

L 20 SO 11/05

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Sozialhilfe
Abteilung
20

1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 23 SO 179/05

Datum
14.10.2005

2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 20 SO 11/05

Datum
22.05.2006

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 14.10.2005 wird zurückgewiesen. Kosten sind nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten, ob die Beklagte Kosten für eine private Krankenzusatzversicherung der Klägerin nach [§ 32 Abs. 2](#) Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch - Sozialhilfe (SGB XII) übernehmen muss.

Zwischen den Beteiligten waren insoweit bereits Verfahren in der Verwaltungsgerichtsbarkeit anhängig, in denen die Klägerin sämtlich unterlegen ist.

Die am 00.00.1945 geborene Klägerin erlitt - erstmals im Jahre 2001 - drei Schlaganfälle. Sie leidet ferner an einer Autoimmunhepatitis; eine Lebertransplantation soll durchgeführt werden. Ihr wurde nach ihren Angaben ein Grad der Behinderung (GdB) von 100 sowie das Merkzeichen "G" zuerkannt. Derzeit streitet sie mit ihrer Pflegekasse, ob ihr Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) nach der Pflegestufe I zustehen.

Die Klägerin ist bei der I Krankenversicherung freiwillig krankenversichert. Daneben ist sie aus der Zeit vor ihrer Erkrankung privat bei dem Versicherer T zusatzkrankenversichert wegen Zahnbehandlungskosten (bis 31.12.2005) und Kosten für stationäre Behandlung; der Monatsbetrag beläuft sich auf 84,52 EUR, seit 01.01.2006 (nach Aufgabe der Zahnversicherung) auf 71,21 EUR.

Seit dem 01.06.2003 bezog die Klägerin Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG).

Mit Bescheid "über die Gewährung von Leistungen nach dem SGB XII" vom 16.12.2004 bewilligte die Beklagte Leistungen für den Zeitraum 01.09.2004 bis 31.08.2005 (monatlich Regelsatz i.H.v. 345,00 EUR, Mehrbedarf nach [§ 30 Abs. 1 Nr. 2 SGB XII](#) i.H.v. 58,65 EUR, Kosten einer Haushaltshilfe i.H.v. 121,66 EUR, Unterkunftskosten i.H.v. 320,00 EUR; abzüglich einer bezogenen österreichischen Erwerbsunfähigkeitsrente i.H.v. 497,97 EUR).

Hiergegen legte die Klägerin Widerspruch ein mit der Begründung, die Leistungen müssten auch die Kosten ihrer Versicherung bei der I Krankenkasse, die Krankenzusatzversicherung (T), ihre Hausratversicherung sowie ihre private Haftpflichtversicherung berücksichtigen.

Mit Änderungsbescheid vom 27.01.2005 half die Beklagte dem Widerspruch insoweit ab, als ab dem 01.01.2005 die Beiträge für die I Krankenversicherung übernommen wurden.

Mit weiterem Änderungsbescheid vom 15.02.2005 übernahm die Beklagte die Beiträge zur privaten Haftpflichtversicherung (monatlich 5,60 EUR). Zugleich teilte sie mit, Beiträge für eine private Hausratversicherung würden nicht übernommen; eine Berücksichtigung erfolge im Rahmen der Einkommensbereinigung. Die Klägerin teilte daraufhin mit, der Widerspruch bleibe bzgl. der Beiträge zur privaten Krankenzusatzversicherung und zur Hausratversicherung aufrecht erhalten.

Mit einem Änderungsbescheid vom 22.03.2005 berücksichtigte die Beklagte rechnerisch die Erhöhung der österreichischen Rente auf 505,44 EUR.

Mit weiterem Änderungsbescheid vom 06.04.2005 half die Beklagte dem Widerspruch hinsichtlich der Beiträge zur Hausratversicherung teilweise ab. Die Klägerin sei versehentlich nicht darüber informiert worden, dass solche Beiträge nicht auf Dauer anerkannt werden könnten. Sie würden deshalb vorläufig berücksichtigt; da eine Hausratversicherung nach [§ 82 Abs. 2 SGB XII](#) nicht zum notwendigen Bedarf gehöre, gelte dies jedoch nicht auf Dauer. Die Klägerin werde daher aufgefordert, ihre Hausratversicherung zu kündigen, und entsprechende Unterlagen (Beitragsrechnung und Bescheinigung, zu welchem frühesten Termin die Versicherung gekündigt werden könne) vorzulegen. Die Klägerin teilte mit, ihr Widerspruch gelte für den Fall weiter, dass der entsprechende Bedarf nicht mehr anerkannt werde.

Mit weiterem Änderungsbescheid vom 18.05.2005 berücksichtigte die Beklagte rechnerisch eine doppelte österreichische Rentenzahlung (die Rente wird 14 mal pro Jahr gezahlt).

Mit weiterem Bescheid vom 15.06.2005 übernahm die Beklagte auf Antrag der Klägerin weitere Unterkunftskosten laut einer Heiz- und Nebenkostenabrechnung vom 06.06.2005 i.H.v. 79,64 EUR.

Mit Widerspruchsbescheid vom 27.07.2005 wies die Beklagte (nach Untätigkeitsklage S 23 SO 151/05 SG Düsseldorf) den Widerspruch hinsichtlich der Berücksichtigung von Beiträgen zur privaten Krankenzusatzversicherung zurück. Hinsichtlich des Bewilligungszeitraumes 01.09.2004 bis 31.12.2004 stehe § 3 Abs. 1 Nr. 3 des Gesetzes über eine bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSiG) i.V.m. § 13 BSHG der Berücksichtigung entgegen. Die private Krankenzusatzversicherung sei auch kein geschützter Vermögensbestandteil; sie sei nicht in § 88 Abs. 2 BSHG genannt; auf diese Vorschrift verweise § 3 Abs. 2 GSiG. Hinsichtlich des Bewilligungszeitraumes 01.01. bis 30.08.2005 umfassten die Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach [§ 42 Satz 1 Nr. 4 SGB XII](#) die Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge nach [§ 32 SGB XII](#); diese Vorschrift sei wortgleich mit § 13 Abs. 2 Satz 1 BSHG, so dass die hierzu geltenden Grundsätze fortbeständen. Hinsichtlich der Hausratversicherung bestehe kein aktuelles Rechtsschutzinteresse der Klägerin mehr, da für die Dauer des mit dem angefochtenen Bescheid vom 16.12.2004 geregelten Bezugszeitraumes die Leistungen übernommen worden seien.

Hiergegen hat die Klägerin am 15.08.2005 Klage erhoben. Sie hat (durch Bezugnahme auf ihren Vortrag im Verfahren auf Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes S 23 SO 153/05 ER SG Düsseldorf) vorgetragen, sie könne die Kosten für ihre Krankenzusatzversicherung derzeit nur mit Hilfe Dritter tragen, was unzumutbar sei. Angesichts ihres Krankheitszustandes und seines bisherigen Verlaufs sei die Zusatzversicherung (neben Zahnkosten vor allem betreffend Mehrleistungen bei stationärer Behandlung, insbesondere für Einzelzimmerunterbringung und Chefarztbehandlung) für sie unbedingt erforderlich und unverzichtbar. Sie sei im Krankenhaus in den bei ihr auftretenden kritischen Situationen (blutsturzähnliche Anfälle) auf ein Einzelzimmer mit Toilette angewiesen; der zusätzliche Versicherungsschutz sei für sie kein Luxus, sondern bittere, ihrem Krankheitsbild entsprechende Notwendigkeit. Müsste sie den Versicherungsschutz jetzt aufgeben, könnte sie ihn später mit Blick auf ihre Vorerkrankungen und ihr Lebensalter niemals wieder erreichen, auch nicht zu einem höheren Preis. Der bestehende Versicherungsschutz sei Teil ihres sozialen Besitzstandes, der in ihrer konkreten Situation etwas umfänglicher und komfortabler sein dürfe, als es bei durchschnittlich gesunden Personen notwendig erscheine. Die ungleiche Behandlung Ungleicher sei Bestandteil des Gleichheitsgrundsatzes und der Einzelfallgerechtigkeit. Ein bloßes Verneinen ihres Begehrens stelle keine Ermessensausübung dar. Die Behauptung der Beklagten, dass der gesetzliche Krankenversicherungsschutz genüge, lasse die Ermessensspielräume bezüglich Zumutbarkeit, Wirtschaftlichkeit und Unwiederbringlichkeit bei Verlust des zusätzlichen Versicherungsschutzes ungeprüft. Die Zusatzversicherung sei eine Art Vermögensbestandteil, der ihr erhalten und geschützt werden müsse. Müsste sie ihn aufgeben, würde jenseits der Einzelfallgerechtigkeit eine Entscheidung zugunsten des privaten Versicherers getroffen, der als lachender Dritter ein schweres Risiko bequem los würde. Sie hingegen wäre dann zeitlebens die Dumme, die trotz chronischer Erkrankung und immer wiederkehrender Krankenhausaufenthalte (u.a. Lebertransplantation) mit einem deutlich geringeren gesetzlichen Versicherungsschutz auskommen müsse, selbst wenn sie eines Tages nicht mehr sozialhilfebedürftig sein sollte. Es sei ein unwürdiger Zustand, dass sie als sparsame und stolze Handwerksmeisterin (Friseurmeisterin) praktisch betteln gehen müsse, um sich ihren notwendigen Versicherungsschutz zu erhalten.

Die Klägerin hat sinngemäß beantragt,

die Beklagte unter Änderung des Bescheides vom 16.12.2004 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27.07.2005 zu verurteilen, in die der Klägerin gewährten Leistungen ihren Aufwand für die private Zusatzkrankenversicherung bei dem Versicherer T zusätzlich einzubeziehen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat u.a. auf die bereits ergangenen verwaltungsgerichtlichen Entscheidungen verwiesen und an ihrer Entscheidung festgehalten.

Mit Urteil vom 14.10.2005 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Der Klägerin seien durch die angefochtenen Bescheide für die Zeit vom 01.09. bis 31.12.2004 Leistungen nach dem GSiG und für die Zeit vom 01.01. bis 30.08.2005 nach dem SGB XII rechtmäßig jeweils unter Ausschluss der Beiträge für die private Krankenzusatzversicherung gewährt worden. Weder nach dem GSiG noch nach dem SGB XII bestehe ein Anspruch auf Übernahme dieser Beiträge. Auf die Entscheidungsgründe des sozialgerichtlichen Urteils wird Bezug genommen.

Gegen das am 05.11.2005 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 21.11.2005 Berufung eingelegt. Sie trägt vor, sie sei bei der I Krankenkasse als selbständige Handwerksmeisterin im gesetzlichen Rahmen versichert; die dort auch gegebene Möglichkeit einer privaten Krankenversicherung habe sie nicht genutzt. Es bestehe daher kein Anlass, die Anwendung des § 13 Abs. 1 Satz 1 BSHG zu verneinen. Leider sei es richtig, dass sie nicht nur für kurze Dauer auf laufende Hilfe zum Lebensunterhalt angewiesen sein werde. Um so wichtiger sei für sie die Aufrechterhaltung ihrer Zusatzversicherung, die sie aus Resten ihrer Ersparnisse sowie durch äußerst eingeschränkte Lebensführung weiter bezahle, weil sie in ständiger Angst vor neuen Krankenhausaufenthalten lebe. Die Argumentation des Sozialgericht laufe darauf hinaus, dass nicht sein könne, was nicht sein dürfe. Komme es danach zu keiner Ermessensausübung, so bleibe die Einzelfallgerechtigkeit, die bei jeder gerichtlichen Entscheidung geboten sei, ebenso auf der Strecke wie die gebotene Ungleichbehandlung von Ungleichen. Es gehe bei ihr nicht um einen vorsorglichen Versicherungsschutz, der hoffentlich niemals in Anspruch genommen werde,

sondern um einen tatsächlich wiederholt in Anspruch genommenen Versicherungsschutz, der mit Einzelzimmerunterbringung und Chefarztbehandlung nicht nur angenehm, sondern nötig gewesen sei, um den Heilungsverlauf zu fördern. Gleiches werde gelten, wenn die Lebertransplantation vorgenommen werde. Nicht jeder habe dieses Schicksal zu tragen, und nicht jeder habe auch die notwendige Vorsorge getroffen. Aber jeder wisse, dass der gesetzliche Krankenversicherungsschutz bei schwierigen, stationär zu behandelnden Erkrankungen gelinde gesagt sehr verbesserungsbedürftig sei. Eine deshalb abgeschlossene private Zusatzversicherung sei weder unvernünftig noch unangemessen. Die im Urteil des Sozialgerichts angeführten Vorschriften des BSHG besagten trotz einiger Hinweise auf die - nur - entsprechende Anwendung der Regelungen zur gesetzlichen Krankenversicherung nicht, dass exakt nur in den Grenzen der gesetzlichen Krankenversicherung geleistet werden dürfe; § 37 i.V.m. §§ 27 ff. BSHG sagten dazu nichts. § 38 Abs. 2 Satz 1 BSHG (gemeint offenbar: i.d.F. bis 31.12.2003) verlange sogar ausdrücklich die Befriedigung des im Einzelfall notwendigen Bedarfs. Maßgeblich sei deshalb zunächst der konkrete Bedarf im Einzelfall; erst dann sei zu klären, ob dieser "entsprechend", also nicht strikt und ausschließlich nach den Regeln der gesetzlichen Krankenversicherung, befriedigt werden könne. Mithin sei die einfache Schlussfolgerung, alles außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung sei unangemessen, falsch. Ebenso falsch sei es dann, die Voraussetzungen für eine Ermessensentscheidung zu verneinen. Dabei sei dann zu berücksichtigen, dass ihre Zusatzversicherung einen Vermögensbestandteil mit wirtschaftlichen Vorteilen darstelle, der im Falle der Aufgabe der Versicherung unwiederbringlich verloren wäre, was bei ihrem Krankheitszustand unzumutbar wäre. Ein Urteil, welches ihren nun einmal vorhandenen, bedarfsgerechten Besitzstand ignoriere und damit gefährde, könne keinen Bestand haben. In der Sozialgerichtsbarkeit hätten Begriffe wie Treu und Glauben oder die Zumutbarkeit einer Maßnahme im Einzelfall durchaus Geltung.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 14.10.2005 aufzuheben und die Beklagte unter Änderung ihres Bescheides vom 16.12.2004 in der Fassung der Änderungsbescheide vom 27.01, 15.02, 22.03, 06.04. und 18.05.2005 sowie in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27.07.2005 zu verurteilen, mit den ihr gewährten Leistungen zusätzlich die Kosten ihrer privaten Krankenzusatzversicherung i.H.v. 84,52 EUR monatlich bei dem Versicherer T zu übernehmen.

Sie regt an, im Unterliegensfall die Revision zuzulassen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verweist auf die verwaltungsgerichtlichen Entscheidungen. Bei der Versicherung der Klägerin bei der T handle es sich um eine zusätzliche Ergänzung der durch die Hanseatische Krankenkasse sichergestellten gesetzlichen vorgeschriebenen Leistungen nach dem SGB V. Es könne insofern dahingestellt bleiben, ob die Klägerin Weiterversicherte bzw. Rentenantragstellerin i.S.d. § 13 Abs. 1 BSHG sei oder aber zu den sonstigen Fällen des § 13 Abs. 2 BSHG gehöre. Denn sowohl Abs. 1 als auch Abs. 2 der Vorschrift bezögen sich genau genommen lediglich auf die Übernahme der reinen Krankenversicherungsbeiträge zur Sicherstellung ausschließlich der nach dem SGB V gesetzlich vorgeschriebenen Leistungen und nicht - wie hier in Frage stehend - auf Zusatzversicherungen. Sofern die Klägerin auf die bis zum 31.12.2004 geltende Vorschrift des § 38 BSHG verweise, wonach eine Befriedigung des im Einzelfall notwendigen Bedarfs in voller Höhe ausdrücklich verlangt werde, sei zunächst einmal zu berücksichtigen, dass diese Vorschrift auf Leistungen der Krankenhilfe selbst abgezielt habe und nicht auf die Frage von Versicherungsbeiträgen, aus denen ggf. entsprechende Leistungen folgen könnten; ferner habe die Vorschrift auf evtl. finanzielle Eigenleistungen zu den nach dem SGB V gesetzlich vorgeschriebenen Leistungen abgezielt, nicht aber auf solche, die über den Leistungskatalog des SGB V hinausgingen. Auf die Frage der Beiträge für die Zusatzversicherung der Klägerin sei § 38 BSHG deshalb nicht anwendbar. Selbst im Falle der Anwendbarkeit der Vorschrift dürfte sich der im Einzelfall notwendige Bedarf an der medizinischen Notwendigkeit zu orientieren haben, welche wiederum die Art und Weise der medizinischen Versorgung bestimme und damit auch Personen zuteil werde, die nur über die gesetzliche Krankenversicherung ohne Zusatzversicherung abgesichert seien. Anderenfalls entstünde auch ein Widerspruch zu § 37 Abs. 1 BSHG, wonach in Fällen, in denen keinerlei Absicherung über ein Versicherungsunternehmen möglich gewesen sei, Leistungen durch den Sozialhilfeträger zur Krankenbehandlung, Krankheitserkennung, Heilung, Verschlimmerungsverhütung oder Beschwerdelinderung ausdrücklich lediglich entsprechend dem Dritten Kapitel, Fünften Abschnitt, Ersten Titel des SGB V zu gewähren gewesen seien. Nach den naturgemäß eng umgrenzten sozialhilferechtlichen Gesichtspunkten seien die Kosten der Zusatzversicherung der Klägerin nicht angemessen; die Klägerin müsse diese Kosten daher aus den Regelleistungen selbst aufbringen oder in diesem Bereich Einschränkungen in Kauf nehmen.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen. Der Inhalt war Gegenstand der mündlichen Verhandlung.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Klägerin ist zulässig, aber unbegründet.

Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen. Die angefochtenen Bescheide verletzen die Klägerin nicht i.S.d. [§ 54 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) in ihren Rechten. Sie hat keinen Anspruch auf Übernahme der Kosten für ihre private Krankenzusatzversicherung aus Mitteln der Sozialhilfe.

Die Klägerin gehört - was zwischen den Beteiligten nicht streitig ist - zu den Personen, die nach § 1 Nr. 2, § 2 Abs. 1 Satz 1 GSiG (01.09. bis 31.12.2004) bzw. nach [§ 41 Abs. 1 Nr. 2, Abs. 2 SGB XII](#) (01.01. bis 30.08.2005) wegen dauerhafter, voller Erwerbsminderung i.S. des [§ 43 Abs. 2](#) Sozialgesetzbuch Sechstes Buch - Gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI) vor Erreichen des 65. Lebensjahres und gleichzeitiger Unfähigkeit, den Lebensunterhalt aus eigenem Vermögen oder Einkommen zu bestreiten, Anspruch auf Leistungen nach dem GSiG bzw. auf Leistungen der Grundsicherung bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII haben.

Diese Leistungen nach dem GSiG umfassen nach § 3 Abs. 1 Nr. 3 GSiG u.a. die Übernahme von Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen entsprechend § 13 BSHG. Die Leistungen nach dem SGB XII umfassen nach [§ 42 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB XII](#) die Übernahme von Kranken-

und Pflegeversicherungsbeiträge entsprechend [§ 32 SGB XII](#).

Es kann dahinstehen, ob die Klägerin als "Weiterversicherte" bzw. "Rentenantragstellerin" i.S.v. § 13 Abs. 1 BSHG bzw. § 32 Abs. 1 SGB XII oder als ein "sonstiger Fall" i.S. § 13 Abs. 2 BSHG bzw. des [§ 32 Abs. 2 SGB XII](#) anzusehen ist. § 13 Abs. 1 BSHG und [§ 32 Abs. 1 SGB XII](#) ermöglichen jeweils von vornherein nur eine Übernahme der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung; um eine solche handelt es sich bei der - neben der Krankenversicherung der Klägerin bei der I Krankenversicherung bestehenden - privaten Krankenzusatzversicherung bei dem Versicherer T ersichtlich nicht. Nach § 13 Abs. 2 Satz 1, 1. Halbsatz BSHG bzw. (wortgleich) [§ 32 Abs. 2 Satz 1 SGB XII](#) können (in "sonstigen Fällen") Beiträge für eine freiwillige Krankenversicherung übernommen werden, soweit sie angemessen sind. "Angemessen" ist als unbestimmter Rechtsbegriff gerichtlich uneingeschränkt überprüfbar; dabei sind Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung - wie die von der Beklagten auch übernommenen Beiträge der Klägerin zu I Krankenversicherung - in aller Regel als angemessen anzusehen (Grube in Grube/Wahrendorf, SGB XII, München 2005, § 32 Rz. 14; Renn/Schock, Die neue Grundsicherung, 2002, Rz. 84). Zwar erscheint es durchaus denkbar, dass auch Beiträge zu privaten Krankenversicherungen als angemessen angesehen werden. Dies gilt jedoch nur für den Fall, dass durch die private Versicherung zu in etwa den gleichen Beiträgen, wie sie auch in der gesetzlichen Krankenversicherung zu entrichten wären, ein Leistungsumfang bei Krankheit abgedeckt wäre, wie ihn die gesetzliche Krankenversicherung auch abdecken würde, mithin ein entsprechender Schutz vor Krankheit gewährleistet wäre, so dass der Hilfetrager nicht zusätzlich noch mit Leistungen nach [§§ 47 ff. SGB XII](#) (Hilfen zur Gesundheit) eintreten müsste (vgl. hierzu Grube a.a.O.); entsprechendes gilt für die Zeit bis zum 31.12.2004 bzgl. zusätzlicher Leistungen nach [§§ 36 ff. BSHG](#) (Hilfe bei Krankheit, vorbeugende und sonstige Hilfe).

Beiträge für eine private Krankenversicherung, welche - wie die Zusatzversicherung der Klägerin - Leistungen im Krankheitsfall abdeckt, die über das Leistungsniveau der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehen, sind demgegenüber niemals "angemessen" i.S.d. § 13 Abs. 2 Satz 1, 1. Halbsatz BSHG bzw. § 13 Abs. 2 Satz 1 SGB XII. Denn es ist nicht Sinn einer Sozialhilfeleistung, Leistungen zu gewähren, die über einen typischerweise als für eine menschenwürdige Lebensführung notwendigen Standardbedarf hinausgehen ("konventionelles Existenzminimum"; Eichendorfer in Rothkegel [Hrsg.], Sozialhilferecht, 2005, S. 15 Rz. 15 m.N.). Dementsprechend kann eine hilfeweise gewährleistete Versicherung gegen Krankheit auch nicht über das hinausgehen, was in der gebotenen Typisierung als in der Bundesrepublik Deutschland zu fordernder Standard der Behandlung im Krankheitsfalle anzusehen ist. Dies aber ist der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung, der für den Großteil der Bevölkerung die alleinige Versicherungsleistung im Krankheitsfalle bietet. Sozialhilferechtlichen Ausdruck hat dies im Übrigen in den Regelungen gefunden, die für Hilfebedürftige gelten, die nicht in einer (gesetzlichen oder freiwilligen) Krankenversicherung versicherungsfähig sind. Sie waren bis zum 31.12.2004 auf Hilfe bei Krankheit, vorbeugende und sonstige Hilfe nach [§§ 36 ff. BSHG](#) angewiesen bzw. erhalten heute Hilfen zur Gesundheit nach [§§ 47 ff. SGB XII](#), sofern Sie nicht als Statusversicherte nach [§ 264 Abs. 2 bis 7 SGB V](#) zu behandeln sind. Auch in diesem Fall ist das Leistungsniveau der gesetzlichen Krankenversicherung ebenfalls nicht überschritten (vgl. nun Jansen, Kostorz/Wahrendorf, ZFSH/SGB 2004, 387,391).

Das BSHG aber gewährte Leistungen im Krankheitsfall allein nach den Grundsätzen der gesetzlichen Krankenversicherung. Nach § 37 Abs. 1 Satz 1 BSHG wurden, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern, Leistungen zur Krankenbehandlung entsprechend dem Dritten Kapitel, Fünften Abschnitt, Ersten Titel (also [§§ 27 ff.](#)) des SGB V gewährt. Auch das SGB XII orientiert sich bei der Hilfe in Krankheitsfällen an den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Denn nach [§ 48 Satz 1 SGB XII](#) werden ebenfalls - wie nach § 37 Abs. 1 Satz 1 BSHG - Leistungen zur Krankenbehandlung entsprechend dem Dritten Kapitel, Fünfter Abschnitt, Erster Titel des SGB V erbracht.

Stehen diese Leistungen der Klägerin durch ihre von der Beklagten gewährleistete freiwillige Versicherung bei der I Krankenkasse in vollem Umfang zur Verfügung, wäre eine weitere sozialhilfeweise Gewährung zusätzlichen Krankenversicherungsschutzes für Leistungen oberhalb des Leistungsniveaus der gesetzlichen Krankenversicherung eine Leistungsgewährung contra legem. Zwar ist es bei dem Krankheitsbild der Klägerin, das mit häufigen und längeren Krankenhausaufenthalten aufgrund schwerster Erkrankungen verbunden ist, für den Senat mehr als verständlich, dass ihr daran gelegen ist, ihre wohl erworbenen Versicherungsansprüche aus der Zusatzversicherung zu erhalten, zumal in der Prognose entsprechende Versicherungsfälle noch häufiger eintreten werden, was zugleich eine Rückkehr in eine entsprechende private Zusatzversicherung nach einem etwaigen Ende der Sozialhilfebedürftigkeit schon wegen des hohen zu versichernden Risikos praktisch ausschließen dürfte. Dies rechtfertigt es jedoch nicht, eine Versicherungs- und damit Vermögensposition der Klägerin zu Lasten der Allgemeinheit zu perpetuieren, die jedem anderen Hilfeempfänger (auch dem vergleichbar schwer erkrankten) ebenfalls zu versagen wäre. Sofern die Klägerin hiergegen Gesichtspunkte von Treu und Glauben, Einzelfallgerechtigkeit oder Zumutbarkeit anführt, begehrt sie letzten Endes, der Senat möge sie individuell sozialhilferechtlich besser stellen als dies der gesetzliche Leistungsrahmen der Sozialhilfe vorsieht. Dies ist dem Senat, bei allem Verständnis für die Krankheitssituation der Klägerin, wegen seiner Bindung an das Gesetz nicht möglich. Ausnahmetatbestände, die der individuellen Situation der Klägerin Rechnung tragen ließen, sind weder im SGB i.V.m. dem BSHG noch im SGB XII vorgesehen. Sie sind auch von Verfassungs wegen nicht notwendig, da das konventionelle Existenzminimum (s.o.) für den Krankheitsfall mit dem Rückgriff letztlich auf den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung im Falle der Klägerin wie in jedem anderen Hilfefalle gewährleistet ist. Es ist im übrigen der Klägerin - auch unter den Gesichtspunkten von Treu und Glauben oder von Einzelfallgerechtigkeit - nicht weniger als jedem anderen Hilfebedürftigen zuzumuten, sich auf dieses Leistungsniveau einzustellen. Ein Verstoß gegen den Gleichheitsgrundsatz ([Art. 3 Abs. 1 GG](#)) ist dabei nicht erkennbar; Hilfeempfänger mit vergleichbar schweren und stationär behandlungsbedürftigen Erkrankungen werden nicht anders behandelt als die Klägerin. Aus dem Umstand, dass es ihr in früheren Zeiten wirtschaftlich möglich war, eine private Versicherung für Einbettzimmer und Chefarztbehandlung zu halten, folgt kein Anspruch, diesen (auch) wirtschaftlichen Vorteil auch im Sozialhilfefalle aufrecht zu erhalten und damit besser gestellt zu werden als andere Hilfebedürftige.

Soweit die Klägerin insoweit eine fehlerhafte Ermessensentscheidung der Beklagten rügt, so verkennt sie, dass (einzig) eine Übernahme von Beiträgen in "sonstigen Fällen" des § 13 Abs. 2 Satz 1, 1. Halbsatz BSHG bzw. § 32 Abs. 2 Satz 1 SGB XII zwar eine Ermessensentscheidung des Hilfetragers ist, die Folge einer die Beitragsübernahme bejahenden Entscheidung gleichwohl auf die Übernahme allein von angemessenen Beiträgen beschränkt ist. Da die Klägerin jedoch die sozialhilfeweise Übernahme unangemessener Beiträge begehrt, stellt sich die Frage einer fehlerhaften Ermessensausübung nicht.

Ein darüber hinausgehender, durch gebundene Entscheidung der Beklagten festzustellender Anspruch der Klägerin nach § 13 Abs. 2 Satz 1, 2. Halbsatz BSHG bzw. § 32 Abs. 2 Satz 2 SGB XII (Beitragsübernahme zur Aufrechterhaltung einer freiwilligen Krankenversicherung) scheidet schon deshalb aus, weil ein solcher Anspruch allein bei voraussichtlich nur für kurze Dauer (prognostisch ca. sechs Monate; Grube

a.a.O. Rz. 17) zu leistender Hilfe zum Lebensunterhalt besteht, was bei der bereits seit längerem aus gesundheitlichen Gründen hilfebedürftigen Klägerin nicht der Fall ist; im Übrigen müssten auch hier die Beiträge "angemessen" sein (Grube a.a.O. Rz. 16).

Entgegen der Ansicht der Klägerin kommt eine Übernahme der Beiträge für ihre private Krankenzusatzversicherung durch die Beklagte auch nicht deshalb in Betracht, weil in § 3 Abs. 1 Nr. 3 GSiG eine Übernahme von Krankenversicherungsbeiträgen nur "entsprechend" § 13 BSHG bzw. in [§ 42 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB XII](#) nur "entsprechend" [§ 32 SGB XII](#) bestimmt ist. Eine entsprechende Anwendung kann nicht dazu führen, den Anwendungsrahmen der entsprechend anzuwendenden Norm ersichtlich zu sprengen, d.h. hier einen Leistungsanspruch anzunehmen, der bei unmittelbarer Geltung von § 13 BSHG bzw. § 32 SGB XII ersichtlich contra legem gewährt würde.

Eine von der Klägerin für möglich gehaltene Heranziehung von § 38 Abs. 2 Satz 1 BSHG (i.d.F. bis 31.12.2003) unter dem Gesichtspunkt des "im Einzelfall notwendigen Bedarfs" ist schon deshalb auszuschließen weil die Hilfen bei Krankheit i.S. des Vierten Unterabschnitts des Zweiten Abschnitts des BSHG (§§ 37 f. BSHG) nach § 37 Abs. 1 BSHG wiederum nur Leistungen entsprechend dem Dritten Kapitel, Fünften Abschnitt, Ersten Titel des SGB V beinhalten und sich damit ebenfalls allein am Leistungsrahmen der gesetzlichen Krankenversicherung orientieren. Dies gilt ungeachtet der Frage, ob die genannte Vorschrift auf den hier maßgeblichen Bewilligungszeitraum überhaupt anzuwendenden ist.

Auch unter dem Gesichtspunkt eines etwa nach § 88 Abs. 3 Satz 1 und 2 BSHG bzw. § 90 Abs. 3 SGB XII bei der Sozialhilfegewährung geschützten Vermögens ergibt sich von vornherein kein anderes Ergebnis. Unbeschadet der Frage, ob die Nichtgewährung einer zusätzlichen Sozialhilfeleistung (Versicherungsbeiträge) überhaupt dem dem Vermögensschutz i.S.d. Vorschriften unterfallen kann, ist jedenfalls der Lebenssachverhalt, den die Klägerin zur Überprüfung des Senats stellt, insoweit spezieller und abschließend in § 13 BSHG bzw. § 32 SGB XII geregelt. Aus diesem Grund ist auch eine gesetzliche Regelungslücke, die zu einer analogen Anwendung von § 88 Abs. 3 Satz 1 und 2 BSHG bzw. von [§ 90 Abs. 3 SGB XII](#) Anlass geben könnte, von vornherein nicht vorhanden.

Entsprechendes gilt auch für die Bemessung der Sozialhilfe nach der Besonderheit des Einzelfalles i.S.v. § 3 Abs. 1 Satz 1 BSHG bzw. § 9 Abs. 1 SGB XII und für die Rücksichtnahme auf angemessene Wünsche des Hilfeempfängers i.S.v. § 3 Abs. 2 Satz 1 BSHG bzw. § 9 Abs. 2 Satz 1 SGB XII. Was im Einzelfall notwendig und angemessen ist, bestimmt das Gesetz zur Frage der Übernahme von Krankenversicherungsbeiträgen in § 13 BSHG bzw. § 32 SGB XII selbst.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision nach [§ 160 Abs. 2 SGG](#) bestehen nicht.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2009-10-28