L 4 AS 348/12

Land
Hamburg
Sozialgericht
LSG Hamburg
Sachgebiet
Grundsicherung für Arbeitsuchende
Abteilung
4
1. Instanz
SG Hamburg (HAM)
Aktenzeichen
S 26 AS 3985/10
Datum
20.06.2012
2. Instanz
LSG Hamburg
Aktenzeichen
L 4 AS 348/12
Datum
26.09.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten werden nicht erstattet. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Übernahme der mit ihrer privaten Krankenversicherung vertraglich vereinbarten Selbstbeteiligung an den Kosten für ärztliche Behandlungen bzw. die Erstattung der in Höhe der Selbstbeteiligung bei ihr angefallenen Rechnungen für ärztliche Behandlungen. Die am xxxxx 1978 geborene Klägerin stand seit dem Jahre 2010 im Leistungsbezug nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch – SGB II –. Zuvor war sie als Massagetherapeutin selbständig tätig und seit Anfang des Jahres 2009 bei der C. Krankenversicherung AG privat krankenversichert. Die Beitragshöhe für die Krankenversicherung betrug monatlich im Jahre 2010 130,09 EUR und im Jahre 2011 165,70 EUR. Hinzu kam jeweils der Beitrag für die Pflegeversicherung (monatlich 2010:19,69 EUR und 2011:19,47 EUR). In dem von der Klägerin bei ihrer Krankenversicherung gewählten Tarif "KEH 750" war im Jahre 2010 für die Klägerin eine Selbstbeteiligung in Höhe von 750,00 EUR jährlich, im Jahre 2011 in Höhe von 800,00 EUR vereinbart worden. Im Jahre 2010 war bei der Klägerin eine Krebserkrankung diagnostiziert worden, weshalb sie ihrer Berufstätigkeit nicht mehr nachkommen konnte. Seit August 2010 nahm sie Leistungen der Grundsicherung nach dem SGB II in Anspruch. Mit (vorläufigem) Bescheid vom 1. September 2010 wurden der Klägerin Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts in Höhe von monatlich 1.055,50 EUR für die Zeit vom 1. August 2010 bis zum 31. Januar 2011 bewilligt. Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung wurden zunächst in Höhe von monatlich 145,74 EUR übernommen. Mit Schreiben vom 6. September 2010 beantragte die Klägerin zusätzlich die Kostenübernahme der mit ihrer Krankenversicherung vereinbarten Selbstbeteiligung für medizinische Behandlungen in Höhe von 750,00 EUR jährlich bzw. auf das Jahr umgerechnet 62,50 EUR monatlich und legte Rechnungen über ärztliche Behandlungen vor, die von ihrer Krankenversicherung aufgrund des vereinbarten Tarifs mit Selbstbeteiligung "KEH 750" nicht erstattet worden waren. Die Gewährung der Selbstbeteiligung aus Mitteln des SGB II lehnte der Beklagte mit Bescheid vom 9. September 2010 ab. Hiergegen erhob die Klägerin mit Schreiben vom 14. September 2010 Widerspruch, der mit Widerspruchsbescheid vom 20. Oktober 2010 zurückgewiesen wurde. Zur Begründung hieß es, dass für die private Kranken- und Pflegeversicherung monatlich nur ein Beitrag von 145,74 EUR gewährt werden könne, was dem Beitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II entspreche. Hierauf sei die Leistungspflicht begrenzt, so dass die Übernahme der Selbstbeteiligung nicht erfolgen könne. Hiergegen hat die Klägerin am 2. November 2010 Klage vor dem Sozialgericht erhoben. Mit Wirkung zum 1. Januar 2011 hat die C. Krankenversicherung AG die Selbst-beteiligung auf jährlich 800,00 EUR und den monatlichen Beitrag auf 165,70 EUR (185,17 EUR incl. Pflegeversicherungsbeitrag) erhöht. Die Klägerin hat dem Sozialgericht vier im Januar 2011 angefallene Rechnungen für medizinische Behandlungen von insgesamt 1.172,96 EUR eingereicht, durch die die Selbstbeteiligung für das Jahr 2011 bereits überstiegen würde. Im Mai 2011 hat der Beklagte sich im Verfahren vor dem Sozialgericht infolge der Entscheidung des Bundessozialgerichts zur Höhe des Zuschusses zu Versicherungsbeiträgen bei privat krankenversicherten Empfängern von Leistungen nach dem SGB II vom 18. Januar 2011 (Az.: B 4 AS 108/10 R) zur Gewährung der monatlichen Versicherungsbeiträge der Klägerin in voller Höhe bereit erklärt und den noch fehlenden Differenzbetrag im streitbefangenen Zeitraum ausgeglichen. Die Gewährung der Selbstbeteiligung in voller Höhe oder anteilig hat der Beklagte ebenso wie die Erstattung von der Krankenkasse nicht übernommenen ärztlichen Behandlungsrechnungen weiterhin abgelehnt. Die Klägerin hat ihre Klage damit begründet, dass der Beklagte nach ihrer Meinung zusätzlich Leistungen in Höhe der mit der Krankenversicherung vereinbarten Selbstbeteiligung zu bewilligen habe. Der Anspruch finde seine Grundlage in der analogen bzw. verfassungskonformen Anwendung von § 26 SGB II oder in der Annahme eines Härtefalls, für den nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts und des Bundesverfassungsgerichts das Existenzminimum gesichert werden müsse. Auf einen zuverlässigen Krankenversicherungsschutz sei die Klägerin angewiesen. Ein Wechsel in einen Tarif ohne Selbstbeteiligung sei nicht zumutbar. Dies sei bereits wirtschaftlich sinnlos, da bei einem Tarifwechsel auch die vom Beklagten zu zahlenden Beiträge deutlich höher wären. Eine Rückkehr in den günstigen Tarif mit Selbstbeteiligung sei dann ebenfalls nicht mehr möglich. Alternativ bestehe die Möglichkeit, dass der Beklagte die im streitigen Zeitraum in Höhe der Selbstbeteiligung angefallenen und von der Krankenversicherung nicht

ausgeglichenen Arztrechnungen unmittelbar erstatte. Durch die aufgelaufenen Arztrechnungen sei die Klägerin in große Bedrängnis geraten. Der Beklagte ist dem entgegengetreten. Er hat vorgetragen, dass es für die Übernahme der Selbstbeteiligung keine gesetzliche Grundlage gebe. Er habe die Beiträge zur Krankenversicherung im zulässigen Umfang übernommen. Ein darüber hinausgehender Anspruch der Klägerin bestehe jedoch nicht. Mit Urteil vom 20. Juni 2012 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, dass die von der Klägerin begehrte Leistung, die in der Zahlung der ärztlichen Aufwendungen bis zur Höhe der Selbstbeteiligung bestehe, keine Zahlungen von Beiträgen an die Krankenversicherung darstelle und daher auf Grundlage von § 26 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB II i.V.m. § 12 Abs. 1c Satz 5 und 6 Versicherungsvertragsgesetz – VVG - nicht beansprucht werden könne. Für die von der Klägerin begehrten Leistungen gäbe es keine Rechtsgrundlage. Auch das Bundessozialgericht habe sich in den hierzu ergangenen Entscheidungen nur zu der Frage geäußert, ob Beiträge zur privaten Krankenversicherung in dem Umfang zu übernehmen seien, wie Beiträge zu einer freiwilligen gesetzlichen Krankenversicherung. Aus diesen Entscheidungen ließe sich aber nicht folgern, dass Leistungsempfänger, die eine private Krankenversicherung abgeschlossen hätten, hinsichtlich ihrer gesamten Aufwendungen für die Gesundheitskosten einschließlich der Selbstbeteiligung gesetzlich Versicherten in jedem Fall gleichzustellen sind. Ob der Vortrag der Klägerin, dass der Aspekt der Selbstbeteiligung im Gesetzgebungsverfahren schlicht vergessen worden sei, richtig ist, bedürfe keiner Bewertung. Die Kammer sei nicht der Auffassung, dass eine Gesetzeslücke bei der Übernahme der Gesundheitskosten vorliege, die im Wege der verfassungskonformen Auslegung des § 26 SGB II zu schließen sei oder dass durch die Annahme eines besonderen Bedarfs im Sinne des § 21 Abs. 6 SGB II die Übernahme der Selbstbeteiligung zu erfolgen habe. Das Sozialgericht hat sich dabei dem Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 16. Mai 2011 (L 19 AS 2130/10) zur Übernahme der Selbstbeteiligung in der privaten Krankenversicherung angeschlossen und aus der Urteilsbegründung zu dieser Rechtsfrage wie folgt zitiert: "Aus der Tatsache, dass der an das private Krankenversicherungsunternehmen zu zahlende Beitrag aufgrund einer vertraglich vereinbarten Kostenbeteiligung des Versicherungsnehmers geringer als die Hälfte des Basistarifs ist, lässt sich keine Verpflichtung des Beklagten ableiten, sich an den Kosten des privaten Krankenversicherungsschutzes bis zur Hälfte des Basistarifs zu beteiligen. Eine Einstandspflicht des Beklagten als Leistungsträgers des SGB II für eine über den Rahmen des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V) hinausgehende Versorgung der Leistungsberechtigten sieht das Gesetz nicht vor (vgl. BSG Urteil vom 19.09.2008 - B 14/7b AS 10/07 R = juris Rn 26; Urteil vom 15.12.2010 - B 14 AS 44/09 R = juris Rn 20; Urteil vom 27.02.2008 - B 14/7b AS 64/06 = juris Rn 31). Eine solche Verpflichtung ergibt sich auch nicht aus dem Grundrecht auf Gewährung des menschenwürdigen Existenzminimums aus Art. 1 Abs. 1 Grundgesetz (GG) i.V.m. Art. 20 Abs. 1 GG, das auch die Sicherstellung einer ausreichenden medizinischen Versorgung umfasst (BVerfG Urteil vom 09.02.2010 - 1 BvL 1/09 = juris Rn 135). Eine Versorgung im Rahmen des SGB V ist bei Leistungsbeziehern, die privat krankenversichert sind, durch den sog. "Basistarif" gewährleistet, dessen Vertragsleistungen nach § 12 Abs. 1a VAG in Art, Umfang und Höhe den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des SGB V, auf die ein Anspruch besteht, jeweils vergleichbar sein müssen, und für dessen Abschluss ein Kontrahierungszwang für die privaten Krankenversicherungsunternehmen besteht (vgl. zum Basistarif: BVerfG Urteil vom 10.06.2009 - 1 BvR 706/08 u.a.). Deshalb rechtfertigt der vom Kläger angeführte Gesichtspunkt, dass die Vertragsleistungen in dem von ihm gewählten Tarif "EL400" besser als die Vertragsleistungen nach dem Basistarif sind, nicht, den Beklagten an den Kosten eines Krankenversicherungsschutzes, der in Art, Umfang oder Höhe über den des Dritten Kapitels des SGB V hinausgeht, zu beteiligen. Einem Leistungsberechtigten steht zwar ein Wahlrecht zu, ob er den Basistarif, dessen Kosten der Beklagte im Falle der Hilfebedürftigkeit in Höhe der Hälfte des Basistarifs nach § 26 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB II entsprechend zu tragen hat (vgl. BSG Urteil vom 18.01.2011 - B 4 AS 108/10 R), oder einen anderen Tarif mit seinem Versicherungsunternehmen zur Gewährleistung seines Krankenversicherungsschutzes vereinbart. Falls er eine andere Tarifform als den Basistarif wählt, hat der Leistungsberechtigte die sich daraus ergebenden finanziellen Belastungen, wie z.B. den vertraglich vereinbarten Selbstbehalt, selbst zu tragen, weil es sich bei diesen finanziellen Belastungen nicht um Beiträge handelt. Es kann dabei offen bleiben, ob der Zuschussbetrag generell auf die Höhe des hälftigen Basistarifs begrenzt ist. Gegen eine Beteiligung des Leistungsträgers an dem Selbstbehalt in Form einer anteiligen monatlichen Umlage, vorliegend 400,00 EUR: 12 Monate = 33,33 EUR mtl., spricht auch, dass das SGB II lediglich die Beteiligung des Leistungsträgers an den tatsächlich im Bewilligungszeitraum anfallenden Aufwendungen für einen ausreichenden Krankenversicherungsschutz bis zu einer bestimmten Höhe vorsieht. Demgegenüber realisieren sich die finanziellen Belastungen des Selbstbehalts erst bei Anfall von Gesundheitskosten, d.h. bei Inanspruchnahme der vertraglich vereinbarten Leistungen.

Ebenso ergibt sich aus der vom Bundesverfassungsgericht in der Entscheidung vom 09.02.2010 angeordneten Härtefallregelung (1 BvL 1/09 = juris Rn 207 f.) bzw. aus der ab dem 03.06.2010 geltenden Bestimmung des § 21 Abs. 6 SGB II kein Anspruch des Klägers auf Übernahme der Kosten für einen privaten Krankenversicherungsschutz zumindest bis zur Hälfte des Basistarifs, die über den vertraglich vereinbarten Beitrag zur privaten Krankenversicherung hinausgehen. Die Voraussetzungen der Härtefallregelung sind nicht gegeben. Diese setzt das Bestehen eines über den Regelbedarf hinausgehenden unabweisbaren, laufenden, nicht nur einmaligen, besonderen Bedarfes voraus. Offenbleiben kann, ob es sich beim Selbstbehalt, also der Beteiligung des Klägers an seinen Gesundheitskosten in Höhe von maximal 400,00 EUR jährlich, um einen laufenden, d.h. wiederkehrenden Bedarf, handelt oder um einen einmaligen Bedarf, der erst bei Entstehen der Gesundheitskosten, d. h. bei Inanspruchnahme der vertraglich vereinbarten Leistungen bis zu 400,00 EUR entsteht. Denn der sich aus dem Selbstbehalt ergebende Bedarf ist nicht unabweisbar, da seine Entstehung auf der Ausübung eines Gestaltungsrechts des Klägers beruht und für den Kläger die Möglichkeit bestanden hat, einen ausreichenden Krankenversicherungsschutz durch die Vereinbarung des Basistarifs mit seinem Versicherungsunternehmen ohne Kostenbeteiligung zu erlangen. Auch die Tatsache, dass in dem Bewilligungszeitraum noch nicht geklärt gewesen ist, dass der Beklagte einen Zuschuss nach § 26 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB II in Höhe der Hälfte des Basistarifs zu leisten hat, vielmehr der Beklagte seine Leistungspflicht aus § 26 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB II auf einen Betrag in Höhe von 124,32 EUR mtl. begrenzt hat, begründet für den Kläger keinen unabweisbaren Bedarf aus subjektiver Sicht, da die sich aus der Vereinbarung des Tarifs "EL400" ergebenden finanziellen Belastungen (Beitragszahlung + Kostenbeteiligung in Form eines Selbsthalts) höher gewesen sind als die jährliche Beitragsbelastung aus dem Basistarif."

Das Sozialgericht hat weiter ausgeführt, das wirtschaftlich verständliche Argument der Klägerin, dass ein Wechsel in einen Tarif ohne Selbstbeteiligung auch für den Beklagten im Ergebnis finanziell ungünstiger gewesen wäre und dass eine Rückkehr in den günstigeren Tarif der Krankenversicherung ohne Gesundheitsprüfung nicht möglich sei, ändere an seiner Rechtsauffassung nichts. Der Beklagte habe im Rahmen seiner Leistungspflicht zwar gewisse Spielräume, innerhalb derer er die Wirtschaftlichkeit und die finanziellen Auswirkungen der Bewilligung von Leistungen berücksichtigen könne, die von der Klägerin begehrte Leistungsbewilligung könne jedoch nicht nur unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten erfolgen, wenn zugleich eine Gesetzesgrundlage für das Begehren nicht zur Verfügung stehe. Der Beklagte sei auch nicht verpflichtet, eine bestimmte Tarifform der privaten Krankenversicherung zu unterstützen. Ebenso wenig habe die Klägerin einen Anspruch auf Bewilligung von Leistungen im Wege der Übernahme von Schulden. Die dafür notwendigen Voraussetzungen von § 22 Abs. 8 SGB II bzw. § 24 Abs. 1 SGB II lägen nicht vor. Auch sei nicht davon auszugehen, dass die aktuell notwendige ärztliche Versorgung der Klägerin gefährdet sein könnte. Das Urteil wurde der Prozessbevollmächtigten der Klägerin am 10. Oktober 2012 zugestellt. Am 12.

November 2012, einem Montag, hat die Klägerin die vorliegende Berufung erhoben. Sie verweist auf ihren Vortrag im Verfahren vor dem Sozialgericht und betont die wirtschaftliche Widersinnigkeit, mit der die Klägerin zu einem Wechsel des Krankenversicherungstarifs auf den hälftigen Basistarif ihrer Krankenversicherung gezwungen werden solle, wenn dieser im Ergebnis doch auch für den Beklagten teurer sei als die Gewährung der Selbstbeteiligung in Höhe von 750,- im Jahre 2010 bzw. 800,- EUR im Jahre 2011. Hinzu käme, dass der Versicherungsschutz im hälftigen Basistarif mit Bezug auf das Leistungsspektrum deutlich schlechter sei als der von der Klägerin gewählte Tarif mit Selbstbeteiligung. Auf das bessere Leistungsspektrum sei die Klägerin mit Blick auf die schwere Krebserkrankung, der sie seit 2010 ausgesetzt sei, auch in besonderer Weise angewiesen. Die Weigerung des Beklagten, die Selbstbeteiligung zu übernehmen, habe die Klägerin, da sie finanziell nicht in der Lage gewesen sei, die Selbstbeteiligung aus den Grundsicherungsleistungen zu zahlen, überdies auch gegenüber ihren Ärzten in eine schwierige Situation gebracht, da sie deren Rechnungen – teilweise – nicht habe bezahlen können. Sie trägt weiter vor, seit dem 1. Februar 2012 ihren Krankenversicherungstarif nunmehr auf den hälftigen Basistarif umgestellt zu haben. Mit Wirkung vom 1. April 2012 sei festgestellt worden, dass sie nicht mehr erwerbsfähig sei und sie beziehe nunmehr Leistungen nach dem SGB XII. Seither müsse die Klägerin etliche Untersuchungen, die im Rahmen der Krebstherapie erforderlich seien, selbst bezahlen, weil diese von ihrer Krankenversicherung nicht übernommen würden. Die Klägerin müsse daher nahezu ständig monatliche Raten, meist in Höhe von 50,- Euro, abzweigen um die Arztrechnungen ratenweise abzuzahlen. Dies sei eine Ungleichbehandlung, die gegen Art. 3 Abs. 1 GG verstoße, denn Leistungsbezieher nach dem SGB II, die gesetzlich oder privat in einem entsprechenden Tarif ohne Selbstbeteiligung versichert seien, erhielten die medizinisch notwendigen Behandlungen anstandslos. Seit dem 11. August 2010 wird durch das Versorgungsamt Hamburg ein GdB von 100 für die Klägerin anerkannt. Die Klägerin beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 20. Juni 2012 aufzuheben und unter Änderung der Bescheide des Beklagten vom 1. September 2010 und 9. September 2010 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 20. Oktober 2010 den Beklagten zu verurteilen, der Klägerin weitere Leistungen für den Krankenversicherungsschutz nach den gesetzlichen Vorschriften für den Leistungszeitraum von August 2010 bis Januar 2011 zu gewähren, bzw. die Klägerin von den Kosten für ärztliche Behandlungen in diesem Zeitraum freizustellen. Der Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen. Zur Begründung beruft er sich auf die Ausführungen des erstinstanzlichen Urteils und hält an seiner bereits im Widerspruchsbescheid zum Ausdruck gekommenen Rechtsauffassung fest. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die beigezogene Verwaltungsakte (BG 0317727) des Beklagten sowie auf die Gerichtsakte ergänzend Bezug genommen, soweit deren Inhalt Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

1. Die Berufung ist zulässig.

1.1. Sie ist fristgemäß erhoben. Grundsätzlich beträgt die Berufungsfrist gemäß § 151 Abs. 1 SGG einen Monat nach Zustellung der angefochtenen erstinstanzlichen Entscheidung. Hiervon ausgehend begann die Monatsfrist gemäß § 64 Abs. 1 SGG mit dem Tag nach der per Empfangsbekenntnis am 10. Oktober 2012 bewirkten Zustellung an die Prozessbevollmächtigte der Klägerin, mithin am 11. Oktober 2012 zu laufen und endete gemäß § 64 Abs. 2 S. 1 SGG mit Ablauf desjenigen Tages, welcher seiner Zahl nach dem Tag entspricht, in den das Ereignis fällt, mithin am Samstag, dem 10. November 2012. Die Berufungsschrift ist jedoch erst am Montag, dem 12. November 2012 beim LSG eingegangen. Die Klagfrist endete jedoch gemäß § 64 Abs. 3 SGG an diesem Tag, weil das Fristende auf einen Samstag fiel und sowohl der Samstag als auch der darauf folgende Sonntag das Ende der Klagfrist nicht bewirkt haben, sondern dieses erst mit Ablauf des nächsten Werktags, hier also Montag, den 12. November 2012 eintrat.

1.2. Auch ist der für die Zulässigkeit der Berufung gemäß § 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG erforderliche Gegenstandswert von mindestens 750,- EUR erreicht. Gegenstand des Verfahrens sind die Bescheide des Beklagten vom 1. und 9. September 2010 in der Fassung des Widerspruchsbescheids vom 20. Oktober 2010, mit denen der Beklagte der Klägerin für den Zeitraum vom 1. August 2010 bis 31. Januar 2011 Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II einschließlich eines Zuschusses zu den Versicherungsbeiträgen nach § 26 Abs. 2 und 3 SGB II (in der insoweit wortgleichen Gesetzesfassung vom 17.7.2009 gültig vom 1.1.2009 bis 31.12.2010 sowie 22.12.2010 gültig vom 1.1.2011 bis 31.3.2011) gewährt hat. Dabei ist es in der Rechtsprechung geklärt, dass der Zuschuss nach § 26 SGB II kein abtrennbarer Streitgegenstand ist, sondern nur zusammen mit den (hier durch Bescheid erlassenen und angefochtenen) Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts überprüft werden kann (BSG, Urteil vom 18.01.2011, Az.: B 4 AS 108/10 R). Zwar würde der Zeitraum von August bis Dezember 2010 (750,- EUR Selbstbeteiligung:12 Monate x 5 Monate = 312,50 EUR) zuzüglich dem im Januar 2011 für diesen Monat anfallenden 12. Teil von 800,- Selbstbeteiligung (= 66,66 EUR) für sich genommen nicht zur Überschreitung des notwendigen Gegenstandswerts von 750,- EUR nach § 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG und damit zur Zulässigkeit der Berufung führen, da die anteilige Selbstbeteiligung für diesen Zeitraum weit unter diesem Betrag liegt (312,50 + 66,66 = 379,16 EUR). Die Klägerin hat jedoch alternativ auch begehrt, von den im streitbefangenen Zeitraum angefallenen Kosten für ärztliche Behandlungen freigestellt zu werden, soweit sie nicht von ihrer Krankenversicherung übernommen worden sind. Da jedoch bereits im Januar 2011 vier Rechnungen für medizinische Behandlungen in Höhe von insgesamt 1.172,96 EUR angefallen sind, wodurch die im Jahre 2011 gültige Selbstbeteiligung von 800,- EUR überstiegen wurde, ist der notwendige Wert für die Zulässigkeit der Berufung erreicht.

2. Die Berufung ist jedoch nicht begründet. Der Beklagte ist nicht verpflichtet, der Klägerin neben der Gewährung eines Zuschusses in Höhe des monatlichen Beitrags zu ihrer privaten Krankenversicherung weitere Kosten, die im Rahmen ihrer Krankenversorgung entstanden sind – sei es die Übernahme des Selbstbehalts, seien es die für Krankenbehandlung entstandenen ärztlichen Rechnungen, die die Krankenversicherung der Klägerin nicht übernommen hat -, zu erstatten. Der Senat teilt die im angefochtenen Urteil des Sozialgerichts zum Ausdruck gekommene rechtliche Würdigung und nimmt auf die Urteilsgründe Bezug (§ 153 Abs. 2 SGG). Mit Blick auf die Berufungsbegründung wird wie folgt ergänzend ausgeführt:

2.1. Der Beklagte ist nicht verpflichtet, der Klägerin neben dem bereits gewährten Zuschuss in Höhe des monatlich anfallenden privaten Krankenversicherungsbeitrags einen Zuschuss zu dem mit der Krankenversicherung vereinbarten Selbstbehalt von 750,00 EUR – anteilig – für die Monate August bis Dezember 2010 bzw. 800,- EUR anteilig für den Monat Januar 2011 in Höhe der Differenz zwischen dem monatlichen Beitrag nach dem Tarif "KEH 750" von 130,09 EUR (zzgl. 19,69 EUR Beitrag zur Pflegeversicherung) und der Hälfte des Basistarifs ab 1.1.2010 in Höhe von 279,36 EUR und für Januar 2011 in Höhe der Differenz zwischen dem monatlichen Beitrag nach dem Tarif "KEH 750" von 146,23 EUR (zzgl. 19,47 EUR Beitrag zur Pflegeversicherung) und der Hälfte des Basistarifs ab 1.1.2011 in Höhe von 287,72 EUR zu gewähren bzw. sie von Kosten für ärztliche Behandlungen frei zu stellen. Eine solche Verpflichtung ergibt sich insbesondere nicht aus § 26 Abs. 2 SGB II. 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 S. 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. Vom Sozialgericht ist bereits zutreffend dargelegt worden, dass die von der Klägerin geltend gemachten Kosten schon deshalb nicht den vorgenannten gesetzlichen Vorschriften unterfallen, weil es sich nicht um von der Klägerin 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 16.05.2011, - L 19 AS 2130/10 und Beschluss vom 26.06.2013 – L 2 AS 495/13 B). In diesem Sinne ist die Klägerin bis zur Höhe des vereinbarten Selbstbehalts von 750,- EUR jährlich im Rechtssinne nicht krankenversichert. Denn das private Krankenversicherungsunternehmen hat die Versicherung des Krankheitsrisikos der Klägerin nach dem Wesen des Vertrags mit der Klägerin nur für Behandlungskosten vereinbart, wenn und soweit diese den Betrag von 750,- EUR jährlich übersteigen. Übersteigen die Behandlungskosten diesen Betrag nicht, hat die Klägerin diese selbst zu tragen. Der Beitrag, den sie ihrem Versicherungsunternehmen gegenüber zu leisten hat (im Tarif "KEH 750"), berücksichtigt dies und ist deshalb geringer als bei einer "Vollversicherung". Schon deshalb kann der Selbstbehalt nicht den Tatbestandsvoraussetzungen von § 26 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB II i.V.m. § 12 Abs. 1c S.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 der Klägerin geltend gemachten Kosten, deren Zahlung sie wegen in Höhe des Selbstbehalts noch nicht vollständig erstatteter ärztlicher Behandlungskosten an sich anstrebt, nicht zu den Beiträgen im Sinne dieser Vorschrift gehören.

Schließlich stößt das von der Klägerin angestrebte Klageziel auch wegen dessen fehlender Verwaltungspraktikabilität für den Beklagten auf Schwierigkeiten. Wegen der im SGB II auf Massenverwaltung ausgerichteten Fallbearbeitung bedarf es klarer und für die Verwaltung möglichst einfach handhabbarer Regeln zur Berechnung der Leistungsansprüche. Schon dieses Ziel ist bei dem aus der Leistungsstruktur des SGB II herausfallenden Selbstbehalt nur schwer erreichbar. Das Begehren der Klägerin würde eine monatliche Überprüfung der Zuschüsse zu den Kosten der Krankenvorsorge erfordern, da diese sich wegen der in der Höhe monatlich flexibel anfallenden Selbstbehaltskosten ständig verändern würden. Ungeklärt bleibt auch, wie der Fall zu regeln wäre, in dem – wie bei der Klägerin für das Jahr 2011 – der Selbstbehalt im ersten Monat des Kalenderjahres bereits überschritten wird, die Hilfebedürftigkeit jedoch – anders als im Falle der Klägerin - im Laufe des Jahres endet. Eine anteilige Übernahme des Selbstbehalts zu 1/12 nur für den ersten Kalendermonat würde dem Hilfeempfänger aus seiner finanziellen Not nicht heraushelfen, eine volle Übernahme bereits im ersten Monat des Jahres, die rechtlich vor dem Hintergrund der Wirkung des Selbstbehalts für das ganze Kalenderjahr auch kaum begründbar wäre, würde im Falle der baldigen Beendigung der Bedürftigkeit eine leistungsrechtliche Überzahlung mit tatsächlich und rechtlich schwierigen Rückforderungsfragen auslösen.

2.2. Der geltend gemachte Anspruch kann auch nicht auf § 21 Abs. 6 S. 1 SGB II 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 die Klägerin, die jederzeit die Möglichkeit hätte, in einen Basistarif ohne Selbstbehalt zu wechseln. Der Wechsel in einen Basistarif ist auch dann zumutbar, wenn damit im Einzelfall Leistungsverschlechterungen verbunden sind. Denn die Leistungen des Basistarifs müssen gemäß § 12 Abs. 1 lit. a S. 1 VAG denen der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch – 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 Bayerisches LSG, Urteil vom 19.07.2011 – L 8 SO 26/11, Rn. 29-31).

2.3. § 73 Satz 1 SGB XII kommt als Anspruchsgrundlage für die Übernahme der nicht gedeckten Beiträge zur privaten Krankenversicherung ebenfalls nicht in Betracht. Hiernach können Leistungen auch in sonstigen Lebenslagen erbracht werden, wenn sie den Einsatz öffentlicher Mittel rechtfertigen. Als sonstige Lebenslagen kommen aber nur atypische, nicht bereits durch andere Vorschriften des SGB XII erfasste Bedarfslagen in Betracht (BSG, Urteile vom 7.11.2006 - B 7b AS 14/06 R, Rn. 22; vom 11.12.2007 - B 8/9b SO 12/06 R, Rn. 24; und vom 18.01.2011 - B 4 AS 108/10 R, Rn. 22, sämtlich bei juris). Die hier im Streit stehende ist – wie zuvor bereits dargelegt – durch § 26 SGB II jedoch erfasst und geregelt.

Fehlt es an einer Rechtsgrundlage für das Begehren der Klägerin, führt ihre 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 schon nicht entnommen werden. Überdies wäre eine solche für den Beklagten auch nicht wirtschaftlich, denn er steht sich bei der Begrenzung der Leistungspflicht alleine auf den vertraglich gegenüber dem Krankenversicherungsunternehmen geschuldeten Beitrag günstiger als bei einer wie auch immer gearteten Hinzurechnung des Selbstbehalts auf den Beitrag, dies auch in den Fällen, in denen die Grenze des hälftigen Basistarifs unterschritten würde.

Eine andere Bewertung folgt auch nicht aus dem von der Klägerin geltend gemachten Aspekt, ein Wechsel in den Basistarif sei für sie unzumutbar, weil ihr nach Beendigung der Arbeitslosigkeit eine Rückkehr in ihren bisherigen Tarif erschwert werde. Unabhängig davon, dass mit Blick auf die schwere Erkrankung der Klägerin, die sich auch in ihrem zwischenzeitlich erfolgten Bezug von SGB-XII-Leistungen niederschlägt, aufgrund ihrer Erwerbsunfähigkeit nichts für eine unmittelbar bevorstehende Arbeitsaufnahme spricht, würde jedenfalls bei Aufnahme einer abhängigen Beschäftigung eine Weiterführung der privaten Krankenversicherung einen Verdienst oberhalb der Versicherungspflichtgrenze voraussetzen.

3. Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

4. Der Senat lässt die Revision nach § 160 Abs. 1 SGG zu, da der Fall in der hier besonderen Konstellation, in der der Versicherungsbeitrag zuzüglich der auf die Monate des Kalenderjahres umgelegten Selbstbeteiligung niedriger ist als der hälftige Basistarif, höchstrichterlich noch nicht entschieden wurde und auch mit Blick auf die Anzahl der betroffenen Fälle grundsätzliche Bedeutung haben dürfte.
Rechtskraft
Aus
Login

HAM
Saved
2014-02-03