
Datum: 02.12.2022
Gericht: Sozialgericht Köln
Spruchkörper: 11. Kammer
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: S 11 AS 414/21
ECLI: ECLI:DE:SGK:2022:1202.S11AS414.21.00

Nachinstanz: Landessozialgericht NRW, L 12 AS 116/23
Rechtskraft: nicht rechtskräftig

Tenor:

Die Klage wird abgewiesen.

Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand: 1

Die Klägerin begehrt die Erstattung der Kosten für den Ersatz von Brillengläsern. 2

Die am 00.00.1974 geborene Klägerin lebt in A. Mit Bescheid vom 11.05.2020 bewilligte der 3
Beklagte der Klägerin Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Zweites Buch –
Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II) für den Zeitraum vom 01.04.2020 bis
30.09.2020.

Mit E-Mail vom 11.09.2020 beantragte sie die Übernahme von Kosten für eine 4
Brillenreparatur. Zur Begründung gab sie an, sie sei am 21.08.2020 im Hinterhof ihres
Hauses gestolpert und schwer auf dem Vorderkopf gefallen. Dabei habe sie ein
Schleudertrauma und Prellungen erlitten. Ihre Brillengläser seien durch den Unfall beschädigt
worden. Sie bitte um Kostenübernahme für die Anschaffung neuer Gläser. Ihre Unfall- und
Hausratversicherung zahle nicht. Sie verfüge über keine Brillenversicherung. Sie sei
kurzsichtig, kombiniert mit Altersweitsichtigkeit. Sie habe ihre Brille erst seit Dezember des
Vorjahres. Das Gestell habe gerichtet und zurechtgebogen werden können. Die Gläser seien
stark zerkratzt. Es sei sehr anstrengend, dadurch zu sehen. Sie habe anlässlich einer
Familienfeier in ihrer Heimatstadt versucht, kostenfrei an Lagergläser zu kommen. Dies sei
nicht gelungen. Ihre Werte seien nicht gängig genug dafür. Zur weiteren Begründung

übersandte sie einen Kostenvoranschlag des Optikers V. vom 25.08.2020, wonach der Gesamtpreis der Gläser sich auf 780,00 EUR (390,00 EUR je Glas) belief. Bei der Klägerin seien folgende Dioptrienwerte zu berücksichtigen: Glas rechts: -7,25, -0,75, +1,5 und Glas links: -5,50, -0,75, +1,5.

Mit Bescheid vom 15.09.2020 lehnte der Beklagte den Antrag auf Übernahme einer Gleitsichtbrille ab. Der Regelbedarf zur Sicherung des Lebensunterhaltes umfasse insbesondere Ernährung, Kleidung, Körperpflege, Hausrat, Haushaltsenergie ohne die auf Heizung entfallenden Anteile sowie Bedarfe des täglichen Lebens. Die Zahlung des Regelbedarfs erfolge pauschaliert nach den festgesetzten Regelsätzen. Könne im Einzelfall ein von dem genannten Regelbedarf umfasster und nach den Umständen unabweisbarer Bedarf zur Sicherung des Lebensunterhaltes nicht gedeckt werden, könne dem Leistungsberechtigten bei entsprechendem Nachweis der Bedarf als Sach- oder Geldleistung in Form eines entsprechenden Darlehens gewährt werden (§ 24 SGB II). Die von der Klägerin beantragte Sonderleistung sei durch den gewährten Regelbedarf abgedeckt und stelle nach den vorliegenden Unterlagen keinen unabweisbaren Bedarf zur Sicherung des Lebensunterhaltes dar, so dass eine Kostenübernahme nicht möglich sei. 5

Hiergegen erhob die Klägerin am 13.10.2020 Widerspruch. Zur Begründung gab sie an, die Kosten für die Brillenreparatur seien nicht im Regelbedarf enthalten. Deswegen habe sie Anspruch auf einen einmaligen Zuschuss nach § 24 Abs. 3 Satz 1 Nr. 3 SGB II. Sie verweise auf die Urteile des Bundessozialgerichts (BSG) vom 18.07.2019 (B 8 SO 13/18 R) und 25.10.2017 (B 14 AS 4/17 R). 6

Mit Widerspruchsbescheid vom 14.01.2021 wies der Beklagte den Widerspruch der Klägerin als unbegründet zurück. Zur Begründung gab er an, bei der Anspruchsprüfung sei zu unterscheiden, ob der Antrag auf die Anschaffung einer (neuen) Brille oder die Reparatur einer bereits vorhandenen Brille gerichtet sei. Es werde auf das Urteil des Landessozialgerichts (LSG) Nordrhein-Westfalen (L 7 AS 269/14) verwiesen. Es handele sich nicht um eine Reparatur der Brille, sondern um eine Neuanschaffung. Brillen stellten typische langlebige Gebrauchsgüter dar, deren Anschaffungskosten vom Regelbedarf umfasst seien. Deswegen bestehe kein Anspruch nach § 24 Abs. 3 SGB II. 7

Hiergegen hat die Klägerin am 04.02.2021 Klage bei dem Sozialgericht erhoben. 8

Die Klägerin trägt vor, sie habe Anspruch auf Übernahme der Kosten für die beiden Brillengläser. Anspruchsgrundlage sei § 24 Abs. 3 Satz 1 Nr. 3 SGB II. Nach § 24 Abs. 3 Satz 1 Nr. 3 SGB II seien vom Regelbedarf nicht umfasst die Bedarfe für die Anschaffung und Reparaturen von orthopädischen Schuhen, Reparaturen von therapeutischen Geräten und Ausrüstungen sowie die Miete von therapeutischen Geräten. Bei der Brille handele es sich um ein therapeutisches Gerät. Der geltend gemachte Sonderbedarf sei als Reparaturbedarf im Sinne des § 24 Abs. 3 Satz 1 Nr. 3 SGB II zu sehen. Entgegen der Auffassung des Beklagten sei nicht darauf abzustellen, ob bei einer Beschädigung der Brille ein oder zwei Gläser auszutauschen seien. Es liege eine Konstellation vor, in der ein Austausch der Brillengläser nicht aufgrund einer medizinischen Indikation erfolgt sei. Der Sturz habe zur Beschädigung der erst vor Kurzem angeschafften Gläser geführt. Ein Anspruch gegen die Krankenkasse sei wegen der geringen Dioptrienwerte nicht gegeben. Sie habe die Brille bereits angezahlt. Auf die Rechnung vom 20.11.2020 habe sie 650,00 EUR gezahlt. Die Zahlung habe sie von vorhandenen Ersparnissen erbracht. Sie hätte gegenüber der Krankenkasse einen Anspruch von ca. 41,00 EUR gehabt. Hierzu hätte sie einen Termin beim Augenarzt abwarten müssen mit einer Vorlaufzeit von drei Monaten. Es hätten ihr eine begrenzte Anzahl von Optikern zur Verfügung gestanden, die mit ihrer Krankenkasse 9

kooperierten. Hierzu gehöre der Optiker, bei dem sie 2019 ihre Brille erworben habe, nicht. Es wäre zu erwarten gewesen, dass sich die Suche nach einem Optiker, der die Haftung für das beschädigte Modell übernehme, als schwierig erwiesen hätte. Die Krankenkasse habe keine Kosten übernommen. Das LSG Hessen habe mit Urteil vom 01.12.2021 (L 6 AS 359/19) die Übernahme des Differenzbetrages durch den Träger der Grundsicherung für möglich erachtet. Es führe darin aus, dass aufgrund der unübersichtlichen Rechtslage nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) eine Verweisung auf Durchsetzung eines aufgrund verfassungskonformer Auslegung bestehenden Anspruchs unzumutbar sei. Zur weiteren Begründung überreichte sie ein Attest der Allgemeinmedizinerin K. vom 17.05.2021 und einen Bescheid der F. vom 19.05.2021 sowie ein Schreiben bezüglich einer Kostenerstattung vom 22.01.2020.

Die Klägerin beantragt,

10

den Beklagten unter Aufhebung des Bescheides vom 15.09.2020 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14.01.2021 zu verurteilen, ihr die Kosten für den Austausch von zwei Brillengläsern in Höhe von 780,00 EUR zu erstatten.

11

Der Beklagte beantragt,

12

die Klage abzuweisen.

13

Der Beklagte trägt vor, eine Brille bestehe hauptsächlich aus ihren Brillengläsern. Sofern beide Gläser ausgetauscht werden müssten, könne es sich um keine Reparatur handeln, da ohne die Brillengläser die Funktion der Brille nicht gewährleistet sei. Mit dem Widerspruchsbescheid habe der Beklagte die Klägerin darauf hingewiesen, dass eine Bezuschussung durch die Krankenkasse erfolgen könne. Mit dem Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz sei der Anspruch auf Sehhilfen wieder erweitert worden. Hiernach bestehe ein Anspruch auf Sehhilfen für einen verordneten Fern-Korrekturausgleich für einen Refraktionsfehler von mehr als sechs Dioptrien bei Myopie oder Hyperopie bzw. mehr als vier Dioptrien bei Astigmatismus (Stabsichtigkeit bzw. Hornhautverkrümmung). Es könne ein entsprechender Anspruch gemäß § 33 Abs. 2 Satz 2 SGB V bestehen. Eine Geltendmachung gegenüber der Krankenkasse habe die Klägerin nicht nachgewiesen. Die Klägerin habe so hohe Werte, wie es die Voraussetzungen der Krankenkasse vorsehen. Die Nichteinhaltung des Prozederes könne nicht zu Lasten des Beklagten gehen. Der geltend gemachte Sonderbedarf entfalle dadurch, dass die Klägerin Hilfe von Dritten beanspruchen könne. Er verweise auf den Beschluss des LSG Nordrhein-Westfalen vom 22.11.2019 (L 7 AS 1649/19 B). Die Klägerin habe eine vorrangige Leistungsverpflichtung der Krankenkasse nicht in Anspruch genommen.

14

Das Sozialgericht hat eine schriftliche Stellungnahme des Inhabers der Firma J., Y. H., vom 25.05.2021 eingeholt. Dieser gab an, die Klägerin habe die Brille am 13.11.2020 in Auftrag gegeben und einen Teilbetrag von 650,00 EUR gezahlt. Die vorherigen Brillengläser seien nicht mehr funktionsfähig gewesen. Es handele sich um die gleiche Brillenglasqualität wie vorher. Mit den Brillenglasstärken sei ein Standardgleitsichtglas nicht lieferbar (bei seinem Glaslieferanten X.). Das Gewicht von Standardgleitsichtgläsern sei zu hoch, als dass man diese über längere Zeit auf der Nase tragen könne.

15

Das gewählte Glas (Top 2, 1,74 (aktuelle Bezeichnung Top 3 1,74) habe einen Herstellerpreis von 493,00 EUR. Die Entsiegelungskosten beliefen sich auf 99,00 EUR. Die Klägerin habe von ihm einen Sonderpreis erhalten.

16

17

Es hat dann eine schriftliche Stellungnahme der F. vom 24.04.2021 eingeholt, wonach die Klägerin erstmalig am 17.05.2021 einen Antrag auf Kostenerstattung gestellt habe. Die Klägerin sei darauf hingewiesen worden, dass eine nachträgliche Erstattung von selbstbeschafften Sehhilfen nicht möglich sei (Beschaffungsweg). Sofern die Klägerin die Sehhilfen im Rahmen der Sachleistung erhalten hätte, wäre eine Kostenbeteiligung in Höhe von 256,00 EUR abzüglich der gesetzlichen Zuzahlung in Höhe von 10,00 EUR möglich gewesen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakte und Verwaltungsakte des Beklagten verwiesen, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung und Entscheidung gewesen sind. 18

Entscheidungsgründe: 19

Die zulässige Klage ist unbegründet. 20

Die Klägerin ist durch den Bescheid vom 15.09.2020 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14.01.2021 nicht in ihren Rechten gemäß § 54 Abs. 2 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) beschwert, da diese rechtmäßig sind. 21

Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten für den Ersatz der Brillengläser nach § 24 Abs. 3 Satz 1 Nr. 3 SGB II. Nach § 24 Abs. 3 Satz 1 Nr. 3 SGB II sind vom Regelbedarf nach § 20 SGB II nicht umfasst Bedarfe für 22

1. Erstausstattungen für die Wohnung einschließlich Haushaltsgeräten, 23

2. Erstausstattungen bei Schwangerschaft und Geburt sowie 24

3. Anschaffung und Reparaturen von orthopädischen Schuhen, Reparaturen von therapeutischen Geräten und Ausrüstungen sowie die Miete von therapeutischen Geräten. 25

Diese Leistungen für diese Bedarfe werden nach § 24 Abs. 3 Satz 2 SGB II gesondert erbracht. 26

Grundsätzlich stellt der Austausch der Gläser einer Brille, z.B. wegen veränderter Sehschärfen, nach der Rechtsprechung des 14. Senats des BSG (Urteil vom 25.10.2017, B 14 AS 4/17 R) keine Reparatur dar, sondern eine Neuanschaffung, die aus dem Regelsatz zu bestreiten ist. 27

Nach dem für das SGB XII zuständigen 8. Senat des BSG „ist diese Abgrenzung von Reparatur und Neuanschaffung (...) dahingehend zu präzisieren, dass der Ersatz eines oder beider Gläser dann nicht als Reparatur anzusehen ist, wenn dieser wesentlich ursächlich aus Gründen der Anpassung an eine geänderte Sehstärke medizinisch indiziert ist. Denn dann ist das bloße Zurückversetzen der Brille in einen funktionsfähigen Zustand, also eine Reparatur durch Ersatz der beschädigten Gläser in der früheren Stärke, ein untaugliches Mittel, weil diese Maßnahme objektiv nicht geeignet ist, die Sehbeeinträchtigung auszugleichen (...) (vgl. Blüggel in: jurisPK-SGB XII, 3. Aufl., § 31 SGB XII (Stand: 01.02.2020), Rn. 52 mit Verweis auf BSG, Urteil vom 18.07.2019, B 8 SO 13/18 R). 28

In der Sache stellt der Austausch der Brillengläser der Klägerin im vorliegenden Fall eine Reparatur dar, da die Brille hierdurch lediglich in ihren vorherigen Zustand zurückversetzt worden ist und keine Änderung der Glasstärken durch den Optiker vorgenommen worden ist. Nach Ansicht der Kammer kommt der Rechtsprechung des 8. Senats auch im Bereich der 29

Grundsicherung für Arbeitsuchende Bedeutung zu, da das BSG eine weitergehende Differenzierung zu den Ausführungen des 14. Senats vornimmt und das Vorliegen einer Reparatur mit der im SGB II vertretenen Rechtsprechung für den Fall annimmt, dass die Sehbeeinträchtigung mit dem Austausch der Gläser bei gleichbleibenden Sehstärken korrigiert wird.

Auch bei der Annahme einer Reparatur der Brille im vorliegenden Fall hat die Klägerin keinen Anspruch auf Kostenerstattung. Denn die Klägerin erfüllt die Voraussetzungen einer Hilfsmittelversorgung nach § 33 Abs. 2 Satz Nr. 2 SGB V und hätte bei Beachtung des Beschaffungsweges auch nach Angaben der durch das Sozialgericht angehörten F. einen entsprechenden Anspruch geltend machen können. 30

Nach § 33 Abs. 2 Satz Nr. 2 SGB V besteht für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, der Anspruch auf Sehhilfen, wenn sie einen verordneten Fern-Korrekturausgleich für einen Refraktionsfehler von mehr als 6 Dioptrien bei Myopie oder Hyperopie oder mehr als 4 Dioptrien bei Astigmatismus aufweisen. 31

Diese Voraussetzungen werden im vorliegenden Fall erfüllt. Denn die Fehlsichtigkeit liegt auf dem rechten Augen der Klägerin mit -7,25 Dioptrien bei Myopie über den Wert von 6 Dioptrien und auf dem linken Augen wegen des bestehenden Astigmatismus („Hornhautverkrümmung“) bei einem Wert von -5,50 Dioptrien oberhalb der Grenze von 4 Dioptrien bei Astigmatismus. 32

Das LSG Nordrhein-Westfalen (Beschluss vom 22.11.2019, L 7 AS 1649/19 B, Rnrrn. 13 f.) führt zu der Frage, ob neben einem über den Festbeträgen bestehende Versorgung auch eine Erstattung durch den SGB II-Träger in Betracht kommt, Folgendes aus: 33

„(...) Bei einer - wie hier - medizinischen Indikation und grundsätzlichen Leistungsverpflichtung der Krankenkasse, hat sich der Versicherte an die Krankenkasse zu halten. Die Krankenkassen schulden aber nur Leistungen nach dem Wirtschaftlichkeitsprinzip (§ 12 Abs. 1 SGB V - wirtschaftlich, angemessen, nachhaltig und zweckmäßig - sog. WANZ-Kriterien), der bei Hilfsmitteln - wie Sehhilfen - grundsätzlich durch den Festbetrag gewährleistet wird (§§ 12 Abs. 2, 36 SGB V). Eine festbetragsübersteigende Leistung kann der Versicherte im begründeten Einzelfall nur von der Krankenkasse verlangen, soweit die Grundversorgung ausnahmsweise nicht ausreichend ist. Der SGB II-Leistungsträger kann insoweit - anders als bei Leistungsbegrenzungen durch Zurechnung der Eigenverantwortung (etwa, wenn die WHO-Anforderungen nicht vorliegen, aber dennoch eine Indikation gegeben ist) - nicht als Ausfallbürge herhalten (vgl. BSG Urteile vom 15.12.2010 - B 14 AS 44/09 R und vom 26.05.2011 - B 14 AS 146/10 R; zusammenfassend: Bockholdt, NZS 2016, 881, 882). 34

Der Versicherte ist mithin gehalten, sich bei einer unzureichenden Versorgung nach dem Festbetrag an die Krankenkasse zu halten. Ist eine festbetragsübersteigende Versorgung bei dem Versicherten erforderlich, muss er dies bei der Krankenkasse beantragen und notfalls einklagen. Ist die Festbetragsversorgung ausreichend kann eine festbetragsübersteigende Versorgung nicht ersatzweise vom Grundsicherungsträger beansprucht wird, weil eine derartig unwirtschaftliche Versorgung keinen unabweisbaren Bedarf iSv § 21 Abs. 6 SGB II oder § 24 Abs. 1 SGB II begründen kann... (...)“ 35

Dem schließt sich die erkennende Kammer nach eigener Prüfung im vollen Umfang an und macht sich die Ausführungen des LSG Nordrhein-Westfalen zu Eigen. 36

Sofern die Klägerin insoweit auf das Urteil des Hessischen LSG vom 01.12.2021 (L 6 AS 359/19, Rn. 177) verweist, folgt dem die Kammer nicht. Das Hessische LSG vertritt für den Fall der wiederkehrenden medizinisch notwendigen Versorgung mit Kontaktlinsen, deren Leistung vom Leistungskatalog nach § 33 Abs. 2 SGB V umfasst ist, die Auffassung, die Kosten nach § 21 Abs. 6 SGB II aF seien zu übernehmen, soweit die Kosten über eine Festbetragsversorgung hinausgingen. Die Leistungsberechtigten könnten nicht darauf verwiesen werden, dass einen Anspruch über die Festbeträge hinaus nach dem SGB V bestehe. Eine solche Verweisung setze einen entsprechenden Hinweis, Aufklärung oder Beratung des Jobcenters voraus.

Die hierin zum Ausdruck kommende Verpflichtung zur Aufklärung und Beratung des Jobcenters im Hinblick auf einen (möglicherweise) oberhalb der Festbeträge bestehenden Anspruch nach dem Krankenversicherungsrecht hält die Kammer für überzogen und überschreitet die Kompetenzen des Beklagten im Übrigen deutlich. 38

Die Klägerin hat auch keinen Anspruch auf Gewährung eines Mehrbedarfs nach § 21 Abs. 6 SGB II bzw. Versorgung aus dem Vermittlungsbudget nach § 16 SGB II, da eine unwirtschaftliche Versorgung oberhalb des Festbetrags zur Eingliederung in Arbeit nicht erforderlich ist (vgl. hierzu LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 22.11.2019, L 7 AS 1649/19 B, Rn. 14). 39

Die Kostenentscheidung ergibt sich aus § 193 SGG. 40