

L 18 AS 1013/14

Land

Berlin-Brandenburg

Sozialgericht

LSG Berlin-Brandenburg

Sachgebiet

Grundsicherung für Arbeitsuchende

Abteilung

18

1. Instanz

SG Berlin (BRB)

Aktenzeichen

S 34 AS 12206/13

Datum

18.03.2014

2. Instanz

LSG Berlin-Brandenburg

Aktenzeichen

L 18 AS 1013/14

Datum

04.03.2015

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Berlin vom 18. März 2014 wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der 1972 geborene Kläger ist bei der Deutsche Krankenversicherung AG (DKV) kranken- und pflegeversichert. Nach einem "Nachtrag zur Versicherung" vom November 2012 beträgt sein monatlicher Beitrag im Tarif "BSO" (wie bisher) 167,36 EUR. Im Tarif BSO ist eine jährliche Selbstbeteiligung für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel von insgesamt 300,- EUR vereinbart worden. Der monatliche Gesamtbeitrag für die vom Kläger unterhaltenen Kranken- und Pflegeversicherungen betrug 205,48 EUR (darunter ein Beitrag i. H. v. 3,58 EUR für den Tarif KM "Krankenhaustagegeld"). Nach Auskunft der DKV vom 28. Dezember 2012 hätte der Kläger bei einer Absicherung im brancheneinheitlichen Basistarif der privaten Krankenversicherung (pKV) ab 1. Januar 2013 in der Krankenversicherung einen Basistarif i. H. v. 305,16 EUR monatlich zu zahlen gehabt.

Mit Bescheid vom 29. Januar 2013 bewilligte der Beklagte dem Kläger, der seit 1. Dezember 2012 einen Minijob mit einer regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit von 5 Stunden ausübt, vorläufig Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch – Grundsicherung für Arbeitsuchende – (SGB II) für die Zeit vom 1. Februar 2013 bis 31. März 2013 unter Berücksichtigung von monatlichen Kosten für Unterkunft und Heizung (KdU) i. H. v. von monatlich 307,69 EUR und von Beiträgen zur pKV i. H. v. monatlich 205,88 EUR (KV: 187,68 EUR sowie PV: 17,80 EUR). Mit dem am 4. Februar 2013 eingegangenen Widerspruch wandte sich der Kläger u. a. gegen die Nichtberücksichtigung seines Selbstbehaltes bei der pKV. Er wies darauf hin, dass er in einen billigeren Tarif bei der DKV gewechselt sei, welcher deutlich unter dem sogenannten Basistarif liege. Insgesamt ergebe sich für den Beklagten eine Ersparnis von 99,68 EUR. Dieser Tarif sei nur durch seine Bemühungen entstanden und hätte freilich zur Folge, dass eine höhere Selbstbeteiligung zugrunde gelegt worden sei. Die Kosten für die Selbstbeteiligung von insgesamt 300,- EUR müssten vom Beklagten übernommen werden. Ferner legte der Kläger eine Leistungsaufstellung vom 16. Januar 2013 der DKV vor, aus der sich ergibt, dass sich im Rahmen dieser Abrechnung für Behandlungen/Medikamente vom 7. Januar 2013 dem Kläger die Jahresselbstbeteiligung für 2013 i. H. v. 300,- EUR abgezogen wurde. Der Beklagte wies den Widerspruch des Klägers mit Widerspruchsbescheid vom 3. Mai 2013 zurück und führte aus, die Beiträge zur pKV seien in Höhe der Beitragsforderung berücksichtigt worden. Etwaige Selbstbeteiligungen für die Anschaffung von Medikamenten habe der Kläger selbst zu tragen. Für deren Übernahme existiere schlichtweg keine Rechtsgrundlage.

Mit der am 16. Mai 2013 erhobenen Klage hat der Kläger die Übernahme von Mietkosten i. H. v. 325,07 EUR monatlich und "anteilig" (entweder monatlich 1/12 von 300,- EUR oder monatlich den Differenzbetrag von 305,16 EUR - 205,98 EUR) der Kosten der Selbstbeteiligung für die pKV begehrt. Er hat vorgetragen: Nach dem Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 18. Januar 2011 – [B 4 AS 108/10 R](#) – seien alle Kosten für die pKV zu übernehmen. Soweit die Kosten für die Selbstbeteiligung nicht berücksichtigt würden, verstoße dies gegen den Gleichheitsgrundsatz. Er wäre dann schlechter gestellt als jeder gesetzlich Versicherte. Der Beklagte hat dem Kläger mit Änderungsbescheid vom 5. Juli 2013 für den Zeitraum 1. Februar 2013 bis 31. März 2013 Leistungen nach dem SGB II unter Berücksichtigung von Mietkosten i. H. v. 325,07 EUR vorläufig bewilligt.

Das Sozialgericht (SG) Berlin hat die Klage mit Gerichtsbescheid vom 18. März 2014 abgewiesen. Zur Begründung ist ausgeführt: Soweit der Kläger die Übernahme höherer KdU begehre, sei die Klage unzulässig. Denn das Rechtsschutzbedürfnis sei mit dem Erlass des Änderungsbescheides vom 5. Juli 2013 entfallen. Im Übrigen sei die Klage zulässig, jedoch unbegründet. Der Beklagte sei nicht verpflichtet, dem Kläger über den Zuschuss in Höhe des monatlichen Beitrags zu seiner pKV hinaus Leistungen für die mit der Krankenkasse vereinbarte Selbstbeteiligung zu gewähren. Insoweit sei auf die zutreffende Begründung des Urteils des Landessozialgerichts (LSG) Hamburg vom 26.

September 2013 – [L 4 AS 348/12](#) –, juris, zu verweisen.

Mit der vom SG zugelassenen Berufung verfolgt der Kläger nur noch sein Begehren auf Übernahme der Kosten für die Selbstbeteiligung weiter. Er trägt ergänzend vor: Sein Tarif liege nur deshalb unter dem halbierten Basistarif, weil er ein "Kombiangebot" sei. Es gebe kein Alternativangebot ohne Selbstbeteiligung. Die Selbstbeteiligung sei voll umfänglich Bestandteil des Tarifs und der Krankenversicherung. Sie habe eine Steuerungs- und Kostendämpfungsfunktion. Im Übrigen handele es sich bei seinem Tarif um eine Selbstbeteiligung auf Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel und nicht wie in dem vom SG angeführten Urteil um einen Selbstbehalt, bis zu dessen Erreichen man nicht krankenversichert sei. Das sei ein grundlegender Unterschied, denn er könne sich ab dem 1 Euro behandeln lassen. Es gehe ihm "nur" um Medikamente. Der Wechsel in den Basistarif wäre eine Option, allerdings müssten bei einem neuen Einkommenserwerb umgehend sofort das Doppelte für die Krankenversicherung gezahlt werden und es würde die bis dahin nicht gezahlte Hälfte des Basistarifes fällig werden. Damit würde ein Negativanreiz geschaffen werden und die "Schuldsumme" bei der pKV würde umso größer werden, je länger die Hilfebedürftigkeit bestehe. Es bleibe ferner die Frage nach der Wahlfreiheit der Krankenkasse und des Krankenkassentarifs, was ein "hohes" Gut sei. Solange man mit dem Gesamtkostenbeitrag unter dem halbierten Basistarif zur pKV bleibe, müsse man auch den Tarif frei wählen können.

Der Kläger beantragt sinngemäß,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Berlin vom 18. März 2014 sowie den Bescheid vom 29. Januar 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 3. Mai 2013 zu ändern und den Beklagten zu verurteilen, für den Zeitraum 1. Februar 2013 bis 31. März 2013 die jährlichen Kosten der Selbstbeteiligung der privaten Krankenversicherung anteilig zu übernehmen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er verteidigt das angegriffene Urteil.

Wegen des Vorbringens der Beteiligten im Übrigen wird auf deren vorbereitende Schriftsätze nebst Anlagen Bezug genommen.

Die Gerichtsakten sowie Band IV der Leistungsakten der Beklagten haben vorgelegen und sind Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung durch Urteil ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt ([§§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz – SGG –](#)).

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung des Klägers ist unbegründet.

Streitgegenstand des Verfahrens ist, nachdem der Beklagte mit dem während des Klageverfahrens ergangenen Änderungsbescheid vom 5. Juli 2013 die vollen KdU bewilligt hat und der Kläger mit der Berufung nur die Übernahme von Kosten für seine pKV geltend macht, nur noch die monatlich anteilige Übernahme der vom Kläger mit seiner Krankenkasse vereinbarten jährlichen Selbstbeteiligung von 300,- EUR bzw. die monatliche Zahlung eines Differenzbetrags von 99,68 EUR (Basistarif i.H.v. 305,16 EUR abzüglich des in der Höhe der geforderten Versicherungsbeiträge bewilligten Zuschusses von 205,48 EUR) an den Kläger.

Der Kläger hat keinen Anspruch auf Leistungen zur Deckung der mit seiner Krankenkasse vereinbarten Selbstbeteiligung an seinen Krankheitskosten. Die angefochtenen Bescheide sind rechtmäßig und verletzen den Kläger nicht in seinen Rechten, soweit mit ihnen die Übernahme von Kosten für die vom Kläger gewählte Selbstbeteiligung für seine pKV für die Monate Februar und März 2013 abgelehnt worden ist.

Ein Anspruch auf Leistungen zur Deckung der mit der Krankenkasse vereinbarten Selbstbeteiligung an den Krankheitskosten ergibt sich insbesondere nicht aus [§ 26 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB II](#) in der ab 1. April 2012 geltenden Fassung. Danach gilt für Bezieher von Arbeitslosengeld II, die in der gesetzlichen Krankenversicherung weder versicherungspflichtig noch familienversichert sind und die für den Fall der Krankheit bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, [§ 12 Abs. 1](#) lit. c Satz 5 und 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes – VAG –. Danach zahlt bei Bedürftigkeit des Versicherten der zuständige Träger nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch den Beitrag zur privaten Krankenversicherung bis zu dem Betrag, der auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen ist. Die von der Kläger geltend gemachten Kosten unterfallen schon deshalb nicht den vorgenannten gesetzlichen Vorschriften, weil es sich nicht um von dem Kläger geschuldete Beiträge zum privaten Krankenversicherungsunternehmen handelt, sondern um Kosten, für die aufgrund vertraglicher Vereinbarung eines Selbstbehalts kein Kostenerstattungsanspruch gegenüber der Krankenversicherung besteht (so auch LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 16. Mai 2011, – [L 19 AS 2130/10](#) –, juris und Beschluss vom 26. Juni 2013 – [L 2 AS 495/13 B](#), juris; ebenso LSG Hamburg, Urteil vom 26. September 2013 – [L 4 AS 2013](#) –, juris). In diesem Sinne ist der Kläger bis zur Höhe des vereinbarten Selbstbehalts von 300,- EUR jährlich im Rechtssinne nicht krankenversichert. Denn das private Krankenversicherungsunternehmen hat die Versicherung des Krankheitsrisikos des Klägers nach dem Wesen des Vertrags mit dem Kläger nur für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittelkosten vereinbart, soweit die Kosten hierfür den Betrag von 300,- EUR jährlich übersteigen. Übersteigen diese Krankheitskosten diesen Betrag nicht, sind sie entgegen der Auffassung des Klägers nicht versichert und er hat sie deshalb selbst zu tragen. Insofern liegt der Fall nicht anders, als wenn eine Selbstbeteiligung für Behandlungskosten vereinbart worden wäre. Der Versicherungsbeitrag, den der Kläger seinem Versicherungsunternehmen gegenüber zu leisten hat (im Tarif "BSO"), berücksichtigt dies und ist deshalb geringer als bei einer "Vollversicherung". Schon deshalb kann der Selbstbehalt nicht den Tatbestandsvoraussetzungen von [§ 26 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB II](#) i.V.m. [§ 12 Abs. 1c Satz 4, 5 und 6 VVG](#), wo ausschließlich von zu zahlenden Beiträgen die Rede ist, unterworfen werden. Im Übrigen ist in [§ 26 Abs. 4 SGB II](#) geregelt, dass der Zuschuss zu den Versicherungsbeiträgen an das Versicherungsunternehmen zu zahlen ist, bei dem die leistungsberechtigte Person versichert ist. Dies

verdeutlicht weiter, dass die von dem Kläger geltend gemachten Kosten, deren Zahlung er wegen in Höhe des Selbstbehalts noch nicht vollständig erstatteter Krankheitskosten an sich anstrebt, nicht zu den Beiträgen im Sinne dieser Vorschrift gehören.

Der geltend gemachte Anspruch kann auch nicht auf [§ 21 Abs. 6 Satz 1 SGB II](#) in der ab 1. April 2011 geltenden Fassung gestützt werden. Danach wird bei Leistungsberechtigten ein Mehrbedarf anerkannt, soweit im Einzelfall ein unabweisbarer, laufender, nicht nur einmaliger besonderer Bedarf besteht. Die Voraussetzungen dieser Regelungen liegen bereits deshalb nicht vor, weil der sich aus dem Selbstbehalt ergebende Bedarf nicht unabweisbar ist. Die Wahl eines Tarifs mit Selbstbehalt beruht auf der Ausübung eines Gestaltungsrechts durch den Kläger, der jederzeit die Möglichkeit hätte, in einen Basistarif ohne Selbstbehalt zu wechseln. Der Wechsel in einen Basistarif ist auch dann zumutbar, wenn damit im Einzelfall Leistungsverlechterungen verbunden sind. Denn die Leistungen des Basistarifs müssen gemäß [§ 12 Abs. 1](#) lit. a Satz 1 VAG denen der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (SGB V) in Art, Umfang und Höhe vergleichbar sein und bieten daher einen angemessenen Krankenversicherungsschutz. Anspruch auf ein darüber hinausgehendes Versorgungsniveau im Krankheitsfall besteht nicht (so auch BayLSG, Urteil vom 19. Juli 2011 – [L 8 SO 26/11](#) -, juris).

Der Kläger hat auch keinen Anspruch auf Übernahme der Selbstbeteiligungskosten gegen den Sozialhilfeträger auf der Grundlage des Sozialgesetzbuches – Sozialhilfe – (SGB XII). Nach [§ 73 SGB XII](#) können Leistungen in sonstigen Lebenslagen erbracht werden, wenn sie den Einsatz öffentlicher Mittel rechtfertigen. Erforderlich ist zunächst, dass eine sog atypische Bedarfslage vorliegt. Durch das Abstellen auf eine sog atypische Bedarfslage soll verhindert werden, dass die Norm zu einer allgemeinen Auffangregelung für Leistungsempfänger des SGB II mutiert (vgl. [BSGE 97, 242](#); BSG, Urteil vom 19. August 2010 – [B 14 AS 13/10 R](#) = SozR 4-3500 § 73 Nr. 3; siehe ferner LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 16. November 2010 – [L 18 AS 1432/08](#), juris). Voraussetzung eines Anspruchs nach [§ 73 SGB XII](#) ist mithin eine besondere Bedarfslage, die eine gewisse Nähe zu den speziell in den [§§ 47 bis 74 SGB XII](#) geregelten Bedarfslagen aufweist. Zudem darf es sich nicht um hinzunehmende Bagatelbedürfnisse oder Bedürfnisse ohne Grundrechtsbezug handeln. Dagegen ist nicht Voraussetzung des Vorliegens eines atypischen Bedarfs iS des [§ 73 SGB XII](#), dass ein solcher Bedarf nur im Einzel- oder Ausnahmefall vorliegt. Zwar dürfte der vom Kläger hier geltend gemachte Bedarf eine sachliche Nähe zu den sog. Hilfen zur Gesundheit gemäß [§§ 47 ff SGB XII](#) aufweisen. Eine besondere Bedarfslage ist jedoch nur dann anzuerkennen, wenn der geltend gemachte Bedarf auch im System des SGB V nicht befriedigt werden kann (vgl. BSG aaO). Der Bedarf des Klägers lässt sich zwar nicht im System des SGB V befriedigen. Wie bereits ausgeführt hat der Kläger jedoch die Möglichkeit, durch Wahl des Basistarifs einen dem Schutzniveau der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechenden Krankenversicherungsschutz zu erlangen, sodass dementsprechend eine besondere Bedarfslage iS des [§ 73 SGB XII](#) hier nicht zu anzuerkennen ist.

Fehlt es an einer Rechtsgrundlage für das Begehren des Klägers, führt seine Argumentation, die Übernahme des Selbstbehalts durch die Beklagte verursache geringere Kosten als ein Wechsel in den Basistarif, ebenfalls nicht zum Erfolg. Eine den einzelnen Regeln des SGB II vorgehende rein wirtschaftliche Betrachtung des Leistungsfalls kann dem SGB II nicht entnommen werden (vgl. Krauß, in Hauck/Noftz, SGB II, Stand: Februar 2014, § 26 Rn. 78). Eine andere Bewertung folgt auch nicht aus dem von dem Kläger geltend gemachten Aspekt, ein Wechsel in den Basistarif sei für ihn unzumutbar, weil er nach einem "neuen Einkommenserwerb" sofort das Doppelte für die pKV zahlen müsste. Der Kläger erkennt dabei, dass bei Aufnahme einer abhängigen Beschäftigung eine Weiterführung der privaten Krankenversicherung einen Verdienst oberhalb der Versicherungspflichtgrenze voraussetzt. Soweit der Kläger meint, bei einem "neuen Einkommenserwerb" würde die bis dahin nicht gezahlte Hälfte des Basistarifs fällig und die Schuldsumme würde um so größer, je länger die Hilfebedürftigkeit bestehe, ist dies nicht nachvollziehbar. Nach dem vom Kläger selbst angeführten Urteil des BSG vom 18. Januar 2011 – [B 4 AS 108/10 R](#) - wird für Bezieher von Arbeitslosengeld II für die Dauer des Leistungsbezugs der Beitrag zur privaten Krankenversicherung ohne höhenmäßige Begrenzung übernommen. Soweit der Kläger schließlich auf das hohe Gut der Wahlfreiheit von Krankenkasse und Krankenkassentarif verweist, ergibt sich ohne eine entsprechende gesetzliche Regelung aus dieser Freiheit kein Anspruch von Leistungsempfängern nach dem SGB II auf Übernahme der durch die Ausübung dieser Freiheit herbeigeführten finanziellen Belastungen durch einen Sozialleistungsträger.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Gründe für eine Zulassung der Revision nach [§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 oder 2 SGG](#) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2015-04-23