L 7 SO 4844/16

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Sozialhilfe
Abteilung
7
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 9 SO 3725/12
Datum
24.11.2014
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 7 SO 4844/16
Datum
23.02.2017
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
1. Angemessen i.S.d. § 32 Abs. 5 Sätze 1 und 4 SGB XII sind grundsätzlich nur Beiträge für eine substitutive Krankenversicherung im sog. Basistarif.
2. Zur Zumutbarkeit eines Wechsels in den Basistarif (vorliegend bejaht). Dabei ist u.a. zu berücksichtigen, dass nach § 75 Abs. 3a SGB V die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen auch die ärztliche Versorgung der im brancheneinheitlichen Basistarif Versicherten mit den in diesem Tarif versicherten ärztlichen Leistungen, die denen der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechen, sicherzustellen haben.
Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 24. November 2014 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Übernahme von Beiträgen zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung des Klägers in der Zeit vom 1. Januar 2011 bis zum 31. Dezember 2016.

Der 1953 geborene, alleinstehende und schwerbehinderte (ab Januar 2006 Grad der Behinderung von 60) Kläger, der über kein Einkommen und Vermögen verfügt, erlernte den Beruf des Tonmeisters und ist seit vielen Jahren aus dem Erwerbsleben ausgeschieden. Er leidet u.a. an einer rezidivierenden depressiven Störung, einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und einer kombinierten Persönlichkeitsstörung. Der Kläger befindet sich in F. in der Klinik für P. und P., Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums F. sowie beim Facharzt für Innere Medizin Dr. K. in Behandlung. In der Zeit vom 23. Juli 2007 bis zum 31. Januar 2008 sowie vom 25. August 2008 bis zum 22. April 2009 befand er sich in stationärer Behandlung in der Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik F ...

Der Kläger ist seit dem 1. Oktober 1993 bei der U. K. a.G. privat kranken- und pflegeversichert mit folgenden Tarifen: A100 für ambulante Behandlungen, ZA 100 für zahnärztliche Behandlungen, ST1/100 für stationäre Behandlungen mit Wahlleistungen, KHT für Krankenhaustagegeld, KT 29 mit Krankengeldanwartschaftsversicherung, PVN für die private Pflegeversicherung und AZ für den gesetzlichen Altersentlastungszuschlag. Er schuldet der U. K. a.G. einen monatlichen Gesamtbeitrag in Höhe von 779,68 EUR (Bl. 45 der Senatsakten L 7 SO 414/15), ab 1. Januar 2012 790,46 EUR (Bl. 46 der Senatsakten L 7 SO 414/15), ab 1. Januar 2014 762,78 EUR (Bl. 47 der Senatsakten L 7 SO 414/15), ab 1. Januar 2015 767,51 EUR (Bl. 49 der Senatsakten L 7 SO 414/15), ab 1. Januar 2016 812,51 EUR (Bl. 50 der Senatsakten L 7 SO 414/15) und ab 1. Januar 2017 815,78 EUR (Bl. 7 der Senatsakten). Mit Schreiben vom 14. Januar 2010 bot die U. K. a.G. dem Kläger eine Umstellung seiner Versicherung in den brancheneinheitlichen Basistarif an und teilte mit, dass sich der Beitrag von monatlich 779,68 EUR um 107,83 EUR mindern würde. Eine Umstellung in den Basistarif erfolgte nicht. Die U. K. a.G. bezifferte mit Schreiben vom 27. Januar 2010 den hälftigen Beitrag im Basistarif auf monatlich 267,46 EUR zuzüglich Pflegeversicherung 31,25 EUR (insgesamt 298,71 EUR) sowie für den Tarif KHT (Krankenhaustagegeld) auf 28,78 EUR und KT (Krankentagegeldanwartschaftsversicherung) auf 30,56 EUR.

Der Kläger bezog zunächst Leistungen der Sozialhilfe nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölftes Buch (XII) - Sozialhilfe - (SGB XII) in M ... Nach einem stationären Aufenthalt in der Fachklinik E. in H. a. S. zog der Kläger nach F. und beantragte dort Leistungen der Sozialhilfe nach dem SGB XII, die durch die Beklagte abgelehnt wurden (Bescheid vom 30. März 2007 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 4. September 2007). Ein vom Kläger angestrebtes einstweiliges Rechtsschutzverfahren auf vorläufige Gewährung von Leistungen der

Sozialhilfe blieb ohne Erfolg (Sozialgericht (SG) Freiburg, Beschluss vom 22. Juni 2007 - S 9 SO 2508/07 -; Senatsbeschluss vom 9. August 2007 - L 7 SO 3337/07 ER-B). Der Kläger bezog in F. Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) Zweites Buch (II) - Grundsicherung für Arbeitsuchende - (SGB II) bis zum 31. Juli 2008.

Der Beklagte erbrachte ab 1. August 2008 bis auf weiteres Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII. Er übernahm dabei die Beiträge für die private Kranken- und Pflegeversicherung im Umfang des Standardtarifs, den die U. K. a.G. dem Kläger angeboten hatte. Ein vom Kläger angestrebtes einstweiliges Rechtsschutzverfahren auf Übernahme höherer Beiträge zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung blieb ohne Erfolg (SG Freiburg, Beschluss vom 16. Januar 2009 - S 6 SO 5744/08 ER -; Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg, Beschluss vom 2. März 2009 - L 2 SO 496/09 ER-B -). Auch eine Klage auf Übernahme der tatsächlichen Beiträge der privaten Kranken- und Pflegeversicherung, die über den Standard- bzw. Basistarif hinausgehen, betreffend die Zeit vom 1. August 2008 bis zum 31. Dezember 2008, hatte in der Sache keinen Erfolg (SG Freiburg, Gerichtsbescheid vom 7. Oktober 2009 - S 9 SO 628/09 -; LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 27. Januar 2010 - L 2 SO 5276/09 -, Bundessozialgericht (BSG), Beschluss vom 16. Dezember 2010 - B 8 SO 13/10 B -; LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 2. März 2011 - L 2 SO 103/11 ZVW -).

Auf Ersuchen der Beklagten nach § 45 Abs. 1 SGB XII teilte die Deutsche Rentenversicherung Bund mit Schreiben vom 23. April 2009 mit, dass der Kläger seit 23. Juli 2007 unabhängig von der Arbeitsmarktlage voll erwerbsgemindert im Sinne des § 43 Abs. 2 Sozialgesetzbuch (SGB) Sechstes Buch (VI) - Gesetzliche Rentenversicherung - (SGB VI) sei und es zudem unwahrscheinlich sei, dass die volle Erwerbsminderung behoben werden könne.

In einem erneuten einstweiligen Rechtsschutzverfahren betreffend die vollständige Übernahme der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung vor dem SG (S 9 SO 651/10 ER) gab die Beklagte ein Anerkenntnis dahingehend ab, dass die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung ab 1. Januar 2010 in Höhe des hälftigen Basistarifs in Höhe von 331,88 EUR (Krankenversicherung 290,63 EUR + Pflegeversicherung 41,25 EUR) übernommen werden.

Mit Bescheid vom 17. Juni 2010 lehnte die Beklagte die Übernahme des Beitrages für die private Krankenhaustagegeldversicherung im Rahmen der Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII ab.

Mit Bescheid vom 15. September 2010 bewilligte die Beklagte ab 1. Oktober 2010 Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII bis auf weiteres in Höhe von monatlich 1.069,30 EUR und berücksichtigte dabei - neben dem Regelsatz (seinerzeit 359 EUR) sowie den Kosten für Unterkunft und Heizung (400 EUR) abzüglich Warmwasserpauschale (6,47 EUR) und Energiepauschale (15,11 EUR) - Beiträge zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung in Höhe von 331,88 EUR (290,63 EUR + 41,25 EUR). Den klägerischen Widerspruch betreffend die "Berechnung von Nebenkosten" wies der Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 11. Oktober 2010 zurück.

Mit streitgegenständlichem Bescheid vom 31. März 2011 setzte die Beklagte für die Zeit ab 1. Januar 2011 bis auf weiteres die Höhe der Grundsicherungsleistungen auf monatlich 1.064,27 EUR fest (Regelsatz 364 EUR + private Krankenversicherung 287,72 EUR + private Pflegeversicherung 40,84 EUR, zusammen 328,56 EUR, + Kosten für Unterkunft und Heizung 400 EUR - Energiepauschale 28,29 EUR). Dagegen legte der Kläger am 29. April 2011 Widerspruch ein, den die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 16. Mai 2011 als unbegründet zurückwies.

Dagegen hat der Kläger am 27. Mai 2011 Klage zum SG erhoben (S 9 SO 2793/11) und gleichzeitig einstweiligen Rechtsschutz begehrt. Das SG hat den Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz abgelehnt (SG Freiburg, Beschluss vom 7. Juni 2011 - S 9 SO 2794/11 ER -).

Das SG hat im Klageverfahren S 9 SO 2793/11 mit Beschluss vom 11. Juli 2011 das Ruhen des Verfahrens angeordnet und dieses nach Wiederanrufung durch den Kläger unter dem Aktenzeichen S 9 SO 3725/12 fortgeführt. Der Kläger hat sich gegen den Abzug der Energiepauschale gewandt und die vollständige Übernahme der Beiträge zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung geltend gemacht. Ein Wechsel in den Basistarif sei für ihn - den Kläger - unzumutbar, weil ein Rückwechsel in den bestehenden Tarif nicht ohne erneute Gesundheitsprüfung möglich sei und die Krankenkasse Zuzahlungen für Heil- und Hilfsmittel sowie für stationäre Aufenthalte entsprechend denjenigen in der gesetzlichen Krankenversicherung verlange, im Gegensatz zu dieser aber keine Befreiung möglich sei. Er - der Kläger - sei chronisch krank.

Das SG hat mit Beschluss vom 24. November 2014 das Verfahren abgetrennt, soweit der Kläger die Verurteilung der Beklagten zur Gewährung von Grundsicherungsleistungen ohne Abzug einer Energiepauschale begehrt. Im Verfahren S 9 SO 3725/12 hat das SG sodann mit Urteil vom 24. November 2014 die Klage abgewiesen und zur Begründung u.a. ausgeführt, dass nach §§ 42 Nr. 2, 32 Abs. 5 Satz 1 und Satz 4 SGB XII im Rahmen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung die hälftigen Beiträge im Basistarif als angemessene Aufwendungen für die Kranken- und Pflegeversicherung übernommen werden könnten. Es hat zur Begründung auf den Beschluss des LSG Baden-Württemberg vom 2. März 2009 im Beschwerdeverfahren L 2 SO 496/09 ER-B verwiesen. Soweit der Kläger einen höheren Leistungsanspruch aus der fehlenden Rückkehrmöglichkeit in eine private Krankenvollversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung herleiten wolle, dringe er nicht durch. Grundsätzlich sei beim Bezug von Grundsicherungsleistungen diese Konsequenz des Wechsels in den Basistarif hinzunehmen. Ebenso wenig überzeuge das Argument der unterschiedlichen Handhabung der Zuzahlungsbefreiung im Vergleich zur gesetzlichen Krankenversicherung. Grundsätzlich stelle sich auch für gesetzlich krankenversicherte Grundsicherungsempfänger das Problem, Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze zunächst verauslagen zu müssen. Die vom Kläger behauptete kalenderjährige Befreiungsregelung seiner privaten Krankenversicherung könne lediglich zu einer betragsmäßig höheren unterjährigen Belastung führen. Allein dieser Nachteil rechtfertige nicht die Übernahme höherer Krankenversicherungsbeiträge als angemessen. Vielmehr müsse sich der Kläger - wie gesetzlich krankenversicherte Grundsicherungsempfänger - wegen der Zuzahlung auf den im Regelbedarf enthaltenen Anteil für Gesundheitskosten sowie im Falle ausnahmsweise hiervon nicht zu deckender Auslagen auf die Möglichkeit eines ergänzenden Darlehens gemäß § 37 SGB XII verweisen lassen.

Gegen das seinem damaligen Bevollmächtigten am 7. Januar 2015 zugestellte Urteil wendet sich der Kläger mit seiner am 4. Februar 2015 eingelegten Berufung (L 7 SO 414/15), mit der er sein Begehren auf die Übernahme der Beiträge zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung in den bisherigen Tarifen weiter verfolgt. Der Kläger hat zur Begründung u.a. vorgetragen, dass auch bei einem Eintritt

in den Basistarif sich die Leistungen beider Systeme (Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie im Basistarif) erheblich unterscheiden würden, was insbesondere chronisch Erkrankten - wie dem Kläger - Nachteile bis hin zur Nichtbehandlung bringe. Im Gegensatz zu gesetzlich Versicherten würden Leistungen für Psychotherapie oder Reha-Maßnahmen oder Kuren zwar übernommen, durch die Einschränkung der freien Arztwahl und andere Einschränkungen sei das bei ihm notwendige multimodale Behandlungskonzept jedoch nicht mehr durchführbar. Auch könnten seit Jahren eingestellte Medikamente nicht weiter verordnet werden. Viele Ärzte behandelten Patienten nicht mehr, wenn sie im Basistarif der privaten Krankenversicherung seien.

Auf Antrag der Beteiligten hat der Senat mit Beschluss vom 20. April 2016 das Ruhen des Verfahrens angeordnet und nach Wiederanrufung durch den Kläger unter dem Aktenzeichen L 7 SO 4811/16 fortgeführt.

Der Kläger beantragt - sinngemäß -,

das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 24. November 2014 aufzuheben und die Beklagte unter Abänderung des Bescheids vom 31. März 2011 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 16. Mai 2011 sowie der Bescheide vom 10. Januar 2012, 16. Februar 2012, 14. Januar 2013, 8. Januar 2014, 12. Januar 2015, 23. Januar 2015 und 12. Januar 2016 zu verurteilen, die Beiträge zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung bei der U. K. a.G. in den Tarifen A100, ZA100, ST 1/100, KHT, KT 29 und PVN für die Zeit vom 1. Januar 2011 bis zum 31. Dezember 2016 zu übernehmen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte verweist zur Begründung auf das angefochtene Urteil des SG.

Die Beklagte hat in der Zwischenzeit ab 1. Januar 2012 Grundsicherungsleistungen in Höhe von monatlich 1.083,45 EUR (davon für private Krankenversicherung 296,44 EUR + private Pflegeversicherung 42,08 EUR) (Bescheide vom 10. Januar 2012 und 16. Februar 2012), ab 1. Januar 2013 1.102,75 EUR (davon für private Krankenversicherung 305,16 EUR + private Pflegeversicherung 45,28 EUR) (Bescheid vom 14. Januar 2013), ab 1. Januar 2014 1.121,05 EUR (davon für private Krankenversicherung 313,87 EUR + private Pflegeversicherung 46,57 EUR) (Bescheid vom 8. Januar 2014), ab 1. Januar 2015 1.134,25 EUR (davon für private Krankenversicherung 319,69 EUR + private Pflegeversicherung 46,47 EUR) (Bescheide vom 12. Januar 2015 und 23. Januar 2015) und ab 1. Januar 2016 1.144,82 EUR (davon für private Krankenversicherung 332,65 EUR + private Pflegeversicherung 37,44 EUR) (Bescheide vom 12. Januar 2016) bewilligt. Mit Bescheid vom 28. September 2016 hat die Beklagte eine Änderung der Kosten für Unterkunft und Heizung berücksichtigt sowie die Bewilligung von Grundsicherungsleistungen auf die Zeit bis zum 31. Dezember 2016 befristet. Den Widerspruch des Klägers, gerichtet auf die Übernahme seiner tatsächlichen Mietaufwendungen, hat die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 18. Oktober 2016 zurückgewiesen. Auf Fortzahlungsantrag hat sie dem Kläger für die Zeit vom 1. Januar 2017 bis zum 31. Dezember 2017 monatliche Grundsicherungsleistungen in Höhe von 1.328,04 EUR (davon für private Krankenversicherung 332,65 EUR + private Pflegeversicherung 37,44 EUR) bewilligt (Bescheid vom 18. Januar 2017).

Der Senat hat mit Beschluss vom 30. Dezember 2015 den Antrag auf Bewilligung von Prozesskostenhilfe für das Berufungsverfahren abgelehnt.

Dem Kläger ist am SG Einsicht in die Gerichts- und Verwaltungsakten sowie die beigezogenen Akten der Verfahren S 9 SO 2794/11 ER und L 2 SO 496/09 ER-B gewährt worden.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die beigezogenen Verwaltungsakten sowie die Verfahrensakten des SG und des Senats (L 7 SO 414/15 und L 7 SO 4844/16) sowie die beigezogenen Akten SG Freiburg (S 9 SO 2794/11 ER) und LSG Baden-Württemberg (L 2 SO 496/09 ER-B) Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung hat in der Sache keinen Erfolg.

1. Die gem. § 151 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig, insbesondere statthaft (§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und Satz 2 SGG).

2. Gegenstand des Berufungsverfahrens ist zunächst der Bescheid vom 31. März 2011 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 16. Mai 2011 (§ 95 SGG), mit dem die Beklagte für die Zeit ab 1. Januar 2011 bis auf weiteres Leistungen für die private Kranken- und Pflegeversicherung des Klägers bei der U. K. a.G. in Höhe von insgesamt monatlich 328,56 EUR übernommen (287,72 EUR + 40,84 EUR = 328,56 EUR) und damit höhere Beiträge abgelehnt hat. Die Bescheide vom 10. Januar 2012, 16. Februar 2012, 14. Januar 2013, 8. Januar 2014, 12. Januar 2015, 23. Januar 2015 und 12. Januar 2016 sind gem. § 96 SGG hinsichtlich der Regelungen über die Leistungen für Aufwendungen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung Gegenstand des vorliegenden Rechtsstreits geworden, da mit diesen die Leistungshöhe ab 1. Januar 2012 abweichend auf 338,52 EUR (296,44 EUR + 42,08 EUR), ab 1. Januar 2013 auf 350,44 EUR (305,16 EUR + 45,28 EUR), ab 1. Januar 2014 auf 360,44 EUR (313,87 EUR + 46,57 EUR), ab 1. Januar 2015 auf 366,16 EUR (319,69 EUR + 46,47 EUR) und ab 1. Januar 2016 auf 370,09 EUR (332,65 EUR + 37,44 EUR) monatlich festgesetzt worden ist. Die vom Kläger, der nicht gesetzlich krankenversichert ist und über keinerlei Einkommen verfügt, begehrte Übernahme der Aufwendungen seiner privaten Kranken- und Pflegeversicherung bildet einen eigenständig abgrenzbaren Streitgegenstand, der zum alleinigen Inhalt eines Rechtsstreits gemacht werden kann (vgl. dazu z.B. Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 26. August 2008 - B 8/9b SO 10/06 R - BSGE 101, 217 - juris Rdnr. 12 ff.; Urteil vom 19. Mai 2009 - B 8 SO 8/08 R - BSGE 103, 181 - juris Rdnr. 13; Urteil vom 15. November 2012 - B 8 SO 3/11 R - juris Rdnr. 11; vgl. ferner zu einer anderen Fallgestaltung Senatsurteil vom 17. Dezember 2015 - L 7 SO 1475/15 - juris Rdnr. 18). Denn insoweit enthalten die angefochtenen Bescheide gesonderte Verfügungssätze. Auch hat der Kläger ausweislich des in der mündlichen Verhandlung vor dem SG am 24. November 2014 gestellten Antrages sein Begehren ausdrücklich beschränkt (vgl. Niederschrift des SG über die dortige mündliche

Verhandlung vom 24. November 2014) und in der Sache lediglich die Übernahme der tatsächlich von ihm zu entrichtenden Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge begehrt. Weiterhin ist sein Begehren auf die Zeit bis zum 31. Dezember 2016 beschränkt, nachdem die Beklagte die Leistungsgewährung durch Bescheid vom 28. September 2016 nun bis zum 31. Dezember 2016 befristet hat und ihr Bescheid vom 18. Januar 2017 betreffend den sich anschließenden (Folge)Bewilligungsabschnitt vom 1. Januar 2017 bis zum 31. Dezember 2017 nicht gem. § 96 SGG Gegenstand des hiesigen Verfahrens geworden ist (BSG, Urteil vom 17. Dezember 2015 - B 8 SO 14/14 R - juris Rdnr. 11; Urteil vom 16. Oktober 2007 - B 8/9b SO 2/06 R - BSHE 99, 131 - juris Rdnr. 10).

3. Die Berufung hat in der Sache keinen Erfolg.

a. Anspruch auf Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII haben gem. §§ 19 Abs. 2, 41 Abs. 1 und 3 SGB XII Personen, die - wie der 1953 geborene Kläger - dauerhaft voll erwerbsgemindert sind und ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben sowie ihren notwendigen Lebensunterhalt nicht oder nicht ausreichend aus eigenen Kräften und Mitteln, insbesondere aus ihrem Einkommen und Vermögen bestreiten können. Die Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung umfassen u.a. nach § 42 Nr. 2 SGB XII die zusätzlichen Bedarfe nach dem Zweiten Abschnitt des Dritten Kapitels. Nach § 32 Abs. 5 Satz 1 SGB XII werden, wenn eine Krankenversicherung bei einem Versicherungsunternehmen besteht, die Aufwendungen übernommen, soweit sie angemessen und die Voraussetzungen des § 19 Abs. 1 SGB XII erfüllt sind. Besteht die Leistungsberechtigung voraussichtlich nur für kurze Dauer, können zur Aufrechterhaltung einer Krankenversicherung bei einem Versicherungsunternehmen auch höhere Aufwendungen übernommen werden; § 82 Abs. 2 Nr. 2 und 3 SGB XII ist insoweit nicht anzuwenden (§ 32 Abs. 5 Sätze 2 und 3 SGB XII). Soweit nach den § 32 Abs. 5 Sätze 1 und 2 SGB XII Aufwendungen für die Krankenversicherung übernommen werden, werden auch die Aufwendungen für eine Pflegeversicherung übernommen (§ 32 Abs. 5 Satz 4 SGB XII). Die zu übernehmenden Aufwendungen für eine Krankenversicherung und die entsprechenden Aufwendungen für eine Pflegeversicherung sind an das Versicherungsunternehmen zu zahlen, bei dem die leistungsberechtigte Person versichert ist (§ 32 Abs. 5 Satz 5 SGB XII).

b. Die gesetzlichen Voraussetzungen für die Übernahme höherer als der bewilligten Versicherungsbeiträge nach § 42 Nr. 2, 32 Abs. 5 SGB XII liegen nicht vor. Ein Fall des § 32 Abs. 5 Satz 2 SGB XII ist bei dem Kläger, der seit August 2008 ununterbrochen durch die Beklagte Sozialhilfeleistungen bezieht, offensichtlich nicht gegeben. Zwar ist der Anwendungsbereich des § 32 Abs. 5 Sätze 1 und 4 SGB XII eröffnet, da der Kläger nicht in der gesetzlichen Kranken- und der sozialen Pflegeversicherung pflichtversichert ist, sondern über eine substitutive Krankenversicherung bei der privaten Versicherungsgesellschaft U. K. a.G. verfügt. Jedoch sind vom Kläger diesem Krankenversicherungsunternehmen für die von ihm vereinbarten Tarife A100 (ambulante Behandlung), ZA 100 (zahnärztliche Behandlung), ST1/100 (stationäre Behandlung mit Wahlleistungen), KHT (Krankenhaustagegeld), KT 29 (Krankengeldanwartschaftsversicherung), PVN (private Pflegeversicherung) und AZ (gesetzlicher Altersentlastungszuschlag) geschuldeten monatlichen Gesamtbeiträge in Höhe von 779,68 EUR, ab 1. Januar 2012 790,46 EUR, ab 1. Januar 2014 762,78 EUR, ab 1. Januar 2015 767,51 EUR und ab 1. Januar 2016 812,51 EUR sozialhilferechtlich nicht angemessen. Vielmehr hat die Beklagte angemessene Aufwendungen durch die angefochtenen Bescheide in Höhe von monatlich 328,56 EUR (287,72 EUR + 40,84 EUR), ab 1. Januar 2012 338,52 EUR (296,44 EUR + 42,08 EUR), ab 1. Januar 2013 350,44 EUR (305,16 EUR + 45,28 EUR), ab 1. Januar 2014 360,44 EUR (313,87 EUR + 46,57 EUR), ab 1. Januar 2015 366,16 EUR (319,69 EUR + 46,47 EUR) und ab 1. Januar 2016 370,09 EUR (332,65 EUR + 37,44 EUR) zutreffend bewilligt und auch tatsächlich gewährt.

Die sozialgerichtliche Rechtsprechung und die sozialrechtliche Literatur gehen zutreffend davon aus, dass angemessen i.S. des § 32 Abs. 5 Sätze 1 und 4 SGB XII Beiträge für den sog. Standard- bzw. Basistarif sind (BSG, Urteil vom 10. November 2011 - B 8 SO 21/10 R - BSGE 109, 281 - juris Rdnr. 15; Urteil vom 16. Oktober 2012 - B 14 AS 11/12 R - juris Rdnr. 24; Senatsurteil vom 23. April 2015 - L 7 SO 5932/10 -; LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 18. Juni 2015 - L 23 SO 268/12 - juris Rdnr. 29 ff.; LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 10. Dezember 2014 - L 2 SO 1027/14 - juris Rdnr. 56; LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 14. November 2013 - L 9 SO 46/13 - juris Rdnr. 30 ff.; Urteil vom 27. Juni 2013 - L 9 SO 619/11 - juris Rdnr. 24; Bayerisches LSG, Urteil vom 19. Juli 2011 - L 8 SO 26/11 - juris Rdnr. 32; Urteil vom 21. Oktober 2016 - L 8 SO 246/15 - juris Rdnrn. 55 ff.; Bieritz-Harder in LPK-SGB XII, 10. Aufl. 2015, § 32 Rdnr. 23; Falterbaum in Hauck/Noftz, § 32 SGB XII Rdnr. 39; Flint in Grube/Wahrendorf, SGB XII, 5. Aufl. 2014, § 32 Rdnr. 14; Gebhardt in Beck´scher Online-Kommentar, § 32 SGB XII Rdnr. 12; Holzhey in jurisPK-SGB XII, § 32 Rdnrn. 60, 67; H. Schellhorn in Schellhorn/Hohm/Scheider, SGB XII, 19. Aufl. 2015, § 32 Rdnrn. 49, 51). Denn die Leistungen im Basistarif entsprechen denen der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. § 12 Abs. 1a Satz 1 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) in der bis zum 31. Dezember 2015 geltenden Fassung (a.F.) und § 152 Abs. 1 Satz 1 VAG in der ab 1. Januar 2016 geltenden Fassung (n.F.)), welche rund 90 v.H. der Bevölkerung absichert (BSG, Urteil vom 16. Oktober 2012, a.a.O.). Zu beachten sind damit die Beitragsbemessungsregelungen des § 12 Abs. 1c Sätze 4 und 5 VAG a.F. bzw. § 152 Abs. 4 Sätze 1 und 2 VAG n.F. Danach gilt: Entsteht allein durch die Zahlung des Beitrags Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch, vermindert sich der Beitrag für die Dauer der Hilfebedürftigkeit um die Hälfte (§ 12 Abs. 1c Satz 4 Halbs. 1 VAG a.F., § 152 Abs. 4 Satz 1 Halbs. 1 VAG n.F.). Besteht auch bei einem verminderten Beitrag Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch, beteiligt sich der zuständige Träger auf Antrag des Versicherten im erforderlichen Umfang, soweit dadurch Hilfebedürftigkeit vermieden wird (§ 12 Abs. 1c Satz 5 VAG a.F., § 152 Abs. 4 Satz 2 VAG n.F.). Da der Kläger unabhängig von der Höhe der Beiträge hilfebedürftig ist, kommen diese Begrenzungsregelungen zur Anwendung. Ein Wechsel in den Basistarif (§ 12 Abs. 1a VAG a.F., § 152 Abs. 1 VAG n.F.) ist dem Kläger nach § 204 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Buchst. b Versicherungsvertragsgesetz (VVG) möglich und durch seine Versicherung auch tatsächlich angeboten worden. Die Notwendigkeit des Wechsels in den Basistarif ist dem Kläger u.a. in den Urteilen des LSG Baden-Württemberg vom 27. Januar 2010 (L 2 SO 5276/09) und 2. März 2011 (L 2 SO 103/11 ZVW) im Einzelnen dargelegt und nachdrücklich vor Augen geführt worden. Gleichwohl hat der Kläger darauf beharrt, die bisherige Tarifgestaltung aufrechtzuerhalten und sich einer Reduzierung seiner Beiträge verweigert.

Der Wechsel in den Basistarif ist dem Kläger auch zumutbar. Anhaltspunkte, die einen solchen Versicherungsschutz unzumutbar erscheinen ließen, sind nicht ersichtlich. Die chronische (Schmerz-)Erkrankung des Klägers rechtfertigt keinen kostenaufwändigeren Tarif mit wahlärztlichen Leistungen, Krankenhaustagegeld etc. (z.B. BSG, Urteil vom 29. April 2015 - B 14 AS 8/14 R - BSGE 119, 7 - juris Rdnr. 24; LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 18. Juni 2015, a.a.O. Rdnr. 33; LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 14. November 2013, a.a.O. Rdnr. 31; Urteil vom 27. Juni 2013, a.a.O. Rdnr. 26). Dass der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung, der auch für den Basistarif maßgeblich wäre, für die Erkrankungen des Klägers keine adäquaten Behandlungen vorsieht, und dass keine behandlungsbereiten Ärzte, Therapeuten, stationären Einrichtungen etc. für Versicherte im Basistarif zur Verfügung stünden, ist nicht ersichtlich. Dabei ist zu berücksichtigen, dass nach § 75 Abs. 3a SGB V die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen auch die ärztliche Versorgung der in den brancheneinheitlichen Standardtarifen sowie dem brancheneinheitlichen Basistarif nach § 152 Abs. 1 VAG

n.F. Versicherten mit den in diesen Tarifen versicherten ärztlichen Leistungen sicherzustellen haben (so auch Bayerisches LSG, Urteil vom 21. Oktober 2016, a.a.O.). Weiter folgt aus dem vom Kläger angeführten Umstand, dass der Wechsel in den Basistarif ihn an einer späteren Rückkehr in den alten Tarif hindere, kein Anspruch auf eine Übernahme höherer Krankenversicherungsbeiträge durch die Beklagte (BSG, Urteil vom 16. Oktober 2012, a.a.O.). Schließlich hat das SG zutreffend ausgeführt, dass die vom Kläger im Rahmen einer Krankenversicherung zum Basistarif zu tragenden Zuzahlungen, die bei der Ermittlung des Erstattungsbetrages berücksichtigt und bei Übersteigen der Belastungsgrenze des § 62 SGB V nach Ablauf des Kalenderjahres erstattet würden, kein anderes Ergebnis rechtfertigen. Dabei ist - neben den vom SG genannten Gründen - auch zu beachten, dass dem Kläger monatlich u.a. Regelsätze (§ 27a Abs. 3 Satz 1 SGB XII) erbracht werden. Der Regelsatz stellt einen monatlichen Pauschalbetrag zur Bestreitung des Regelbedarfs dar, über dessen Verwendung die Leistungsberechtigten eigenverantwortlich entscheiden; dabei haben sie das Eintreten unregelmäßig anfallender Bedarfe zu berücksichtigen (§ 27a Abs. 3 Satz 2 SGB XII). Die Grundlage der Bemessung der Regelbedarfe bilden die Einkommens- und Verbrauchsstichproben nebst Sonderauswertungen (vgl. §§ 28 Abs. 1 und 2 SGB XII, 1 RBEG), wobei hierfür die in den Einkommens- und Verbrauchsstichproben nachgewiesenen tatsächlichen Verbrauchsausgaben unterer Einkommensschichten maßgeblich sind. Bei der Bestimmung des hier maßgeblichen Referenzhaushaltes "Einpersonenhaushalt" (§§ 28 Abs. SGB XII, 2 Nr. 1 RBEG) sind in der Abteilung 6 (Gesundheitspflege) gem. § 5 Abs. 1 RBEG in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung 15,55 EUR enthalten. Dabei hat der Gesetzgeber die durchschnittlichen monatlichen Ausgaben für pharmazeutische Erzeugnisse mit Rezept (nur Eigenanteile und Rezeptgebühren) (3,47 EUR), pharmazeutische Erzeugnisse ohne Rezept (5,07 EUR), andere medizinische Erzeugnisse mit Rezept (0,67 EUR), andere medizinische Erzeugnisse ohne Rezept (1,44 EUR), therapeutische Mittel und Geräte einschließlich Eigenanteil (2,26 EUR) und Praxisgebühren (2,63 EUR) als regelbedarfsrelevante Verbrauchsausgaben berücksichtigt (BT-Drs. 17/3404, S. 58). Er ist davon ausgegangen, dass die Verbrauchsausgaben der Abteilung 6 für Gesundheitspflege über die (gesetzliche oder private) Krankenversicherung und bei nicht krankenversicherten Leistungsberechtigten nach dem SGB XII über die Hilfen zur Gesundheit (§§ 47 ff. SGB XII) abgedeckt und insoweit nicht regelbedarfsrelevant sind (zustimmend BSG, Urteil vom 12. Juli 2012 - B 14 AS 153/11 R - BSGE 111, 211 - juris Rdnr. 71; Urteil vom 26. Mai 2011 - B 14 AS 146/10 R - BSGE 108, 235 - juris Rdnr. 23 ff.). Hinsichtlich der Positionen "Therapeutische Mittel und Geräte (einschließlich Eigenanteile)" hat der Gesetzgeber darauf hingewiesen, dass die in der Sonderauswertung der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2003 als regelbedarfsrelevant zugrunde gelegten Positionen "Orthopädische Schuhe", "Reparaturen von therapeutischen Geräten" sowie "Miete von therapeutischen Geräten" nicht mehr als regelbedarfsrelevant berücksichtigt worden sind, da hierfür ein neuer einmaliger Bedarf in § 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB XII eingeführt worden ist. Im Hinblick auf die Fortschreibung der Regelsätze (vgl. § 29 SGB XII) sind beispielsweise im Jahr 2016 in der Abteilung 6 (Gesundheitspflege) Ausgaben für pharmazeutische Erzeugnisse mit Rezept (nur Eigenanteile und Rezeptgebühren) (3,87 EUR), pharmazeutische Erzeugnisse ohne Rezept (5,66 EUR), andere medizinische Erzeugnisse mit Rezept (0,75 EUR), andere medizinische Erzeugnisse ohne Rezept (1,61 EUR), therapeutische Mittel und Geräte einschließlich Eigenanteil (2,52 EUR) und die - ab dem 1. Januar 2013 nicht mehr erhobenen (vgl. § 28 Abs. 4 SGB V in der bis zum 31. Dezember 2012 geltenden Fassung) - Praxisgebühren (2,95 EUR) eingestellt, mithin insgesamt monatlich 17,36 EUR (vgl. Schwabe, ZfF 2016, 1/11). Der Kläger hat nicht ansatzweise aufgezeigt, dass er aus diesen Mitteln die ggf. im Rahmen des Basistarifs zu leistenden Zuzahlungen nicht bestreiten könnte.

Hinsichtlich der Beiträge zur Pflegeversicherung ergibt sich im Ergebnis nichts anderes; zurück-zugreifen ist insoweit auf die Beitragsbegrenzungsregelungen in § 110 Abs. 2 Sätze 3 und 4 Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch - Soziale Pflegeversicherung - (SGB XI). Diese Bestimmungen regeln u.a. Folgendes: Für Personen, die im Basistarif nach § 12 VAG a.F. bzw. § 152 VAG n.F. versichert sind und deren Beitrag zur Krankenversicherung sich nach § 12 Abs. 1c Sätze 4 oder 6 VAG a.F. bzw. § 152 Abs. 4 Sätze 1 oder 3 VAG n.F. vermindert, darf der Beitrag 50 v.H. des sich nach Abs. 1 Nr. 2 Buchst. e ergebenden Beitrags nicht übersteigen (§ 110 Abs. 2 Satz 3 Halbs. 1 SGB XI). Für die Aufbringung der nach Satz 3 verminderten Beiträge gilt § 12 Abs. 1c Sätze 5 und 6 VAG a.F. bzw. § 152 Abs. 4 Sätze 2 oder 3 VAG n.F. entsprechend (§ 110 Abs. 2 Satz 4 Halbs. 1 SGB XI). Maßgebend für Leistungsbezieher nach dem SGB XII ist mithin maximal der Betrag, den private Versicherungsunternehmen von derart kostenprivilegierten Personen höchstens fordern können.

Der halbierte Höchstbeitrag im Basistarif in der Krankenversicherung beläuft sich gem. § 12 Abs. 1c Sätze 1 und 2 VAG a.F. bzw. § 152 Abs. 3 Sätze 1 und 2 VAG n.F. auf 287,72 EUR, ab 1. Januar 2012 auf 296,44 EUR, ab 1. Januar 2013 auf 305,16 EUR, ab 1. Januar 2014 auf 313,87 EUR, ab 1. Januar 2015 auf 319,69 EUR und ab 1. Januar 2016 auf 332,65 EUR. Die Beklagte hat die entsprechenden angemessenen Aufwendungen durch die angefochtenen Bescheide bewilligt und auch tatsächlich gewährt. Für die private Pflegeversicherung sind dem Kläger Aufwendungen in Höhe von monatlich 31,25 EUR, ab 1. Januar 2012 30,19 EUR, ab 1. Januar 2013 31,93 EUR und ab 1. Januar 2015 37,44 EUR entstanden, während die Beklagte insofern monatliche Leistungen in Höhe von 40,84 EUR, ab 1. Januar 2012 42,08 EUR, ab 1. Januar 2013 45,28 EUR, ab 1. Januar 2014 46,57 EUR, ab 1. Januar 2015 46,47 EUR und ab 1. Januar 2016 37,44 EUR - und damit für die Zeit vom 1. Januar 2011 bis zum 31. Dezember 2015 höhere als die vom Kläger geschuldeten Beiträge - erbracht hat.

Demnach hat die Berufung keinen Erfolg.

4. Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

5. Gründe für die Zulassung der Revision (§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG) liegen nicht vor.
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2017-03-16