

Titel:

Kein Mehrbedarf wegen kostenaufwändiger Ernährung ohne nachgewiesene medizinische Gründe

Normenkette:

SGB XII § 27a Abs. 4 S. 1, § 30 Abs. 5, § 48S. 1, § 73

Leitsätze:

1. Die ausdrückliche Regelung in § 30 Abs. 5 Satz 3 und 4 SGB XII zum 01.01.2021 bedeutet keine Neuerung, sondern eine Bestätigung der bisherigen Rechtspraxis. Voraussetzung für die Anerkennung des Mehrbedarfs nach § 30 Abs. 5 SGB XII ist grundsätzlich ein ärztliches Attest oder eine amtsärztliche Untersuchung. (Rn. 31)
2. Für einen Anspruch unschädlich ist, wenn ein bekannter besonderer Bedarf mangels einsetzbarer Mittel in der Vergangenheit nicht (vollständig) gedeckt worden ist. (Rn. 32)
3. Die Kostenübernahme für nicht verschreibungspflichtige Medikamente für Leistungsberechtigte nach dem SGB XII ist kein Anwendungsfall des § 73 SGB XII. (Rn. 40)
1. Voraussetzung eines Mehrbedarfs wegen kostenaufwändiger Ernährung nach § 30 Abs. 5 SGB XII ist grds. ein entsprechendes ärztliches Attest bzw. eine amtsärztliche Untersuchung. (Rn. 31) (redaktioneller Leitsatz)
2. Für einen Anspruch unschädlich ist, wenn ein bekannter besonderer Bedarf mangels einsetzbarer Mittel in der Vergangenheit nicht (vollständig) gedeckt worden ist. (Rn. 32) (redaktioneller Leitsatz)
3. Die Kostenübernahme für nicht verschreibungspflichtige Medikamente nach dem SGB XII ist kein Anwendungsfall des § 73 SGB XII. (Rn. 40) (redaktioneller Leitsatz)

Schlagworte:

alternativmedizinische Behandlung, Kostenaufwändige Ernährung, medizinische Gründe, Nahrungsergänzungsmittel, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, unausweichlich, Berufungsverfahren, Mehrbedarf, Ernährungsbedingte Leistungen, Regelbedarfshöhe, Kostenentscheidung, Mehrbedarf wegen kostenaufwändiger Ernährung, Bedarfsdeckung in der Vergangenheit, abweichende Festsetzung des Regelsatzes, Leistungen in sonstigen Lebenslagen, unausweichlicher Bedarf, ärztliches Attest, amtsärztliche Untersuchung

Vorinstanz:

SG München, Gerichtsbescheid vom 19.07.2023 – S 48 SO 378/22

Tenor

- I. Die Berufung gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts München vom 19. Juli 2023 wird zurückgewiesen.
- II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.
- III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand

1

Streitig ist die Gewährung von weiteren Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) für krankheitsbedingte Mehraufwendungen der Klägerin für die Zeit von April 2020 bis März 2021.

2

Die 1969 geborene Klägerin und Berufungsklägerin bezieht eine Rente wegen voller Erwerbsminderung auf Zeit, die im Jahr 2020 zunächst in Höhe von monatlich 765,43 € und ab Juli 2020 in Höhe von monatlich 791,83 € ausgezahlt wurde. Ergänzend erhält die Klägerin – nach vorherigem Bezug von Leistungen der Grundsicherung für Arbeitssuchende nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) – von der Beklagten seit Ende 2017 Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Dritten Kapitel des SGB XII. Der

Jahresbeitrag für ihre Haftpflichtversicherung ist jeweils am 01.01. eines Jahres fällig und betrug im Januar 2020 und im Januar 2021 jeweils 42,98 €.

3

Die Klägerin bewohnt eine ca. 33 qm große Wohnung, für die sie zunächst eine Grundmiete von 375,00 € bezahlen musste. Ab 01.01.2021 erhöhte sich die Grundmiete auf 424,24 €. Die Vorauszahlung für die Betriebskosten betrug ab 01.01.2020 monatlich 98,00 €, für Gas bezahlte die Klägerin einen monatlichen Abschlag von 38,00 € bzw. ab Dezember 2020 von 35,00 € direkt an den Energieversorger. Jeweils im Oktober und November forderte der Energieversorger keine Abschläge. Die Abrechnung des Energieversorgers für den Zeitraum 20.09.2019 bis 12.10.2020 ergab ein Guthaben bei den Heizkosten von 71,38 €, welches am 27.11.2020 fällig war. Aus der Betriebskostenabrechnung für 2019 ergab sich ein Guthaben von 145,35 €, welches am 19.01.2021 an die Klägerin überwiesen wurde.

4

Mit Bescheid vom 03.03.2020, geändert durch Bescheide vom 05.06.2020, 22.09.2020, 03.12.2020, 17.12.2020, 11.01.2021 und 31.03.2021, bewilligte die Beklagte Leistungen für die Zeit vom 01.04.2020 bis zum 31.03.2021 in Höhe von monatlich 210,89 € für April bis Juni 2020, monatlich 184,49 € für Juli bis September sowie November 2020, 144,59 € für Oktober 2020, 145,65 € für Dezember 2020, 242,45 € für Januar 2021, 89,81 € für Februar und 236,05 € für März 2021. Dabei berücksichtigte die Beklagte neben dem Regelsatz für eine Alleinstehende zuzüglich Aufstockungsbetrag einen Mehrbedarf für die dezentrale Erzeugung von Warmwasser sowie die Unterkunftskosten in tatsächlicher Höhe. Dem Bedarf steht die Rente der Klägerin – jeweils im Januar bereinigt um den Beitrag zur Haftpflichtversicherung – als einzusetzendes Einkommen gegenüber, im Dezember und Januar berücksichtigte die Beklagte außerdem die Rückzahlung aus dem Heizkostenguthaben als Einkommen, im Februar das Guthaben aus der Betriebskostenabrechnung.

5

Nach dem Entlassbericht der Spezialklinik N – Haus R – vom 26.07.2016 besteht bei der Klägerin ein komplexes Beschwerdebild im Sinne eines Chronic-Fatigue- und Multiple-Chemical-Sensitivity-Syndroms. Zuletzt befand sich die Klägerin vom 18.01.2017 bis zum 08.02.2017 in stationärer Behandlung in der Spezialklinik; als Diagnosen wurden weiterhin ein komplexes Beschwerdebild im Sinne eines Chronic-Fatigue- und Multiple-Chemical-Sensitivity-Syndroms, eine generalisierte Prurigo simplex subacuta, Hyperlipidämie, multiple Typ-I-Sensibilisierung auf Inhalationsallergene bei nachgewiesener Atopieneigung, chronische Viruslasten bei persistierender Cytomegalie-, Epstein-Barr-, Herpes-Simplex- und humaner Herpes-Virus-Typ-6-Infektion, Störung der neuroendokrinen Stressachse und Kryptopyrrolurie angegeben (Entlassbericht vom 14.02.2017). Ein Attest des Facharztes für Allgemeinmedizin B vom 11.11.2016 nennt ein chronisches Müdigkeitssyndrom, nervöse Erschöpfung, eine Depression, ein Leaky-gut-Syndrom und Mitochondriopathie; ein weiteres Attest vom 17.09.2020 bestätigt eine chronische Erkrankung, die schulmedizinisch nicht mehr behandelt werden könne. Ein Grad der Behinderung von 50 bzw. seit 17.11.2023 von 70 ohne Merkzeichen ist anerkannt.

6

Bereits beim Jobcenter hatte die Klägerin einen Mehrbedarf wegen kostenaufwändiger Ernährung geltend gemacht, der mit Bescheid vom 03.01.2017 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 16.08.2017 abgelehnt wurde. Im anschließenden Klageverfahren (S 41 AS 2168/18) holte das Sozialgericht München (SG) ein internistisches Gutachten nach ambulanter Untersuchung ein, welches von der Sachverständigen L am 05.11.2019 erstellt wurde. Die Gutachterin kommt darin zum Ergebnis, dass den bei der Klägerin nachgewiesenen Gesundheitsstörungen mit der von der Ernährungsmedizin generell empfohlenen Vollkost adäquat Rechnung getragen werden könne. Im Fall der Klägerin solle bis zum Erreichen eines Normalgewichts eine mäßige, aber konsequente Kalorienreduktion eingehalten werden. Es empfehle sich die Modifizierung der Vollkost im Sinne einer leichten Vollkost. Nach allen Erkenntnissen der evidenzbasierten Medizin sei bei der Klägerin keine Krankenkost mit erheblichen finanziellen Mehraufwendungen erforderlich. Es liege weder eine konsumierende Erkrankung noch eine Erkrankung mit gestörter Nahrungsaufnahme und Nährstoffverwertung und vor allem keine, eine strikt glutenfreie Kost erforderlich machende Zöliakie vor. Eine Glutenunverträglichkeit, eine Fruktose- und Laktosemalabsorption sowie Histaminüberempfindlichkeit seien keineswegs nach den Vorgaben der Leitlinien nachgewiesen. So sehr die Klägerin davon überzeugt sei, dass sie auf extreme Bioqualität der Nahrung achten müsse, könne auch dies nicht bestätigt werden. Die Angst vor Schadstoffen sei zwar verständlich, aber sicher übertrieben.

Die Klage gegen das Jobcenter wurde auf richterlichen Hinweis in der mündlichen Verhandlung zurückgenommen.

7

Die Beklagte lehnte einen Antrag auf Gewährung eines Mehrbedarfs wegen kostenaufwändiger Ernährung nach Einholung eines amtsärztlichen Gutachtens des Referats für Gesundheit und Umwelt mit Bescheid vom 05.04.2018 ebenfalls ab. Auch gegen diesen Ablehnungsbescheid in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 10.10.2018 erhob die Klägerin am 09.11.2018 Klage zum SG (S 48 SO 567/18). Die auf die Gewährung höherer Leistungen wegen eines Mehrbedarfs für kostenaufwändige Ernährung gerichtete Klage begründete die Klägerin im Wesentlichen damit, dass sie sich unter anderem glutenfrei, laktosefrei und fruktosefrei ernähren müsse und die genannten Inhaltsstoffe mit der üblichen, im Regelbedarf berücksichtigten Vollkost nicht in ihrer Gesamtheit vermieden werden könnten. Die damit notwendig einhergehende Zufuhr verträglicher Lebensmittel erfordere einen erhöhten Kostenaufwand, insbesondere durch das Zusammenwirken mehrerer Nahrungsmittelunverträglichkeiten. Das Verfahren ruht seit der Anordnung des SG mit Beschluss vom 14.03.2019.

8

Die beigeladene Krankenkasse der Klägerin (Beigeladene) lehnte einen Antrag auf Kostenübernahme für einen alternativmedizinischen Therapieversuch zur Stabilisierung des Immunsystems mit Vitamin-B-bindenden Proteinen über Mitochondrien und Aminosäuren, Entgiftung über Mariendistelpräparate und Cholinpräparate, Darmsanierung mithilfe von Probiotika und Präbiotika, Substitution von Mikronährstoffen und einmal monatlicher Ausleitung bei erhöhter Blei- und Kadmiumbelastung mit Bescheid vom 06.12.2018 ab. Dazu war ein sozialmedizinisches Kurzgutachten vom MDK Bayern erstellt worden, wonach der vorgesehene alternativmedizinische Therapieversuch den neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im ambulanten Rahmen zuzuordnen sei. Wie die Ausleitung durchgeführt werden solle, werde nicht näher erläutert. Sollte hierfür Dimercaptobernsteinsäure vorgesehen sein, handle es sich um eine nicht in Deutschland oder der Europäischen Union in Form eines Arzneimittels zugelassene Substanz. Eine irgend geartete wissenschaftliche Datenlage für den im vorliegenden Einzelfall vorgesehenen alternativmedizinischen Therapieversuch, die eine nicht ganz fernliegende Aussicht auf Heilung oder wenigstens auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf nahelege, sei nicht verfügbar. Eine Klage gegen den Ablehnungsbescheid vom 06.12.2018 in der Gestalt des ebenfalls ablehnenden Widerspruchsbescheid vom 04.11.2019 wies das SG mit Gerichtsbescheid vom 09.07.2020 ab (S 39 KR 2949/19). Berufung ist gegen den Gerichtsbescheid nicht eingelegt worden.

9

Mit E-Mail vom 22.08.2020 erinnerte die Klägerin die Beklagte an einen früheren, nicht in der Akte der Beklagten enthaltenen Antrag auf Übernahmen von Behandlungskosten in Höhe von etwa 200,00 € monatlich. Auf Anforderung legte die Klägerin eine Verordnung ihres Orthopäden für ein Elektromobil und eine Verordnung ihres Hausarztes für Ampullen vor, mit denen ein- bis zweimal wöchentlich eine Infusion erfolgen solle. Nach Angaben der Klägerin koste die Packung 80,00 €. Nach dem Attest des Facharztes für Allgemeinmedizin B vom 17.09.2020 bedürfe es eines alternativmedizinischen Behandlungsansatzes mit Naturstoffen und Chelatausleitenden Infusionen. Der Behandlungsplan sehe viermal wöchentlich Infusionen zu je 280,00 € und Nahrungsergänzungsmittel mit weiteren 200,00 € vor. Die Gesamtkosten beliefen sich auf ca. 500,00 € monatlich. Die Therapie sei notwendig, da die Klägerin austherapiert sei und ohne die alternativmedizinische Behandlung keine Chance mehr bestehe, die Arbeitsfähigkeit wieder herzustellen. Außerdem legte die Klägerin einen individuellen „Ernährungsplan aus Naturstoffen nach dem PRINZIP CAUSA LOGICA“ vom 08.09.2020 sowie Ausdrucke zu den Kosten für Nahrungsergänzungsmittel bei Bestellung im Internet vor, wobei die dort genannten Produkte nicht mit dem Ernährungsplan übereinstimmen. Mit einem weiteren Attest vom 11.02.2020 bestätigte der Hausarzt eine ausgeprägte Nahrungsmittelunverträglichkeit, die eine normale Lebensmittelaufnahme unmöglich mache. Die allergischen Reaktionen gingen bis zu Sehstörungen, Herzrasen, Muskelkrämpfen, Schüttelfrost etc. Es sei eine spezielle Kost indiziert.

10

Die Beklagte lehnte den Antrag mit Bescheid vom 02.11.2020 ab. Die Leistungen für eine Krankenbehandlung nach § 48 SGB XII entsprächen den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). Die Beigeladene habe Leistungen bereits abgelehnt. Ein Anspruch aus § 73 SGB XII komme offensichtlich nicht in Betracht. Damit sollten nur atypische Bedarfe

gedeckt werden, die nicht bereits durch andere Vorschriften des Sozialleistungssystems erfasst seien. Für den vorliegend geltend gemachten Bedarf stehe zum einen der Regelbedarf zur Verfügung und zum anderen Leistungen nach Maßgabe von § 48 SGB XII bzw. der gesetzlichen Krankenversicherung. Für eine abweichende Festsetzung des Regelsatzes nach § 27a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGB XII biete der Sachverhalt keine Anhaltspunkte. Hierfür fehle es jedenfalls am Merkmal der Unabweisbarkeit.

11

Mit Bescheid vom 01.03.2021, geändert durch Bescheid vom 31.03.2021, setzte die Beklagte die Hilfe zum Lebensunterhalt für die Zeit vom 01.04.2021 bis zum 31.03.2022 auf monatlich 236,05 € fest. Dabei berücksichtigte die Beklagte als Bedarf weiterhin lediglich den Regelsatz zuzüglich Aufstockungsbetrag sowie die Unterkunftskosten der Klägerin in tatsächlicher Höhe. Aus den für die Weiterbewilligung von der Klägerin vorgelegten Kontoauszügen ergeben sich keine Ausgaben für Nahrungsergänzungsmittel.

12

Den Widerspruch der Klägerin gegen den Bescheid vom 02.11.2020 wies die Regierung von Oberbayern als Widerspruchsbehörde mit Widerspruchsbescheid vom 12.10.2022 als unbegründet zurück. Gesundheitsbezogene Aufwendungen, die von §§ 47 ff. SGB XII bzw. einer Krankenversicherung nicht abgedeckt würden, könnten nicht im Rahmen des § 73 SGB XII übernommen werden. Dies gelte auch für nicht verschreibungspflichtige Medikamente. Die Hilfen nach dem Fünften Kapitel des SGB XII entsprächen den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Leistungsausschlüsse oder -einschränkungen der gesetzlichen Krankenversicherung gälten daher entsprechend für den Sozialhilfeanspruch. Schließlich habe die Klägerin auch keinen Anspruch auf eine abweichende Festsetzung des Regelbedarfs nach § 27a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGB XII. Es fehle an der Unabweisbarkeit des Bedarfs, wie das Gutachten des MDK vom 30.11.2018 belege.

13

Dagegen hat die Klägerin am 09.11.2022 Klage zum SG erhoben. Die Beklagte müsse die Therapiekosten für eine seltene Erkrankung übernehmen, wenn die gesetzliche Krankenversicherung die Kosten nicht übernehme und der Betroffene sich im Leistungsbezug befinde.

14

Das SG hat die auf die Aufhebung des Bescheids vom 02.11.2020 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 12.10.2022, die Abänderung der Bescheide vom 03.03.2020, 05.06.2020, 22.09.2020, 03.12.2020, 17.12.2020, 11.01.2021 und 31.03.2021 und die Gewährung von weiteren Leistungen in Höhe von 200,00 € monatlich gerichtete Klage mit Gerichtsbescheid vom 19.07.2023 abgewiesen. Ein Anspruch ergebe sich nicht aus § 19 Abs. 3 SGB XII in Verbindung mit §§ 47 ff. SGB XII. Denn die dort vorgesehenen Hilfen zur Gesundheit entsprächen den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Dies bedeute, dass für die Hilfeempfänger nach dem SGB XII ein Leistungsniveau gewährleistet werde, welches dem des Referenzsystems des SGB V entspreche, nicht aber darüber hinausgehe. Die Klägerin habe auch keinen Anspruch auf eine Änderung des Bewilligungsbescheids vom 03.03.2020 einschließlich der für den dort geregelten Leistungszeitraum ergangenen Folgebescheide und die Gewährung von höheren Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt. Eine abweichende Festsetzung des Regelbedarfs im Einzelfall gemäß § 27a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGB XII könnte zwar beispielsweise auch wegen erheblicher Belastungen durch nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel oder erhebliche Fahrkosten zu medizinischen Behandlungen gerechtfertigt sein. Erforderlich sei in solchen Fällen jedoch das Vorliegen aussagekräftiger ärztlicher Unterlagen über die Notwendigkeit, wobei maßgebend insoweit grundsätzlich die Erkenntnisse der wissenschaftlich anerkannten, evidenzbasierten sog. „Schulmedizin“ seien. Nach den überzeugenden Ausführungen des sozialmedizinischen Kurzgutachtens des MDK gebe es nach dem derzeitigen Erkenntnisstand der medizinischen Wissenschaft keine (schul-)medizinischwissenschaftlichen Erkenntnisse, aus denen abgeleitet werden könnte, dass der von der Klägerin gewünschte alternativmedizinische Therapieversuch eine nicht ganz fernliegende Aussicht auf Heilung oder wenigstens auf eine spürbare positive Auswirkung auf den Krankheitsverlauf verspreche. Im Übrigen gelte der Rechtsgedanke des § 52 Abs. 1 Satz 1 SGB XII, wonach die Hilfen nach dem Sechsten Kapitel des SGB XII den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung entsprächen, auch für die Hilfe zum Lebensunterhalt. Ein Leistungsanspruch könne auch nicht aus § 73 SGB XII hergeleitet werden. Kennzeichen einer „sonstigen Lebenslage“ im Sinne des § 73 Satz 1 SGB XII sei es, dass für die jeweilige Bedarfssituation nicht bereits andere Anspruchsgrundlagen des SGB XII einschlägig seien, mithin dass die konkrete Bedarfslage nach dem Regelungskonzept des SGB XII keinem anderen Leistungsbereich zuzuordnen sei.

Die vorliegend bestehende Bedarfslage sei jedoch grundsätzlich den Bereichen Hilfe zum Lebensunterhalt oder Hilfen zur Gesundheit zuzuordnen.

15

Hiergegen hat die Klägerin Berufung beim Bayer. Landessozialgericht (LSG) eingelegt. Ihre Erkrankung CFS/MCS werde von der gesetzlichen Krankenversicherung als „seltene Erkrankung“ eingestuft. Daher sei die Beigeladene nicht verpflichtet, die Behandlungskosten zu tragen. Die Erkrankung sei seit einigen Jahrzehnten offiziell bekannt und anerkannt. Es stünden wirkungsvolle Behandlungsmethoden zur Verfügung, welche die Kassen jedoch nicht tragen müssten. Zur weiteren Begründung verweist die Klägerin auf ein Urteil des Sozialgerichts Lüneburg vom 23.04.2009 (S 30 AS 398/05), aus welchem sich ergebe, dass in Fällen, in denen die gesetzliche Krankenversicherung die Therapiekosten für seltene Erkrankungen nicht übernehme, der Sozialleistungsträger die Behandlungskosten tragen müsse. Sie habe keine Mittel, um sich so zu ernähren, wie es ihr in der Spezialklinik R empfohlen worden sei, obwohl sie dies gerne tun würde. Deshalb könne sie auch keine Belege über ihre Kosten zusenden.

16

Im Berufungsverfahren hat die Klägerin einen weiteren Befundbericht ihres Facharztes B vom 25.04.2023 vorgelegt und ihren Krankheitsverlauf ausführlich geschildert. Ihre Erkrankung sei bereits im Alter von etwa drei Monaten angelegt gewesen, als sie nicht abgekochte, frisch gemolkene Kuhmilch bekommen habe. 1990 seien ihre Amalgamfüllungen durch neue ersetzt worden, woraufhin weitere Symptome hinzugekommen seien. Sie habe für fünf Jahre in einem Dentallabor gearbeitet, wo sie ohne Schutzkleidung Chemikalien ausgesetzt gewesen sei. 1998 habe sie sich im Urlaub auf Fuerteventura mit einem Darmkeim infiziert. Von verschiedenen Ärzten habe sie keine Diagnosen bekommen bzw. sei falsch behandelt worden. 2013 sei ein vollständiger körperlicher Zusammenbruch erfolgt. Auf Nachfrage des Gerichts hat sie weiterhin mitgeteilt, dass derzeit keine spezielle Therapie stattfinde, da die Mittel dafür sowohl von der Beigeladenen als auch von der Beklagten verwehrt würden. Sie versuche, sich irgendwie zu helfen, indem sie verschiedenste Nahrungsergänzungsmittel aus der Drogerie nehme. Von ihrer Schwester werde sie seit 2013 mit kostspieligeren Mitteln versorgt. Die Kosten, die ihrer Schwester bislang entstanden seien, lägen bei ca. 4.000,00 €. Herr B habe die monatlichen Kosten auf mindestens 500,00 € beziffert. Leider habe sie sich mit der Praxis überworfen, so dass sie sich eine neue Praxis suchen müsse, sollte sie die Therapiekosten endlich erhalten. Auch die erforderliche hochwertige Bionahrung habe sie sich nicht leisten können, da ein Mehrbedarf für kostenaufwändige Ernährung bisher abgelehnt worden sei. Gutachter würden ihre Erkrankung nicht kennen und sich deshalb scheuen, den Bedarf zu benennen. Die Fachklinik R gebe über ihren Therapieansatz keine Informationen nach außen. Ihre Kostenschätzung liege bei ca. 300,00 € im Monat. Die Kosten für Nahrungsergänzungsmittel könnten u.U. ganz entfallen, wenn sie die Therapiekosten für eine ärztliche Behandlung bekommen könnte.

17

Die Klägerin hat außerdem eine Auflistung der von ihr eingenommenen Nahrungsergänzungsmittel vorgelegt. Ihre Schwester habe für die von ihr bezahlten Nahrungsergänzungsmittel keine Nachweise aufgehoben. Auch sie selbst habe in den letzten zehn Jahren nicht genau Buch geführt über ihren Bedarf. Beispielhaft hat sie eine Rechnung vom 14.10.2024 an ihre Schwester über 158,54 € für drei Wirkstoffe vorgelegt.

18

Am 18.02.2025 hat ein Termin zur Erörterung der Sach- und Rechtslage mit den Beteiligten stattgefunden. In der Folge hat das Gericht zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts nochmals Befundberichte der Praxis B, der Spezialklinik N und beim Hausarzt R1 angefordert. Der Facharzt B bejaht aufgrund der schweren Nahrungsmittelunverträglichkeiten eine spezielle Ernährung basierend auf hochwertigen tierischen und pflanzlichen Proteinen, glutenfreien Kohlehydraten und verträglichen Fetten. R1 nennt als Diätform Lebensmittel ohne Konservierungsstoffe, die nicht mit Chemikalien vorbehandelt sind, und frische Nahrung in Bioqualität.

19

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts München vom 19.07.2023 sowie den Bescheid der Beklagten vom 02.11.2020 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 12.10.2022 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr unter Abänderung des Bewilligungsbescheids vom 03.03.2020 in der Fassung der

Änderungsbescheide vom 05.06.2020, 22.09.2020, 03.12.2020, 17.12.2020, 11.01.2021 und 31.03.2021 für die Zeit vom 01.04.2020 bis zum 31.03.2021 weitere Leistungen für einen Therapieversuch und kostenaufwändige Ernährung zu gewähren.

20

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

21

Sie hält die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend und weist insbesondere darauf hin, dass streitgegenständlich allein der Zeitraum von April 2020 bis März 2021 sei, für welchen die Klägerin keine tatsächlichen Mehraufwendungen nachweisen könne.

22

Die Beigeladene hat eine weitere sozialmedizinische Stellungnahme des I vom 16.09.2025 vorgelegt, u.a. zur Frage, wie eine Behandlung der bei der Klägerin diagnostizierten Gesundheitsstörungen durch Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sichergestellt werden könnte. Zur Behandlung des Chronischen Fatigue-Syndroms werde danach aus medizinischer Sicht Energiemanagement, kognitive Verhaltenstherapie mit psychologischer Unterstützung, Schlafhygiene, symptomatische Schmerztherapie, Ergotherapie und Gewichtsabnahme bei Adipositas empfohlen. Zur Behandlung der Multiple-Chemical-Sensitivity werde Expositionsvermeidung, ambulante Psychotherapie als kognitive Verhaltenstherapie, Stressbewältigung, Hautpflege und eventuell Ernährungsumstellung empfohlen.

23

Zur Ergänzung des Tatbestands wird auf die vorgelegten Behördenakten sowie die Gerichtsakten beider Instanzen einschließlich der beigezogenen Gerichtsakten der Verfahren S 48 SO 567/18, S 41 AS 2168/18 und Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

24

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist auch im Übrigen zulässig (§§ 143, 144, 151 des Sozialgerichtsgesetzes – SGG), aber nicht begründet. Das SG hat die Gewährung weiterer Leistungen zu Recht abgelehnt.

25

Gegenstand des Berufungsverfahrens ist lediglich der Bescheid vom 02.11.2020 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 12.10.2022, mit welchem die Beklagte den zukunftsffenen Antrag der Klägerin vom 22.08.2020 wegen der Gewährung von zusätzlichen Leistungen für Nahrungsergänzungsmittel und eine alternativmedizinische Behandlung abgelehnt hat. Nach Maßgabe des Verfügungssatzes hat die Beklagte damit eine Abänderung ihres bestandskräftigen Bewilligungsbescheids vom 03.03.2020 in der Fassung der Änderungsbescheide vom 05.06.2020 und 22.09.2020, mithin eine Änderung der für die Zeit vom 01.04.2020 bis zum 31.03.2021 bewilligten Leistungen zugunsten der Klägerin abgelehnt. Der Ablehnungsbescheid ändert weder den zugrunde liegenden Leistungsbescheid noch ersetzt er ihn (vgl. BSG vom 17.12.2024 – B 7 AS 17/23 R – juris Rn. 20). Nicht Gegenstand des Verfahrens ist daher die Leistungsbewilligung ab 01.04.2021 geworden. Anhaltspunkte dafür, dass der angefochtene Bescheid vom 02.11.2020 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12.10.2022 dauerhafte Geltung über den genannten Bewilligungszeitraum hinaus beansprucht, liegen nicht vor. Der Senat hält insoweit an seiner ständigen Rechtsprechung fest (Urteil vom 22.09.2015 – L 8 SO 149/12 – juris Rn. 29; Urteil vom 20.08.2014 – L 8 SO 47/14 – juris Rn. 16).

26

Die statthafte kombinierte Anfechtungs-, Verpflichtungs- und Leistungsklage (§ 54 Abs. 1 und Abs. 4, § 56 SGG) ist zulässigerweise darauf gerichtet, den Ablehnungsbescheid vom 02.11.2020 zu beseitigen und die Beklagte zu verpflichten, ihre Leistungsbewilligung abzuändern, sowie die Beklagte zur Gewährung höherer Leistungen zu verurteilen. Nach dem im sozialgerichtlichen Verfahren geltenden Grundsatz der Meistbegünstigung muss davon ausgegangen werden, dass die Klägerin einen „Mehrbedarf“ für die Vergangenheit unabhängig von der jeweiligen Anspruchsgrundlage geltend macht. Weiterhin ist streitgegenständlich vorliegend allein die Höhe des Regelbedarfs und ein etwaiger Mehrbedarf, nicht auch

die Höhe der Kosten der Unterkunft und Heizung, bei denen es sich um einen abtrennbaren Streitgegenstand handelt (vgl. BSG vom 14.04.2011 – B 8 SO 18/09 R – juris Rn. 10). Nur darüber hat auch das SG im erstinstanzlichen Verfahren entschieden.

27

Die Klage ist mit dem im Gerichtsbescheid aufgenommenen und mit der Berufung weiterverfolgten Antrag zulässig. Sie ist jedoch nicht begründet, weil die Klägerin unter keinem rechtlichen Gesichtspunkt einen Anspruch auf höhere Leistungen nach dem SGB XII hat.

28

Die Klägerin, die im streitigen Zeitraum eine Rente wegen voller Erwerbsminderung – jedoch nicht auf Dauer – bezog, erfüllt auch die übrigen Voraussetzungen der § 19 Abs. 1, § 27 SGB XII für den Bezug von Leistungen nach dem Dritten Kapitel des SGB XII. Weder hatte sie im streitigen Zeitraum die Altersgrenze des § 41 Abs. 2 SGB XII erreicht, noch hat der Rentenversicherungsträger die volle Erwerbsminderung auf Dauer festgestellt. Ihr um die Versicherungsbeiträge bereinigtes Renteneinkommen reicht nicht aus, um den sozialhilferechtlich anzuerkennenden Bedarf vollständig zu decken.

29

Der Bedarf der Klägerin errechnet sich im streitigen Zeitraum aus dem Regelbedarf für eine Alleinstehende zuzüglich dem Aufstockungsbetrag der Beklagten (monatlich 21,00 € bis 31.12.2020 bzw. 22,00 € ab 01.01.2021) und den Aufwendungen für die Unterkunft in tatsächlicher Höhe zuzüglich eines Mehrbedarfs gemäß § 30 Abs. 7 SGB XII für die dezentrale Bereitstellung von Warmwasser. Ein darüber hinausgehender, weiterer Bedarf der Klägerin besteht nicht, weder wegen der Berücksichtigung eines ernährungsbedingten Mehrbedarfs (dazu 1.) noch aufgrund von Mehraufwendungen für einen alternativmedizinischen Behandlungsansatz (dazu 2.).

30

1. Die Klägerin hatte im streitigen Zeitraum keinen Anspruch auf einen Ernährungsmehrbedarf gemäß § 30 Abs. 5 SGB XII für die von ihr gewünschte laktose-, fruktose- und glutenfreie Ernährung von höchster Bioqualität. Ihr Bedarf weicht nicht aus medizinischen Gründen von den allgemeinen Ernährungsempfehlungen ab.

31

Nach § 30 Abs. 5 SGB XII in der bis 31.12.2020 geltenden Fassung des Gesetzes zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch vom 27.12.2003 (BGBl. I, 3022) wird für Kranke, Genesende, behinderte Menschen oder von einer Krankheit oder von einer Behinderung bedrohte Menschen, die einer kostenaufwändigen Ernährung bedürfen, ein Mehrbedarf in angemessener Höhe anerkannt. Durch das Gesetz zur Ermittlung der Regelbedarfe und zur Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch vom 09.12.2020 (BGBl. I, 2855) wurde § 30 Abs. 5 SGB XII mit Wirkung zum 01.01.2021 neu gefasst: Nunmehr wird für Leistungsberechtigte ein Mehrbedarf anerkannt, wenn deren Ernährungsbedarf aus medizinischen Gründen von allgemeinen Ernährungsempfehlungen abweicht und die Aufwendungen für die Ernährung deshalb unausweichlich und in mehr als geringem Umfang oberhalb eines durchschnittlichen Bedarfs für Ernährung liegen (ernährungsbedingter Mehrbedarf). Dies gilt entsprechend für aus medizinischen Gründen erforderliche Aufwendungen für Produkte zur erhöhten Versorgung des Stoffwechsels mit bestimmten Nähr- oder Wirkstoffen, soweit hierfür keine vorrangigen Ansprüche bestehen. In § 30 Abs. 5 Satz 3 und 4 SGB XII ist nun ausdrücklich geregelt, dass die Feststellung und Bemessung des Mehrbedarfs auf der Grundlage aktueller medizinischer und ernährungswissenschaftlicher Erkenntnisse zu erfolgen hat und im Regelfall durchschnittliche Mehraufwendungen für die Bemessung des konkreten Mehrbedarfs zu Grunde zu legen sind. Dies bedeutet keine Neuerung, sondern eine Bestätigung der bisherigen Rechtspraxis. Voraussetzung für eine Anerkennung des Mehrbedarfs nach § 30 Abs. 5 SGB XII ist also grundsätzlich ein entsprechendes ärztliches Attest bzw. eine amtsärztliche Untersuchung (Falterbaum in Hauck/Noftz, SGB XII, Stand November 2024, § 30 Rn. 24).

32

Für einen Anspruch unschädlich ist, dass die Klägerin einen besonderen Bedarf mangels einsetzbarer Mittel in der Vergangenheit tatsächlich nicht vollständig gedeckt hat. Zwar wird der Ernährungsmehrbedarf vom Gesetzgeber nicht typisierend unterstellt, sondern ist ausgehend von einem tatsächlich vorhandenen und festzustellenden Bedarf zu decken. Im Rahmen des Zugunstenverfahrens nach § 44 SGB X kommt deshalb eine rückwirkende Gewährung des Zuschlags allenfalls dann in Betracht, wenn dargelegt werden kann,

dass entsprechende Aufwendungen für die Deckung des Mehrbedarfs tatsächlich in der Vergangenheit getätigt wurden. Die leistungsberechtigte Person muss jedenfalls selbst Kenntnis von einem Bedarf für kostenaufwendige Ernährung gehabt haben. Es stehen sich hier einerseits das Gebot effektiven Rechtsschutzes (Art. 19 Grundgesetz – GG) und andererseits der (teilweise) Wegfall des Bedarfs durch Zeitablauf gegenüber. Letzteres würde zwar für einen (nachträglichen) Wegfall des Anspruchs auf Mehrbedarfszuschlag sprechen; das Gebot effektiven Rechtsschutzes verlangt aber, einen Zuschlag zumindest dann auch nachträglich zuzusprechen, wenn vorgetragen wird, dass im Rahmen der zur Verfügung stehenden Mittel versucht wurde, die Ernährung an die krankheitsbedingten Erfordernisse anzupassen (Simon in jurisPK-SGB XII, Stand 01.05.2024, § 30 Rn. 140). Vorliegend hat sich die Klägerin im Rahmen ihrer Möglichkeiten und mit Unterstützung ihrer Schwester im streitigen Zeitraum die von ihr als notwendig empfundenen Nahrungs- und Nahrungsergänzungsmittel teilweise beschafft, auch wenn sie die genaue Höhe ihrer Ausgaben nicht nachweisen kann und diese auch nicht mehr feststellbar ist.

33

Es fehlt jedoch die Darlegung eines Zusammenhangs zwischen den medizinischen Gründen und den Mehraufwendungen. Zwar geben vorliegend sowohl der Hausarzt als auch der Facharzt in ihren Befundberichten an, dass aufgrund schwerer Nahrungsmittelunverträglichkeiten eine spezielle Ernährung erforderlich sei, basierend auf hochwertigen tierischen und pflanzlichen Proteinen, glutenfreien Kohlehydraten und verträglichen Fetten ohne Vorbehandlung mit Chemikalien und Konservierungsstoffen. Es sind jedoch weder die genannten Nahrungsmittelunverträglichkeiten medizinisch belegt, noch ein Zusammenhang zwischen den nach den Befundberichten diagnostizierten Gesundheitsstörungen und der empfohlenen Kostform. Der Ernährungsbedarf der Klägerin weicht daher zur Überzeugung des Senats nicht aus medizinischen Gründen von den allgemeinen Ernährungsempfehlungen ab. Nach dem im Verfahren S 41 AS 2168/18 erstellten Gutachten der L vom 04.12.2019 ist eine Zöliakie weitestgehend ausgeschlossen. Auch andere Lebensmittelallergien oder -unverträglichkeiten lassen sich anhand der vorgelegten Unterlagen nicht nachweisen. Es gibt keine objektivierbaren Befunde, die eine gestörte Nahrungsaufnahme oder Nährstoffverwertung begründeten. Hinzu kommt, dass für die Klägerin im streitigen Zeitraum eine Gewichtsreduktion empfohlen war. Die dafür erforderliche, reduzierte Vollkost ist vom Regelsatz umfasst und verursacht keine zu berücksichtigenden Mehrkosten.

34

Gleiches gilt für den von der Klägerin geltend gemachten Mehrbedarf für die Beschaffung von Nahrungsergänzungsmitteln. Diese sind zwar in der Neufassung des § 30 Abs. 5 Satz 2 SGB XII seit 01.01.2021 ausdrücklich erwähnt. Auch hier müssen jedoch medizinische Gründe für den Sonderbedarf vorliegen, die gemäß § 30 Abs. 5 Satz 3 und Satz 4 SGB XII auf der Grundlage aktueller medizinischer und ernährungswissenschaftlicher Erkenntnisse zu bestimmen sind. Solche Gründe lassen sich anhand der vorliegenden Unterlagen nicht nachvollziehen. Eine ärztliche Empfehlung für die von der Klägerin eingenommenen Nahrungsergänzungsmittel in der konkreten Zusammensetzung und Dosierung gibt es nicht. Auch in den vom Senat zuletzt eingeholten Befundberichten finden sich keine Hinweise auf die Erforderlichkeit einer ständigen Nahrungsergänzung. Einzig dem vom Facharzt für Allgemeinmedizin B vorgelegten Attest vom 17.09.2020 ist ein individueller Ernährungsplan aus Naturstoffen beigelegt, welcher eine gezielte Einnahme von Nahrungsergänzungsmitteln vorsieht. Die von der Klägerin in der Folge vorgelegten vereinzelt Nachweise zu den beschafften Nahrungsergänzungsmitteln decken sich jedoch nur in Teilen mit diesem Ernährungsplan. Es mag sein, dass die Klägerin aufgrund von Erfahrungswerten zu wissen glaubt, welche Mittel und Stoffe ihr guttun. Um einen Mehrbedarf nach § 30 Abs. 5 SGB XII zu begründen, fehlt es jedoch an einem medizinischen Nachweis.

35

2. Die Klägerin hat auch keinen Anspruch auf die von ihr begehrten Mehraufwendungen für den alternativmedizinischen Therapieversuch. Ein Anspruch folgt weder aus § 48 SGB XII (dazu a.), noch hat die Klägerin Anspruch auf eine abweichende Festsetzung des Regelbedarfs (dazu b.) oder auf Hilfe in sonstigen Lebenslagen (dazu c.).

36

a. Nach § 48 Satz 1 SGB XII werden, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern, Leistungen zur Krankenbehandlung entsprechend dem Dritten Kapitel Fünfter Abschnitt Erster Titel des SGB V erbracht, wobei die Hilfen nach dem SGB XII den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechen (§ 52 Abs. 1 Satz 1 SGB XII). Die

Ablehnung des alternativmedizinischen Therapieversuchs zur Stabilisierung des Immunsystems durch die Beigeladene ist durch rechtskräftigen Gerichtsbescheid des SG vom 09.07.2020 bestätigt worden. Der Senat schließt sich nach eigener Prüfung der Entscheidung der 39. Kammer des SG im Verfahren an, dass ein Anspruch gegen die Beigeladene nicht besteht. Daher scheiden auch Leistungen nach dem Fünften Kapitel des SGB XII aus.

37

b. Für eine abweichende Festsetzung des Regelsatzes nach § 27a Abs. 4 Satz 1 SGB XII bietet der Sachverhalt ebenfalls keine Anhaltspunkte. Danach wird im Einzelfall der Regelsatz gemäß § 27a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGB XII abweichend von der maßgebenden Regelbedarfsstufe festgesetzt, wenn ein durch die Regelbedarfe abgedeckter Bedarf nicht nur einmalig, sondern für eine Dauer von voraussichtlich mehr als einem Monat unausweichlich in mehr als geringem Umfang oberhalb durchschnittlicher Bedarfe liegt, wie sie sich nach den bei der Ermittlung der Regelbedarfe zugrundeliegenden durchschnittlichen Verbrauchsausgaben ergeben, und die dadurch bedingten Mehraufwendungen begründbar nicht anderweitig ausgeglichen werden können.

38

Vorliegend fehlt es an der Unausweichlichkeit der von der Klägerin geltend gemachten krankheitsbedingten Ausgaben. Ein Bedarf ist dann unausweichlich i.S. des § 27a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGB XII, wenn es dem Leistungsberechtigten auch mit besonderer Anstrengung nicht möglich ist, seinen Bedarf auf einen durchschnittlichen, vom Regelsatz umfassten Umfang zu reduzieren. Ob die Besonderheit des Einzelfalls eine abweichende Regelbedarfsfestsetzung zugunsten des Leistungsberechtigten zulässt, hängt letztlich davon ab, ob eine Gesamtbetrachtung – Kompensationsüberlegungen einschließend – zu dem Ergebnis nötigt, dass die die Unausweichlichkeit ausmachenden Umstände wesentlichen Einfluss haben (vgl. Wrackmeyer-Schoene in Grube/Wahrendorf/Flint, SGB XII, 8. Aufl., § 27a Rn. 55). Bei Kosten einer Krankenbehandlung ist dabei zur berücksichtigen, dass diese bei gesetzlich krankenversicherten Leistungsberechtigten entweder durch das System der gesetzlichen Krankenversicherung oder (ergänzend) durch die Regelleistung abgedeckt sind, respektive im Umfang der gesetzlichen Krankenversicherung ein Anspruch auf Leistungen nach dem Fünften Kapitel des SGB XII besteht.

39

Wie oben dargestellt, besteht ein Anspruch nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung vorliegend gerade nicht. Der behandelnde Arzt B bezeichnet die beabsichtigte Behandlung gegenüber der Beigeladenen als „alternativmedizinisch im Rahmen eines außergewöhnlichen Therapieversuchs“, welcher sich in fünf Behandlungsteile unterteilt: Stabilisierung des Immunsystems, Entgiftung, Darmsanierung, Substitution von Mikronährstoffen und Ausleitung von Schwermetallen. Dazu werden zum einen nicht rezeptpflichtige Nahrungsergänzungsmittel, zum anderen rezeptpflichtige Arzneimittel außerhalb der arzneimittelrechtlichen Zulassung, also „offlabel“, eingesetzt. Naturgemäß fehlen wissenschaftliche Erkenntnisse dafür, dass diese Behandlungsmethode zu einer Verbesserung der Gesundheitssituation der Klägerin führen kann. Demgegenüber nennt die Beigeladene in ihrer sozialmedizinischen gutachterlichen Stellungnahme vom 16.09.2025 Behandlungsmethoden, deren Kosten von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden können. Es besteht somit für die Klägerin eine Alternative zu den begehrten Behandlungskosten.

40

c. Ein Anspruch der Klägerin folgt auch nicht aus § 73 SGB XII. Danach können Leistungen auch in sonstigen Lebenslagen erbracht werden, wenn sie den Einsatz öffentlicher Mittel rechtfertigen. Die Kostenübernahme bei nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten für Leistungsberechtigte nach dem SGB XII, die an chronischen Erkrankungen leiden, sowie für zusätzliche, über die Leistungen des SGB V hinausgehende Leistungen ist kein Anwendungsfall des § 73 Satz 1 SGB XII. Insoweit sieht das SGB V als abschließende Regelung einen Ausschluss vor, der auch von den §§ 47 ff. SGB XII nachvollzogen wird. Durch das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung vom 14.11.2003 (GKV-Modernisierungsgesetz, BGBl. I S. 219) wurden apothekenpflichtige, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung seit dem 01.01.2004 ausgeschlossen (zur Begründung: BT-Drucks. 15/1525 S. 86 f). Hierdurch ist eine Gleichstellung von gesetzlich krankenversicherten Hilfeempfängern mit Versicherten ohne Sozialhilfebezug erfolgt. Dies hat zur Folge, dass nichtverordnungsfähige Arzneimittel regelmäßig aus dem allgemeinen Regelsatz bestritten werden müssen (vgl. Urteil des Senats vom 08.05.2025 – L 8 SO 273/24). Hat der Gesetzgeber damit

bestimmte Bedarfe von der Befriedigung unter Einsatz staatlicher Mittel ausgeschlossen, bleibt für § 73 Satz 1 SGB XII kein Raum mehr.

41

3. Die Berufung hat nach alledem keinen Erfolg und ist daher zurückzuweisen.

42

Die Kostenentscheidung folgt aus den §§ 183, 193 SGG.

43

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