der nach Maßgabe der Nrn. 1 bis 7 zur Vertretung berechtigt ist, kann sich selbst vertreten.

Die Beschwerde ist innerhalb von **zwei Monaten** nach Zustellung der Entscheidung von einem zugelassenen Prozessbevollmächtigten schriftlich oder in elektronischer Form zu begründen.

In der Begründung muss dargelegt werden, dass

- die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung hat oder
- die Entscheidung von einer zu bezeichnenden Entscheidung des Bundessozialgerichts, des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des Bundesverfassungsgerichts abweicht und auf dieser Abweichung beruht oder
- ein zu bezeichnender Verfahrensmangel vorliegt, auf dem die angefochtene Entscheidung beruhen kann.

Als Verfahrensmangel kann eine Verletzung der §§ 109 und 128 Abs. 1 Satz 1 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) nicht und eine Verletzung des § 103 SGG nur gerügt werden, soweit das Landessozialgericht einem Beweisantrag ohne hinreichende Begründung nicht gefolgt ist.

D.

E.

W.

## II. Erläuterungen zur Prozesskostenhilfe

Für das Beschwerdeverfahren gegen die Nichtzulassung der Revision kann ein Beteiligter Prozesskostenhilfe zum Zwecke der Beordnung eines Rechtsanwalts beantragen.

Der Antrag kann von dem Beteiligten persönlich gestellt werden; er ist beim Bundessozialgericht schriftlich oder in elektronischer Form einzureichen oder mündlich vor dessen Geschäftsstelle zu Protokoll zu erklären.

Dem Antrag sind eine Erklärung des Beteiligten über seine persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familienverhältnisse, Beruf, Vermögen, Einkommen und Lasten) sowie entsprechende Belege beizufügen; **hierzu ist der für die Abgabe der Erklärung vorgeschriebene Vordruck zu benutzen**. Der Vordruck ist kostenfrei bei allen Gerichten erhältlich. Er kann auch über das Internetportal des Bundessozialgerichts ([www.bsg.bund.de](http://www.bsg.bund.de)) heruntergeladen und ausgedruckt werden.

Falls die Beschwerde nicht schon durch einen zugelassenen Prozessbevollmächtigten eingelegt ist, müssen der Antrag auf Bewilligung von Prozesskostenhilfe und die Erklärung über die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse nebst den Belegen innerhalb der Frist für die Einlegung der Beschwerde beim Bundessozialgericht eingegangen sein. Ist dem Beteiligten Prozesskostenhilfe bewilligt worden und macht er von seinem Recht, einen Rechtsanwalt zu wählen, keinen Gebrauch, wird auf seinen Antrag der beizuordnende Rechtsanwalt vom Bundessozialgericht ausgewählt.

## III. Ergänzende Hinweise

Der Beschwerdeschrift und allen folgenden Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigelegt werden. Das Bundessozialgericht bittet darüber hinaus um zwei weitere Abschriften. Dies gilt nicht im Rahmen des elektronischen Rechtsverkehrs