

L 8 SO 246/15

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Sozialhilfe

Abteilung

8

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 22 SO 469/15

Datum

06.11.2015

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 8 SO 246/15

Datum

21.10.2016

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Zur Versorgungssituation bei im Basistarif Versicherten.

2. Die Erstattung des Basistarifes deckt den Bedarf in der Sozialhilfe.

3. Zur Vereinbarkeit einer Versicherung im Basistarif mit Grundrechten.

4. Zu den Voraussetzungen einer Klageänderung.

5. Weiterführung des Urteils des Bayer. LSG vom 19. Juli 2011 - [L 8 SO 26/11](#)

I. Die Berufung gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts München vom 6. November 2015 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um nicht im Basistarif erstattete Behandlungskosten in Höhe von 74,07 EUR sowie um die zukünftige Berücksichtigung eines Beitrags des Wahltarifs anstelle des Basistarifs in der privaten Krankenversicherung als Bedarf.

Die Klägerin war bis 2009 als Fachanwältin für Sozialrecht tätig. Bis Juni 2010 hatte sie Arbeitslosengeld II u.a. mit einem Zuschuss zu den Beiträgen zur privaten Krankenversicherung und Pflegeversicherung gemäß § 26 Abs. 1 SGB Sozialgesetzbuch Zweites Buch (SGB II) erhalten. Seit Juli 2010 erhält die Klägerin von der Beklagten Leistungen nach dem SGB XII und ist im Basistarif beim M.V. privat gegen Krankheit und wegen Pflege versichert.

Die Klägerin ist schwerbehindert mit einem Grad der Behinderung von 50 und bezieht eine Erwerbsminderungsrente aus der Anwaltsversorgung. Sie bezog zunächst mit Bescheid vom 13.12.2012 Hilfe zum Lebensunterhalt (drittes Kapitel des SGB XII). Den Gesamtbedarf setzte die Beklagte neben den Unterkunftsleistungen und der Regelleistung samt Aufstockungsbetrag mit den Beiträgen im Basistarif zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung an. In diese Periode fielen Kosten einer Vorsorgeuntersuchung der Uniklinik A-Stadt vom 13.03.2013 über 128,28 EUR, die nur in Höhe von 95,55 EUR von der Versicherung erstattet worden sind (Abrechnung vom 22.04.2013).

Mit Bescheid vom 13.12.2013 bewilligte die Beklagte erstmals Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung. Der Bewilligungszeitraum umfasst die Zeit vom 01.02.2014 bis zum 31.01.2015.

Am 24.03.2014 stellte der behandelnde Zahnarzt eine Rechnung an die Klägerin über 129,67 EUR, von der von der privaten Krankenversicherung nur ein Betrag in Höhe von 55,60 EUR übernommen wurde (Abrechnung vom 08.05.2014).

Mit Bescheid vom 02.12.2014 bewilligte die Beklagte die Grundsicherung für die Zeit vom 01.02.2015 bis zum 31.01.2016. Die private Krankenversicherung fand als Bedarf Berücksichtigung in Höhe von 313,88 EUR, die Pflegeversicherung in Höhe von 14,40 EUR. Mit Änderungsbescheid vom 05.12.2014 wurde die Erhöhung der Krankenversicherung um 6,19 EUR erfasst. Zwischenzeitlich erging ein weiterer Bescheid am 13.01.2016 mit Wirkung bis zum 31.01.2017. In diesem wurde der Bedarf für die private Krankenversicherung weiterhin in Höhe von 313,69 eingestellt bzw. für die Pflegeversicherung in Höhe von 14,40 EUR.

Am 24.02.2015 beantragte die Klägerin, ab 01.03.2015 die Kosten ihrer Kranken-/Pflegeversicherung im Wahltarif, einschließlich eines eventuellen Risikozuschlags sowie des tariflichen Selbstbehalts in Höhe von 1000 EUR jährlich bei der Berechnung ihres Bedarfs vom anzurechnenden Einkommen abzusetzen. Darüber hinaus beantragte sie die Übernahme der Behandlungskosten von 32,73 EUR und 74,07 EUR, die von der Versicherung im Basistarif nicht erstattet worden sind.

Mit Bescheid vom 18.03.2015 lehnte die Beklagte den Antrag vom 24.02.2015 ab. Der Widerspruch der Klägerin vom 20.04.2015 blieb erfolglos (Widerspruchsbescheid der Regierung von Oberbayern vom 23.07.2015. Mit dem Basistarif erhalte die Klägerin eine ausreichende medizinische Versorgung.

Hiergegen hat die Klägerin am 11.08.2015 Klage zum Sozialgericht München (SG) erhoben und die Verurteilung der Beklagten zur Zahlung von 106,80 EUR beantragt sowie zur Berücksichtigung der Aufwendungen für eine private Krankenversicherung zum Wahltarif einschließlich eines Risikozuschlages und eines Selbstbehalts ab dem Monatsersten, der auf die Rechtskraft des Urteils folge. Zur Begründung führte sie an, schlechte Erfahrungen mit dem Basistarif gemacht zu haben. Nur wenige Ärzte seien zu einer Behandlung zu dessen Bedingungen bereit. Die behandelnden Ärzte hätten ihr - trotz Hinweis auf ihre Versicherung im Basistarif - Rechnungen gestellt, die über den Erstattungssätzen des Basistarifs lägen. Die kassenärztliche Vereinigung Bayern habe ihre Anfrage damit beantwortet, dass der Arzt auch einen höheren Steigerungsfaktor abrechnen könne. Die Versorgung entspreche demnach nicht derjenigen gesetzlich Krankensicherter. Die bisherige Rechtsprechung übersehe die tatsächliche Versorgungssituation. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) seien bei Grundsicherungsempfängern die vollen Beiträge zur privaten Krankenversicherung zu tragen (Urteil vom 18. Januar 2011, B 4 A S 108/10 R). Im Übrigen brauche sie für bevorstehende Behandlungen die Gewissheit, dass die anfallenden Kosten vollständig erstattet werden würden.

Im Klageverfahren hat die Klägerin ein Angebot des M.V.s (vom 22.09.2015) zum Wahltarif 852/401 über einen monatlichen Gesamtbeitrag von 497,30 EUR vorgelegt. Die Beklagte hat sich zur Klage eingelassen. Der Antrag sei abzuweisen. Es bestehe nach Rechtsauffassung der Beklagten aus sozialhilferechtlicher Sicht kein Rechtsanspruch auf Übernahme der Kosten im Wahltarif (Schriftsatz vom 07.09.2015). Mit weiterem Schriftsatz vom 23.10.2015 wiederholt die Beklagte ihre Rechtsansicht unter Anführung von Rechtsprechung der Landessozialgerichte Berlin-Brandenburg und Nordrhein Westfalen sowie einen Hinweis auf die Vorschrift [§ 12 Abs. 1a VAG](#).

Durch Gerichtsbescheid vom 6. November 2015 hat das SG die Klage abgewiesen. Klagegegenstand sei der Bescheid vom 18.03.2015 mit Ablehnung der Erstattung von 106,80 EUR für Arztkosten und einer Zusicherung, die Kosten eines Wahltarifs anstelle nur der Beiträge für den Basistarif zu übernehmen. Zur Begründung führt das SG an, dass die Bewilligung der Grundsicherung zum Zeitpunkt der Antragstellung (24.02.2015) bereits bestandskräftig gewesen, so dass dieser Antrag als Antrag auf Abänderung der maßgeblichen Bescheide für die Monate März 2014 bzw. 2013 auszulegen sei. Es könne dahingestellt bleiben, ob die anzuwendende Änderungsvorschrift in § 44 Sozialgesetzbuch SGB X oder in [§ 48 SGB X](#) zu suchen sei. Nach [§ 116a SGB XII](#) i.V.m. [§ 44 Abs. 4 SGB X](#) scheidet aber eine nachträgliche Kostenübernahme für die Rechnung der LMU vom 13.03.2013 aus. Die Bewilligung für den Monat März 2014 sei nicht rechtswidrig. Ein Anspruch auf Übernahme dieser Kosten habe nicht bestanden. Denn in den rechtlichen und tatsächlichen Verhältnissen, die bei Erlass der Bewilligungsbescheide vorgelegen hätten ([§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#)) habe sich durch die Rechnungen der LMU (März 2013) bzw. des Zahnarztes (März 2014) nichts geändert. Die Klägerin habe zu keinem Zeitpunkt einen Anspruch auf Übernahme der nicht von der privaten Krankenversicherung übernommenen Leistungen und Honoraranteile gehabt. Die Klägerin sei im Basistarif privat krankenversichert. Der den Zahnarztkosten und der gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung zugrunde liegende Bedarf sei gedeckt worden, soweit es sich dabei um eine notwendige medizinische Versorgung gehandelt habe. Die Beklagte als Sozialhilfeträgerin habe keine Einstandspflicht für weitergehende medizinische Maßnahmen als im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung. Sie habe auch keinen Anspruch auf Übernahme von Kosten, die dadurch entstünden, dass die behandelnden Ärzte einen höheren Gebührensatz berechneten, als für im Basiswahltarif Versicherte übernommen würden. [§ 27a Abs. 4 SGB XII](#) scheidet als mögliche Anspruchsgrundlage aus. Die Aufwendungen für den Thin-Prep Test seien weder zwangsläufig und unabweisbar, noch liege eine erhebliche (hier nur einmalig 32,73 EUR) Abweichung vom durchschnittlichen Bedarf vor. Auch für die Übernahme der Restkosten aus der Rechnung des Zahnarztes vom März 2014 bestehe keine Verpflichtung der Beklagten. Die Abrechnung der Versicherung (Mai 2014) weise lediglich aus, dass ein Betrag in Höhe von 74,07 EUR nicht übernommen würde, ohne dass die nicht erstattungsfähigen Positionen im Einzelnen nachgewiesen wären. Am Rechnungsbetrag mit dem Faktor 2, 3 sei aber evident, dass die Differenz aus der Deckelung des Steigerungssatzes auf den Faktor 2,0 gem. [§ 75 Abs. 3 a SGB V](#) für im Basistarif Versicherte resultiere. Es gebe keinen Grund, den nicht erstatteten Betrag im Rahmen der Leistungen nach dem SGB XII auf Grundlage von [§ 27a Abs. 4 SGB XII](#) zu übernehmen. Diese Aufwendungen seien für die Klägerin weder zwangsläufig noch unabwendbar. Dabei könne offen bleiben, ob der Zahnarzt überhaupt berechtigt gewesen sei, höhere Steigerungssätze als den 2,0-fachen Satz zu berechnen, oder ob im Hinblick auf die Regelung in [§ 75 Abs. 3 a SGB V](#) auch eine einvernehmliche Abrechnung höherer Steigerungssätze ausgeschlossen sei.

Hinsichtlich der Berücksichtigung bzw. Übernahme der Versicherungsbeiträge im Wahltarif sei die Klage als Anfechtungs- und Verpflichtungsklage zulässig (§ 54 Abs. 1, 2 i.V.m. [§56 SGG](#)). Die Klage sei als Klage auf Erteilung einer Zusicherung auszulegen ([§ 123 SGG](#)). Die Übernahme der Beiträge zur Kranken-/Pflegeversicherung nach [§ 32 Abs. 5 SGB XII](#) iVm [§§ 19 Abs. 1, 42 Nr. 2 SGB XII](#) stelle einen gesonderten Regelungsgegenstand dar, der daher als Verwaltungsakt (31 SGB X) auch einer Zusicherung ([§ 34 SGB X](#)) zugänglich sei. Es handele sich bei der Zusicherung selbst ebenfalls um einen Verwaltungsakt im Sinne von [§ 31 SGB X](#), mit dem der Erlass eines oder wie hier zukünftiger Verwaltungsakte (für zukünftige Bewilligungsbescheide) verbindlich in Aussicht gestellt werde. Ob die Zusicherung erteilt werde, stehe grundsätzlich im Ermessen der Behörde, d. h. ein Anspruch auf die Zusicherung (nicht lediglich auf die ermessensfehlerfreie Entscheidung) bestünde im Falle einer Ermessensreduzierung auf Null. Der Anspruch auf Zusicherung setze ein berechtigtes Interesse auf verbindliche Vorabentscheidung voraus, wovon das SG aber ausgehe. Es sei der Klägerin nicht zuzumuten, den Tarif ihrer Krankenversicherung zu wechseln und finanzielle Verpflichtungen in Form höherer Beiträge einzugehen, ohne Klarheit zu haben, ob diese Beiträge dann von der Beklagten übernommen würden. Die Voraussetzungen für die Erteilung einer Zusicherung der Übernahme der Beiträge zur privaten Krankenversicherung/ Pflegeversicherung im Wahltarif lägen aber nicht vor. Bei der Bestimmung der Angemessenheit der Beiträge im Sinne von [§ 32 Abs. 5 Satz 1](#) i.V.m. [§ 42 Nr. 2 SGB XII](#) seien die Beitragsbemessungsregeln des [§ 12 Abs. 1c Satz 4](#) und 5 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) sowie des [§ 110 Abs. 2 Satz 3](#) und 4 SGB XI maßgeblich. Daher sei lediglich die Hälfte des Beitrags für den Basistarif (Krankenversicherung) und für die private Pflegeversicherung die Hälfte des Höchstbeitrags für die soziale Pflegeversicherung ([§ 110 Abs. 1 Nr. 2 Buchst e SGB XI](#)) als Bedarf im Rahmen des [§ 32 Abs. 5 SGB XII](#) zu berücksichtigen. Eine Ausnahme nach [§ 32 Abs. 5 Satz 2 SGB XII](#) komme für die dauerhaft auf Grundsicherungsleistungen angewiesene Klägerin nicht in Betracht. Das BSG habe es zwar nicht

ausgeschlossen, dass eventuell in bestimmten Konstellationen höhere Beiträge zu übernehmen sein könnten (vgl. BSG, Urt. v. 10.11.2011 - [B 8 SO 21/10 R](#) -, juris Rn. 15; Urt. v. 18.01.2011 - [B 4 AS 108/10 R](#) -, juris Rn. 20). Hierfür seien im Falle der Klägerin jedoch keine Anhaltspunkte ersichtlich. Der Basistarif bei einer privaten Krankenversicherung entspreche dem Leistungsniveau der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. [§ 12 Abs. 1a Satz 1 VAG](#)). Dem Grundrecht der Klägerin auf Sicherstellung eines menschenwürdigen Existenzminimums ([Art. 1 Abs. 1](#) i.V.m. [Art. 20 Abs. 1](#) Grundgesetz - GG) werde damit hinreichend Rechnung getragen (vgl. BVerfG, Beschl. v. 13.02.2008 - [2 BvL 1/06](#) -, juris Rn. 110 ff.; Urt. v. 09.02.2010 - [1 BvL 1/09](#) u.a. -, juris Rn. 148).

Hiergegen hat die Klägerin am 30.11.2015 Berufung zum Bayer. Landessozialgericht (LSG) erhoben.

Sie beantragt in der mündlichen Verhandlung,

1. die Beklagte abändernd zu verurteilen, den Bescheid der Beklagten vom 18.03.2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides der Regierung von Oberbayern vom 23.07.2015 aufzuheben,
2. an die Klägerin 74,07 EUR zu zahlen zuzüglich 4 % Zinsen ab 01.09.2015,
3. in Abänderung des Bescheides vom 13.01.2016 in der Fassung der Änderungsbescheide vom 01.02., 03.05., 06.06., 10.06. und 19.07.2016 ab dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt die Aufwendungen für eine private Krankenversicherung im Tarif 852 der "M.V., Krankenversicherung a. G.", A-Straße in A-Stadt einschließlich eines Risikozuschlages in Höhe von 28,68 EUR monatlich und des tariflichen Selbstbehalts von 1000,- EUR jährlich für ambulante Leistungen bei der Bedarfsberechnung zu berücksichtigen, hilfsweise den Antrag der Klägerin vom 24.02.2015 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts insoweit neu zu bescheiden,
4. die der Klägerin bis zum 31.01.2017 nach einem Wechsel in den Tarif 852 entstehenden Kosten für Heilpraktikerleistungen und durch Heilpraktiker verordnete Arzneimittel und Verbandmaterial, die im Zusammenhang mit Untersuchungen und Behandlungen von Erkrankungen aus dem psychiatrischen Formenkreis, deren Ursachen und Folgen stehen, insoweit zu erstatten, als sie im Rahmen der GOÄ berechnet werden dürfen, deren Höchstsätze nicht überschreiten und den 1,20-fachen Satz übersteigen,
5. die der Klägerin bis 31.01.2017 nach einem Wechsel in den Tarif 852 entstehenden Kosten im ambulanten und stationären Bereich für Untersuchungen und Behandlungen von Erkrankungen aus dem psychiatrischen Formenkreis, deren Ursachen und Folgen insoweit zu erstatten, als sie im Rahmen der GOÄ berechnet werden dürfen, deren Höchstsätze nicht überschreiten und den 1,20-fachen Satz übersteigen.
6. Es wird der Antrag vom 28.12.2015 auf Auskunftseinholung bei der KVB und der KZVB zur Sicherstellung der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung der im Basistarif Versicherten mit den in diesem Tarif versicherten ärztlichen Leistungen wiederholt, unter Berufung des Beschlusses des Bundesverfassungsgerichts vom 05. Mai 2008, Az.: [1 BvR 808/08](#).

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Zur Begründung wiederholt die Klägerin ihre Probleme mit der Leistungserbringung seitens der Ärzteschaft im Basistarif. Durch die allgemeinen Versicherungsbedingungen im Basistarif sei sie auf die Inanspruchnahme der Vertragsärzte beschränkt. Sie sei im Übrigen ein Altfall, weil sie schon vor Einführung des Basistarifs zum 01.01.2009 privat versichert gewesen sei. Am 09.12.2015 hat sich die Beklagte rügellos zur Berufung eingelassen und beantragt, diese zurückzuweisen. Sie hat zur Begründung im vollen Umfang auf das angefochtene Urteil Bezug genommen. Die Klägerin hat mit Schriftsatz vom 28.12.2015 beantragt, zur Frage der Vergleichbarkeit mit der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung Auskünfte bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern einzuholen darüber, in welcher Art und Weise diese seit dem 01.01.2009 die zahnärztliche und ärztliche Versorgung der im Basistarif Versicherten mit den in diesen Tarifen versicherten Leistungen sicherstellten und ob sie die Einhaltung der Versorgung gegenüber den in diesen Tarifen Versicherten durch die betreffenden Mitglieder überprüfen.

Den am 08.08.2016 gestellten Antrag der Klägerin auf Gewährung von einstweiligem Rechtsschutz beim Senat (Az.: [L 8 SO 197/16 ER](#)) hat der Senat mit Beschluss vom 14. Oktober 2016 abgelehnt.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist zulässig, aber unbegründet.

Die Berufung ist zulässig. Sie ist statthaft, weil die Klägerin, wenn auch als Zusage, im Ergebnis wiederkehrende Leistungen zukunfts offen für mehr als ein Jahr verlangt ([§ 144 Abs. 1 Satz 2 SGG](#)). Die Berufung wurde form- und fristgerecht eingelegt ([§ 151 Abs. 1 SGG](#)).

Die Berufung ist jedoch nicht begründet. Das SG hat die Klage zutreffend abgewiesen.

1. Gegenstand der Klage ist nunmehr neben der Kassation der ablehnenden Verwaltungsentscheidung und das Verlangen der Erteilung einer Zusage (2) und ein Leistungsbegehren (3). Dies war aber nicht der ursprüngliche Streitgegenstand. Schon die Verwaltungsentscheidung selbst hat lediglich abgelehnt, ab 01.03.2015 die Kosten der Kranken-/Pflegeversicherung im Wahltarif der Klägerin, einschließlich eines eventuellen Risikozuschlages sowie des tariflichen Selbstbehalts in Höhe von 1000 EUR jährlich bei der Berechnung ihres Bedarfs vom anzurechnenden Einkommen abzusetzen. Das SG hat daraus im Wege der Auslegung das Begehren auf eine Zusicherung zum oben genannten Gegenstand angenommen. Dementsprechend erfolgte der Urteilsausspruch. Erst in der Berufung folgte die Klägerin dieser Auslegung und beantragte nunmehr die Erteilung einer Zusage mit Wirkung auf den der Rechtskraft folgenden Monat. In ihrem letzten Antrag in der mündlichen Verhandlung wiederum verknüpft sie diese Zusage mit der Wirkung der Bescheide vom 02.12.2014 und 13.01.2016.

Dies ist mehr als eine bloße Ergänzung der Klage oder ein Austausch des Lebenssachverhalts. Insgesamt ist das Rechtsschutzbegehren zwar auf die Sicherstellung einer Krankenversicherung gerichtet. Die Leistung nach einem Rechtsanspruch oder aber die Zusicherung, die im Ermessen steht, sind derart verschieden, dass es sich um ein völlig neues Klagebegehren handelt. Allerdings hat sich die Beklagte, die die Relevanz eine Klageänderung wohl nicht erkannt hat, rügellos eingelassen und dementsprechend gemäß § 99 Abs. 2 SGG der Klageänderung zugestimmt. Demnach ist diese Klageänderung als solche zulässig im Sinne von § 99 Abs. 1, 1. Alternative SGG. Dies gilt aber nicht für die weiteren Klageänderungen in der mündlichen Verhandlung. Die von der Klägerin im Oktober 2016 in der mündlichen Verhandlung vorgenommenen Klageänderungen sind unzulässig. Sie sind als Klageänderung anzusehen. § 99 Abs. 3 SGG stellt nicht jede Änderung, die in irgendeinem Zusammenhang mit dem Sachverhalt des vormaligen Streitgegenstand (Thema Krankenversicherung) steht, von der Prüfung einer Klageänderung frei. Danach sind nur Fälle nicht als eine Änderung der Klage anzusehen, in denen 1. die tatsächlichen oder rechtlichen Ausführungen ergänzt oder berichtigt werden, 2. der Klageantrag in der Hauptsache oder in Bezug auf Nebenforderungen erweitert oder beschränkt wird, 3. statt der ursprünglich geforderten Leistung wegen einer später eingetretenen Veränderung eine andere Leistung verlangt wird. Die Klägerin hatte ihren Antrag - zulässigerweise - zunächst auf eine Zusicherung gerichtet, eine vorab erfolgte Festlegung der Beklagten zur Gestaltung zukünftiger Rechtsverhältnisse. Nunmehr beantragt sie im Wege der Anfechtungs- und Leistungsklage als kombinierte Klage gemäß § 54 Abs. 4 SGG eine Leistung durch unmittelbare Verurteilung, nämlich den Bescheid vom 13.01.2016 abzuändern, um eine entsprechende Leistung bei erfolgreichem Prozessausgang rückwirkend zu erlangen. Damit umgeht die Klägerin die Prozessvoraussetzungen einer sonst erforderlichen Anfechtungsklage gegen den Bescheid vom 13.01.2016. Zudem käme sie dann in den Genuss einer höheren Leistung, ohne einen entsprechenden Aufwand durch vorangehende Umstellung ihrer Versicherung auf den Wahltarif bewerkstelligt zu haben. Unter den Bedingungen einer Klageänderung, ist eine solche Umstellung nicht sachdienlich. Die Beklagte hat nicht zugestimmt, der Wechsel ist nicht sachdienlich, weil ansonsten eine Anfechtungsklage umgangen würde. Hinzu kommt die Geltendmachung in der Berufungsinstanz, die dazu führen würde, dass unter Umgehung der Vorschriften über das Berufungsverfahren eine Klage anhängig gemacht wird, für die erstinstanzlich das SG zuständig wäre (BSG NZS 2003, 498). Soweit die geänderte Klage mangels Prozessvoraussetzung gleich wieder als unzulässig abgewiesen werden müsste, soll nach der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 23.03.1993, Az.: 4 RA 39/91) die Ausübung des Ermessens nicht in Betracht kommen (BeckOK SozR/Hintz SGG § 99 Rn. 4-9, beck-online). Erst recht gilt die Betrachtung als unzulässige Klageänderung für die Klageanträge Nrn. 4 und 5 auf Erstattung zukünftigen Aufwandes. Insbesondere handelt es sich damit nicht um einen Fall des § 99 Abs. 3 Nr. 3 SGG. Denn dieser verlangt eine ursprünglich geforderte Leistung. Um eine solche handelt es sich aber aus den oben genannten Gründen bei der zunächst geforderten Zusicherung nicht. Soweit die geänderte Klage mangels Prozessvoraussetzung gleich wieder als unzulässig abgewiesen werden müsste, soll nach dem BSG (BSG 23.03.1993 - 4 RA 39/91) die Ausübung des Ermessens nicht in Betracht kommen. Bislang war letztlich die Verpflichtung der Beklagten zu einer Zusage im Streit. Das bedeutet, die Verpflichtung, bei gleich bleibenden Verhältnissen und dem Abschluss eines privatrechtlichen Vertrags im Wahltarif, den entsprechenden Bedarf in die Berechnung einzustellen. Es habe nichts mit den tatsächlichen Regelungen im Grundsicherungsverhältnis zu tun, bei denen die Veränderungen nicht eingetreten sind. Der Unterschied liegt in dem zukünftig eintretenden Umstand. Das macht insgesamt einen wesentlichen Unterschied aus.

Zulässig ist die Klageänderung allerdings hinsichtlich der Begrenzung des Leistungsantrags auf 74,07 EUR gemäß § 99 Abs. 3 Nr. 2 SGG. In der Hauptsache darf gemäß der Dispositionsmaxime immer auch eine teilweise Rücknahme der Klageforderung vorgenommen werden (vgl. § 102 SGG). Keine Klageänderung, sondern eine teilweise Klagerücknahme (§8201;102 SGG), ist die Beschränkung des Streitgegenstandes (Lüdtke, Sozialgerichtsgesetz, SGG § 99 Rn. 1-26, beck-online).

Zulässige Klageart für den zulässigen Hilfsantrag zu 3 ist damit eine Verpflichtungsklage, gerichtet auf Verurteilung der Beklagten zum Erlass eines ermessensfehlerfreien Verwaltungsaktes der Zusage (§ 54 Abs. 1 Satz 1 SGG bzw. § 54 Abs. 2 Satz 2 SGG).

Das notwendige Vorverfahren ist durchgeführt worden, auch wenn nicht über die Zusicherung als solche in der Sache entschieden worden ist, weil die Angelegenheit als Rechtsanspruch ohne Ermessen behandelt worden ist.

2. Einen Anspruch auf eine Zusage zur Übernahme einer künftigen Versicherung im Wahltarif besteht nicht. Die Abweisung der Klage erfolgte zu Recht.

a) Nach Auslegung muss hier zunächst festgestellt werden, dass der Rechtsbehelf nach der bisherigen Formulierung auf die Zusage eines bloßen Elements eines umfassenderen Tatbestandes (gerichtliche Vorabklärung einzelner Anspruchselemente in einem gesonderten "Zustimmungsverfahren" oder Zusicherungsverfahren) gerichtet ist, nämlich auf das Element des Bedarfs. Als Leistung ist allerdings die Sicherstellung des Krankenversicherungsschutzes im Recht der Sozialhilfe gesondert justiziabel (§ 42 Nr. 2 SGB XII in Verbindung mit § 32 SGB XII sowie der entsprechenden Rechtsprechung des BSG, Urte. v. 26.08.2008 - B 8/9b SO 10/06 R Rn. 14 - BSGE 101, 217 = SozR 4-3500 § 133a Nr. 1). Korrekt formuliert ist das Begehren gerichtet auf eine Zusicherung, dass die Aufwendungen für den Wahltarif 852 übernommen werden, soweit die Voraussetzungen des § 19 Abs. 1 SGB XII erfüllt sind (§ 32 SGB XII in der Fassung vom 21.07.2014).

b) Die begehrte Regelung muss zunächst auch mit ihrer Kompatibilität zu bisher bindenden Regelungen geprüft werden. Insoweit müssen die Voraussetzungen nach § 44 SGB X oder § 48 SGB X vorliegen. Zum Zeitpunkt des Antrags galt der Bewilligungsbescheid vom 02.12.2014 mit Grundsicherung für die Zeit vom 01.02.2015 bis zum 31.01.2016. Nach dem bei der Klägerin zwar Dauerleistungen vorliegen, diese aber jeweils zeitabschnittsweise befristet bewilligt werden, sind hier für das in die Zukunft gerichtete Begehren keine Probleme zu sehen. Dasselbe gilt nunmehr für den Bescheid vom 13.01.2016. Die Klägerin meint letztlich die Zusage, bei den genannten Bescheiden ab ihrem Antragsdatum im Falle des Abschlusses eines Wahltarifbescheides den entsprechenden Bedarf einzustellen und höhere Leistungen zu erbringen.

c) Ein Anspruch auf eine derartige Zusicherung besteht aber nicht.

aa) Das Gesetz selbst beschreibt nicht, ob auf die Zusicherung ein Anspruch besteht. Das Sozialgesetzbuch geht aber vom Vorhandensein eines solchen Rechtsinstitutes aus, denn es regelt Formerfordernisse und das Verfahren. So bestimmt § 34 SGB X, dass eine von der zuständigen Behörde erteilte Zusage, einen bestimmten Verwaltungsakt später zu erlassen oder zu unterlassen (Zusicherung), zu ihrer Wirksamkeit der schriftlichen Form bedarf. Ist vor dem Erlass des zugesicherten Verwaltungsaktes die Anhörung Beteiligter oder die Mitwirkung einer anderen Behörde oder eines Ausschusses auf Grund einer Rechtsvorschrift erforderlich, darf die Zusicherung erst nach Anhörung der Beteiligten oder nach Mitwirkung dieser Behörde oder des Ausschusses gegeben werden (§ 34 SGB X in der Fassung vom 18.01.2001). Ein Anspruch auf eine Zusicherung als ein der eigentlichen Leistungsbewilligung vorgeschalteter Verwaltungsakt besteht

wegen des Bestimmtheitsgebots in [§ 34 Abs. 1 S 1 SGB X](#) nur, wenn der Gegenstand des zuzusichernden Verwaltungsakts und der zugrunde liegende Sachverhalt bereits im Zeitpunkt der behördlichen Erklärung hinreichend konkretisiert sind (BSG, Urteil vom 17. Dezember 2014 - [B 8 SO 15/13 R](#)). Daran fehlt es hier nicht. Es steht fest, in welchem Tarif die Klägerin in Zukunft versichert sein will; insoweit hat sie bereits Auskünfte eingeholt und kundgetan.

bb) Zur Erteilung einer Zusicherung ist die Behörde grundsätzlich nicht verpflichtet. Die Erteilung der Zusicherung steht im Ermessen der Behörde, welches gemäß [§ 39 SGB I](#) pflichtgemäß auszuüben ist. [§ 34 SGB X](#) eröffnet lediglich die Möglichkeit, Zusagen zu erteilen, sagt aber nichts darüber, wann dies geschehen kann oder wann ein Anspruch darauf besteht. [§ 34 SGB X](#) setzt eine Befugnis zur Erteilung von Zusagen offensichtlich als gegeben voraus und stellt für die Zusicherung als spezielle Form der Zusage lediglich besondere Form- und Wirksamkeitsbestimmungen auf. Dies spricht jedoch dafür, dass es keiner besonderen Ermächtigungsgrundlage bedarf und dass [§ 34 SGB X](#) auch nicht als solche zu verstehen ist (vgl. auch Kopp/Ramsauer, a.a.O., § 38 Rz. 22). Einigkeit besteht darüber, dass sich die Zulässigkeit der Erteilung von Zusagen nach dem Fachrecht richtet. Wenn dieses ausdrücklich oder der Sache nach Zusicherungen nicht zulässt, dürfen sie trotz [§ 34 SGB X](#) nicht erteilt werden (Stelkens in Stelkens/Bonk/Sachs, a.a.O. m.w.N.). Das berechnete Interesse wird aber nicht aus dem Leistungsanspruch und dem Anspruch auf den zuzusichernden Verwaltungsakt folgen können, denn die Zusicherung zu diesem Verwaltungsakt fordert als weitere vorgeschaltete Verwaltungsmaßnahme ein darüber hinausgehendes Interesse. Gemeinsam mit dem SG bejaht auch der Senat ein solches Interesse, weil die Klägerin Planungssicherheit wegen der zukünftigen Gestaltung ihres privaten Krankenversicherungsschutzes braucht. Auf die pflichtgemäße Ausübung des Ermessens hat der Betroffene allerdings gemäß [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB I](#) nach überwiegender Ansicht einen Anspruch. Im Einzelfall kann zudem eine Ermessensreduzierung auf Null eintreten, sodass der Betroffene einen Rechtsanspruch auf Erteilung der Zusicherung haben kann. Das ist dann der Fall, wenn der Behörde aufgrund der Sach- und Rechtslage im Einzelfall nur die Möglichkeit bleibt, das Ermessen rechtmäßig in der Weise auszuüben, die begehrte Zusicherung zu erteilen. Wird eine wirksame Zusicherung von der Behörde erteilt, besteht wiederum ein Rechtsanspruch auf die zugesagte Regelung (Kepert in: Schlegel/Voelke, jurisPK-SGB X, [§ 34 SGB X](#), Rn. 28).

cc) Die Beklagte hat zwar kein Ermessen ausgeübt, aber viel weitergehend die Leistung, für die die Zusage verlangt wird, als Leistung abgelehnt. Bei dieser Sachlage wäre es sinnlos, die Beklagte nun zur Ausübung des Ermessens zu verpflichten, bevor nicht geprüft wird, ob dem Grunde nach überhaupt ein Anspruch darauf besteht. Das ist weitgehend identisch mit einer Prüfung dahingehend, ob eine Ermessensreduzierung auf Null zur Erteilung einer Zusage vorliegt. Das wäre dann der Fall, wenn bei Vorliegen der Voraussetzungen, nämlich einem entsprechenden Bedarf und Aufwand sowie einer entsprechenden Hilfebedürftigkeit die Leistungen gewährt werden müssten.

dd) Ein Anspruch auf Übernahme der Kosten des Wahltarifs besteht aber nicht. Nach [§ 32 Abs. 5 SGB XII](#) in der Fassung vom 21.07.2014 (aber auch der vorangehenden Fassungen) werden, sofern eine Krankenversicherung bei einem Versicherungsunternehmen besteht, die Aufwendungen übernommen, soweit sie angemessen und die Voraussetzungen des [§ 19 Abs. 1 SGB XII](#) erfüllt sind. Bei der Betrachtung ist sowohl zu prüfen, ob für den Leistungsberechtigten eine preisgünstigere Krankenversicherung möglich ist, als auch, ob durch den Versicherungsschutz eine Bedarfsdeckung im Rahmen der sozialhilferechtlichen Existenzsicherung erreicht wird. Orientierung bieten hierbei die Leistungen der gesetzlichen Versicherungen. Das Interesse des Leistungsberechtigten, ein bestehendes Versicherungsverhältnis fortzuführen, ist im Kontext des Sozialhilferechts lediglich bei einem Leistungsbezug von voraussichtlich kurzer Dauer oder bei einer nur geringfügigen Überschreitung des ansonsten angemessenen Beitrags schutzwürdig. Vor dem Hintergrund der zum 01.01.2009 eingeführten allgemeinen Krankenversicherungspflicht wird es in aller Regel nicht zulässig sein, den Leistungsberechtigten zur Kündigung eines Versicherungsverhältnisses zu drängen, ohne dass ihm der Zugang zu einer anderen Krankenversicherung offen steht, da ein Krankenversicherungsschutz nunmehr zum allgemeinen Lebensbedarf jedes Menschen in Deutschland gehört (Falterbaum in: Hauck/Noftz, SGB, 06/15, § 32 SGB XII, Rn. 39).

Bei der Klägerin ist davon auszugehen, dass sie bereits seit Juli 2010 im Basistarif versichert ist und es sich bei ihrem Antrag vom Februar 2015 weder um einen Bedarf handelt, von dem die Klägerin zu einem Wechsel veranlasst werden soll noch um einen Bedarf, der nur kurzfristig Bestand haben soll. Ausschlaggebend ist, ob durch den Versicherungsschutz im Basistarif, der jetzt bei der Klägerin besteht, eine Bedarfsdeckung im Rahmen der sozialhilferechtlichen Existenzsicherung erreicht wird. Die Klägerin widerspricht dem im Hinblick auf ihre Erfahrungen, im Wege der freien Arztwahl keine Behandler zu finden, die sich an die Bedingungen des Basistarifes halten. Insoweit hat sie auch Beweisanregungen angebracht, nach denen Daten zur tatsächlichen Behandlungsweise im Basistarif in Erfahrung gebracht werden sollen. Dabei verkennt die Klägerin aber das Verhältnis zwischen Rechtslage und tatsächlichen Verhältnissen. Allgemeine Normen wirken und zwar solange, bis sie geändert werden. Nicht hinnehmbare Zustände können zu einem Korrekturbedarf des Gesetzgebers führen, nicht aber der Rechtsprechung. Die bestehende Rechtslage veranlasst auch nicht, grundrechtlich geschützte Belange als verletzt anzusehen. Gemäß dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 10. Juni 2009 (Az.: [1 BvR 706/08](#)) trifft nur den Gesetzgeber eine Beobachtungspflicht, aber auch bezogen nur auf einen "additiven" Grundrechtseingriff bezüglich der klagenden Privatversicherer, nicht wie die Klägerin meint wegen Auswirkungen der Einführung des Basistarifs auf die Versorgungswirklichkeit (a.a.O. Rn. 241). So führt das Bundesverfassungsgericht aus, dass "die Vorschriften über den Basistarif, die Portabilität und die erweiterte Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung zu Prämiensteigerungen für Versicherte in den Normaltarifen und dadurch zu erheblichen Wechselbewegungen in den Basistarif mit seinen begrenzten Prämien führen könnten. Der Vorteil der Versicherungsnehmer im Basistarif könnte zum Nachteil der übrigen Versicherungsnehmer in den Normaltarifen werden. Denn je mehr Personen sich im Basistarif versichern und je mehr Verluste dieser verursacht, desto mehr steigt der Preis der Normaltarife und die Belastung der in diesen Tarifen Versicherten. Dies könnte letztlich eine Auszehrung des eigentlichen Hauptgeschäfts der privaten Krankenversicherungen bewirken, sodass die gesetzlichen Regelungen einer erneuten Prüfung bedürften. Weist der Gesetzgeber den privaten Krankenversicherungen durch die Einführung der Versicherungspflicht und den Kontrahierungszwang im Basistarif in verfassungsrechtlich zulässiger Weise die Aufgabe zu, im Rahmen eines privatwirtschaftlich organisierten Marktes für den bei ihr versicherten Personenkreis einen Basisschutz bereitzustellen, muss er auch im Interesse der Versicherten darauf achten, dass dies keine unzumutbaren Folgen für Versicherungsunternehmen und die bei ihnen Versicherten hat."

ee) Die wesentlichen gesetzlichen Regelungen zum Basistarif ergeben sich seit dem 01.01.2016 aus [§ 152](#) Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG). Die Vorschrift entspricht inhaltlich unverändert dem bisherigen [§ 12 Abs. 1a bis 1c](#) und 4b VAG a.F. Um die Lesbarkeit des Gesetzes zu erhöhen, wurde der bisherige [§ 12 VAG](#) a.F. auf mehrere Vorschriften aufgeteilt. Am Inhalt der Regelungen, auch unter Berücksichtigung der bisher zum Basistarif ergangenen Rechtsprechung, ändert sich hieraus nichts. Zur Gewährleistung einer Absicherung auf sozialrechtlichem Niveau ist der Basistarif anstelle des früheren Standardtarifs vom Gesetzgeber geschaffen worden. Ergänzend ist dazu in einem Gesetz zur gesetzlichen Krankenversicherung (Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung [GKV-

Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WVG] vom 26. März 2007) unter den Änderungen des Krankenversicherungsrechtes nach Artikel 10 (Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch) § 32 SGB Abs. 5 S. 1 XII so gefasst worden wie er jetzt auch noch gilt. Danach werden 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. In demselben Gesetzeswerk (GKV-WVG) ist nach einem Artikel 2 unter der Überschrift "weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch" eine Änderung im Recht der Leistungserbringung zum Basistarif folgendermaßen eingefügt worden: "§ 75 Abs. 3a Satz 1: i.d.F. d. Art. 2 Nr. 8a Buchst. a G v. 26.03.2007 I 378 m.W.v. 01.01.2009 wird wie folgt geändert: a) In Abs. 3a Satz 1 werden nach der Angabe "§ 315" die Wörter "sowie dem brancheneinheitlichen Basistarif nach [§ 12 Abs. 1a](#) des Versicherungsaufsichtsgesetzes" eingefügt". Damit wurde die Sicherstellung des begünstigten Personenkreises auch im Basistarif eingeführt und den kassenärztlichen Vereinigungen und der kassenärztlichen Bundesvereinigung als Aufgabe übertragen. Denn [§ 75 Abs. 3a S. 1 SGB V](#) lautet nunmehr folgendermaßen: "Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben auch die ärztliche Versorgung der in den brancheneinheitlichen Standardtarifen nach § 257 Abs. 2a in Verbindung mit § 314 und nach § 257 Abs. 2a in Verbindung mit § 315 sowie dem brancheneinheitlichen Basistarif nach § 12 (jetzt: § 152 Abs. 1) des Versicherungsaufsichtsgesetzes und dem Notlagentarif nach [§ 153](#) des Versicherungsaufsichtsgesetzes Versicherten mit den in diesen Tarifen versicherten ärztlichen Leistungen sicherzustellen."

Neben der Sicherstellung hat der Gesetzgeber - neben dem Kontrahierungszwang für Unternehmen der privaten Krankenversicherung - auch den Umfang der Versicherung vorgegeben. Der Leistungsumfang des Basistarifs ist danach immer angemessen, da er dem der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechen muss (Holzhey in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB XII, 2. Aufl. 2014, [§ 32 SGB XII](#), Rn. 60). Nach [§ 152 VAG](#) in der Fassung vom 01.04.2016 haben Versicherungsunternehmen mit Sitz im Inland, die die substitutive Krankenversicherung betreiben, einen branchenweit einheitlichen Basistarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe jeweils den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, auf die ein Anspruch besteht, vergleichbar sind. Gleichzeitig sind Vergütungsregeln im Wege der Vereinbarung ([§ 75 Abs. 3a Satz 3 SGB V](#)) oder als gesetzliche Vergütungsregelung nach [§ 75 Abs. 3a Satz 2 SGB V](#) als Höchstbeträge geschaffen worden. Entgegen der Ansicht der Klägerin müssen die Leistungen aber nur vergleichbar und nicht gleich mit derjenigen der gesetzlichen Krankenversicherung sein. Es ergibt sich schon aus den unterschiedlichen Systemen der Leistungserbringung (Sachleistung in der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. Kostenerstattung in der Privatversicherung).

ff) Damit sind sowohl Versicherungsumfang wie auch Sicherstellung der Leistungserbringung vom Gesetzgeber in einem sozialhilferechtlichen Belang bedarfsdeckenden Weise vorgesehen. Denn als Ausnahme überträgt die Vorschrift den Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen und der Kassen(zahn)ärztlichen Bundesvereinigung auch die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung für diejenigen Privatversicherten, die im sog. brancheneinheitlichen Standardtarif, im modifizierten Standardtarif sowie im brancheneinheitlichen Basistarif oder im sog. Notlagentarif versichert sind (Hesral in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, [§ 75 SGB V](#), Rn. 154). Es handelt sich dabei um die sog. substitutive Krankenversicherung für Personen ohne anderweitigen Krankenversicherungsschutz, die der privaten Krankenversicherung (PKV) zuzurechnen ist. Die Abrechnung erfolgt - dem PKV-System entsprechend - über den Patienten, der gegenüber dem privaten Versicherungsunternehmen einen Kostenerstattungsanspruch besitzt. Die Gewährleistungspflicht der KÄV/KZV erstreckt sich auf alle "in diesen Tarifen versicherten Leistungen". Damit bestimmen Umfang und Inhalt der Tarifleistungen auch Inhalt und Grenzen der Gewährleistungspflicht der KÄVen/KZVen (Hesral in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, [§ 75 SGB V](#), Rn. 154). Der Gesetzgeber hielt eine solche Regelung für erforderlich, um den Versorgungsanspruch dieser Personengruppen angesichts der fehlenden allgemeinen Behandlungspflicht im privatärztlichen Bereich zu gewährleisten (vgl. [BT-Drs. 16/3100](#), 116, Becker/Kingreen, SGB V, SGB V [§ 75](#) Rn. 1-21, beck-online).

gg) Der Sicherstellungsauftrag ist auch - entgegen der Ansicht der Klägerin - bei Verletzungen sanktionsbewehrt. Es trifft nicht zu, wenn die Klägerin behauptet, mit dem Kontrahierungszwang gehe weder eine entsprechende Behandlungspflicht der Vertragsärzte noch eine gesetzliche Einschränkung ihres Gebührenanspruchs einher (Bröken, infoalso 2016, 57, beck-online).

Die Überwachung und Durchsetzung der Pflichten der Vertragsärzte ist das Korrelat der Gewährleistungsverpflichtung. [§ 81 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) verweist insoweit ausdrücklich auf die Möglichkeit, die Pflichten durch entsprechende Disziplinarmaßnahmen im Einzelfall durchzusetzen. Es handelt sich hierbei um ein letztes Mittel ("soweit notwendig"), dem andere Maßnahmen, insbesondere Information und Beratung, vorausgehen haben. [§ 81 Abs. 1 Nr. 10 SGB V](#) verpflichtet die Kassenärztlichen Vereinigungen dazu, dass ihre Satzungen Bestimmungen über die vertragsärztlichen Pflichten zur Ausfüllung des Sicherstellungsauftrags enthalten müssen (Klückmann in: Hauck/Noftz, SGB, 08/13, § 75 SGB V, Rn. 7). Der Gesetzgeber will die Verpflichtung der Vertragsärzte zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung in der Satzung ausdrücklich hervorgehoben wissen. Anlass war die Beobachtung von Praxisschließungen zum Quartalsende wegen Ausschöpfung des individuellen Praxisgrenzvolumens. Darin sieht der Gesetzgeber zu Recht eine Verletzung der mit der zulassungsbegründeten Pflicht, in vollem Umfang der vertragsärztlichen Versorgung zur Verfügung zu stehen und nicht aus betriebswirtschaftlichen Gründen die Praxis zu schließen (Steinmann-Munzinger in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, [§ 81 SGB V](#), Rn. 39).

Die Durchführung des Sicherstellungsauftrages ist nicht in das Belieben des einzelnen Vertragsarztes gestellt. Die von der Klägerin angeführten Umstände ihrer persönlichen Erfahrung widerlegen nicht die rechtliche Ausgestaltung der subsidiären Krankenversicherung auch in ihrem Vollzug.

Der Vertragsarzt ist aufgrund seiner Zugehörigkeit zur vertragsärztlichen Vereinigung auch verpflichtet, deren Aufgaben wahrzunehmen. Für den Vertragsarzt gelten - von der Pflicht zur Behandlungsübernahme abgesehen - nur diejenigen vertrags(zahn)ärztlichen Pflichten und Regeln der Durchführung der Versorgung, die der Erfüllung der Gewährleistungsverpflichtung dienen. Damit besteht auch eine Bindung an den Teilnahmestatus (z.B. Einhaltung der Gebietsgrenzen) und an diejenigen vertragsärztlichen Pflichten, die die grundsätzliche Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit betreffen und sich als Folge der Zulassung ergeben (z.B. höchstpersönliche Leistungserbringung; vgl. Ärzte-ZV; vgl. weiter Hesral in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, [§ 75 SGB V](#), Rn. 163). So handelt es sich hier um ähnliche Aufgabenübertragungen wie bei anderen zusätzlichen öffentlich-rechtlichen Verpflichtungen z.B. gegenüber Untersuchungs- und Strafgefangenen - ([§ 75 Abs. 4 SGB V](#)) oder der Teilnahme am Bereitschaftsdienst oder andere sondergesetzliche Aufgaben (im Recht der sozialen Entschädigung). Auch dabei kann sich der Vertragsarzt nicht auf seine Berufsfreiheit berufen und wird nur bei schwerwiegenden Gründen von zusätzlichen Verpflichtungen befreit. Eine Verletzung des [Art. 12 GG](#) aufgrund einer Unzumutbarkeit der zusätzlichen

Belastung infolge Heranziehung zum Bereitschaftsdienst lässt sich nur im seltenen Ausnahmefall begründen, da die überragenden Gemeinwohlbelange der Versorgungssicherstellung bei grundsätzlicher Geeignetheit aller Vertragsärzte die Heranziehung als verhältnismäßig erscheinen lassen. Besondere, über das übliche Maß hinausgehende Belastungen sind hinzunehmen. Erst beim Vorliegen schwerwiegender Gründe kann die Grenze überschritten und eine Befreiung geboten sein (Hesral in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, [§ 75 SGB V](#), Rn. 108). Als Rechtsfolge der Einbeziehung in den Gewährleistungsauftrag sind die zugelassenen Ärzte, Psychologen Psychotherapeuten, Zahnärzte, Medizinischen Versorgungszentren und die Ermächtigten kraft ihres Mitgliedschaftsstatus und der Verpflichtung aus [§ 95 Abs. 1](#), 3 und 4 SGB V zur Behandlungsübernahme (jedoch keine Sachleistung) verpflichtet. Die Behandlung darf nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes abgelehnt werden (Hesral in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, [§ 75 SGB V](#), Rn. 161).

hh) Die tatsächliche Entwicklung widerlegt die Behauptungen der Klägerin. So ist die Kassenärztliche Bundesvereinigung eine Vereinbarung eingegangen, die die gesetzliche Vergütungsregelung nach [§ 75 Abs. 3a Satz 2 SGB V](#) zur Vergütung ambulanter ärztlicher und belegärztlicher Leistungen im PKV-Basistarif mit Wirkung zum 1. April 2010 ablöst ("Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. bezüglich der Honorierung ambulanter ärztlicher und belegärztlicher Leistungen für im Basistarif Versicherte"). Diese galt vorerst bis zum 31.12.2012, verlängert sich automatisch und ist bislang nicht gekündigt. In diesem Zusammenhang hat die Vereinigung am 02.02.2010 (Rundschreiben D3 - 14/2010) ihre Mitglieder unterrichtet und dabei nochmals gesondert darauf hingewiesen, dass der PKV-Basistarif nach den gesetzlichen Vorgaben ausschließlich eine nach Art und Umfang mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbare Versorgung umfasst. Eine Vergleichbarkeit der Leistungen im PKV-Basistarif mit der Versorgung im Rahmen der regulären Vollversicherungstarife der privaten Krankenversicherung sei somit ausdrücklich nicht gegeben. Es ist nicht ersichtlich, dass die zur Sicherstellung verpflichteten Körperschaften ihrem Auftrag nicht nachkommen wollen. Zusammen mit den gegenüber den Vertragsärzten vorhandenen Sanktionsmechanismen kann damit nicht von einem Versagen des Systems gesprochen werden. Dies lässt den Schluss zu, dass die ärztlichen Vereinigungen gewillt sind, den Basistarif umzusetzen. Dies wird auch von der Literatur so gesehen. So führt beispielsweise Hesral (in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, [§ 75 SGB V](#), Rn. 162) aus, da nach zuvor geltender Rechtslage eine Behandlungspflicht außerhalb der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung nicht bestand, sei es zu Behandlungsverweigerungen gekommen. Aus diesem Grund sah sich der Gesetzgeber zur Einbeziehung in den Gewährleistungsauftrag veranlasst. Gleichwohl sind Behandlungsverweigerungen aktuell immer noch an der Tagesordnung. Ein Grund hierfür liegt am Kostenerstattungssystem. Viele Standardversicherte sind mit Rechnungsbegleichung und Erstattungsverlangen überfordert (Hesral in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, [§ 75 SGB V](#), Rn. 162). Weiter kommentiert Wendtland (BeckOK SozR/Wendtland SGB V [§ 75](#) Rn. 38-39, beck-online): "Mit den im Rahmen des GKV-WSG neu geschaffenen Abs. 3a-3c wird der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen und Bundesvereinigungen auf bestimmte Gruppen von Versicherten in der privaten Krankenversicherung ausgedehnt. Der Gesetzgeber verfolgt mit der Neuregelung ausweislich der amtlichen Begründung den Zweck, tatsächliche Schwierigkeiten, die sich bei der Versorgung Versicherter im bisherigen PKV-Standardtarif ergeben haben, zu beseitigen bzw. für den neuen PKV-Basistarif gar nicht erst entstehen zu lassen ([BT-Drs. 16/3100](#), 116)". ii) bei dieser Sachlage hatte der Senat keine Veranlassung, der Beweisanregung der Klägerin auf Auskunftseinholung bei der Kassenärztlichen Vereinigung nachzukommen. Wie oben schon ausgeführt wird, hat nur den Gesetzgeber eine Beobachtungspflicht, und dies nicht im Interesse der Versorgung, sondern der Beitragsgerechtigkeit gegenüber den anderen Privatversicherten (Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 10. Juni 2009 (Az.: [1 BvR 706/08](#))).

Die Bedenken der Klägerin sind nicht unbekannt. Die Probleme der tatsächlichen Durchführung des Basistarifs waren bereits Gegenstand einer kleinen Anfrage bei der Bundesregierung ([Bundestag Drucksache 17/4782](#)). Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 11. Februar 2011 übermittelt. So wurde unter anderem gefragt, wie die Bundesregierung die Sicherstellung der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung von Versicherten im Basistarif derzeit bewerte. Die Antwort hierauf lautete: "Der Bundesregierung sind einzelne Fälle bekannt, in denen Vertragsärzte oder Vertragszahnärzte die Behandlung von Basistarifversicherten abgelehnt haben. Die KBV, KZBV und der PKV-Verband haben 2009 hierzu berichtet, dass in Einzelfällen Nachfragen oder Probleme bei der Übernahme der Behandlung durch Vertragsärzte und Vertragszahnärzte festgestellt werden konnten. Auch die Aufsichtsbehörden der Länder sind mit der Thematik befasst. Nach Mitteilung der KZBV ist nach dort vorliegenden Erfahrungen die Sicherstellung der Versorgung in aller Regel bereits durch freiwillige Behandlungen durch die Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte gewährleistet. Soweit im Ausnahmefall ein Basistarifversicherter keine Vertragszahnärztin oder keinen -arzt finden sollte, erfolgt eine konkrete Benennung von hierzu bereiten Vertragszahnärztinnen/-ärzten im räumlichen Umfeld des Versicherten durch die Kassenzahnärztliche Vereinigung. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass angesichts der geringen Zahl von Basistarif-versicherten die Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen ggf. mit Unterstützung der Aufsichtsbehörden der Länder in der Lage sind, eine angemessene Sicherstellung für die Basistarifversicherten zu gewährleisten und in den bekannt gewordenen Einzelfällen eine Lösung zu finden. "

kk) Die Rechtsprechung, der sich der Senat anschließt, sieht den Basistarif einheitlich als ausreichend an. Die Einführung des Basistarifs durch die Gesundheitsreform 2007 zur Sicherstellung eines lebenslangen, umfassenden Schutzes der Mitglieder der privaten Krankenversicherung ist verfassungsgemäß (BVerfG, Urteil vom 10.06.2009 - [1 BvR 706/08](#)). Zuletzt hat das LSG Berlin-Brandenburg mit Urteil vom 18. Juni 2015 (Az.: [L 23 SO 268/12](#)) entschieden, dass im Rahmen der Übernahme von Beiträgen für eine private Kranken- und Pflegeversicherung nach [§ 32 Abs. 5 SGB XII](#) grundsätzlich nur solche Beiträge als angemessen anzusehen und zu übernehmen sind, die für Verträge im Basistarif (Beitragsatz nach [§ 12 VAG](#)) zu leisten sind. Das LSG für das Land Nordrhein-Westfalen führt in seinem Urteil vom 14. November 2013 (Az.: [L 9 SO 46/13](#)) aus, dass die Leistungen nach [§ 32 Abs. 5 SGB XII](#) gemäß [§ 1 Abs. 1 S. 1 SGB XII](#) der Sicherstellung eines menschenwürdigen Existenzminimums dienen. Auch schwerwiegende Erkrankungen könnten deshalb nicht dazu führen, dass ein Empfänger von Leistungen des SGB XII einen über den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehenden Schutz aus Steuermitteln erhalte. Ähnlich äußern sich das Landessozialgerichts Baden-Württemberg im Urteil vom 18. Januar 2012, Az.: [L 3 AS 3615/11](#) so wie das Bayer. Landessozialgericht in seinem Urteil vom 19. Juli 2011 - [L 8 SO 26/11](#). Insbesondere aber meint das BSG, dass mit der Verpflichtung der privaten Pflegeversicherungsunternehmen auf eine Beitragsabsenkung zugunsten ihrer Versicherten im Basistarif, die auch für die Bezieher von Alg. II maßgebend ist, der Gesetzgeber für diesen Personenkreis festgelegt hat, welche Beitragshöhe "angemessen" und "notwendig" ist, nämlich der Beitrag, den private Versicherungsunternehmen von derart beitragsprivilegierten Personen höchstens fordern können (Urteil vom 16. Oktober 2012, [B 14 AS 11/12 R](#), [NZS 2013, 311](#)). Denn - so führt das BSG weiter aus - die Leistungen im Basistarif der privaten Krankenversicherung entsprechen denen der gesetzlichen Krankenversicherung ([§ 12 Abs. 1a Satz 1 VAG](#)), die ca. 90 v.H. der Bevölkerung absichert (vgl. Übersicht über das Sozialrecht, 9. Aufl. 2012, Kap 5 Rn. 2). Weshalb ein solcher Versicherungsschutz für den Kläger unzumutbar sei und dessen Grundrecht auf ein menschenwürdiges Existenzminimum nicht gewährleisten solle, sei nicht erkennbar (BSG a.a.O.).

3. Hinsichtlich des Leistungsantrages über 74,07 EUR ist der Entscheidung des SG voll zuzustimmen. Die Bewilligungen für die beiden involvierten Monate waren zum Zeitpunkt der Antragstellung (24. Februar 2015) bereits bestandskräftig gewesen, so dass dieser Antrag richtig als Antrag auf Abänderung des maßgeblichen Bescheides für den Monat März 2014 auszulegen war. Die Bewilligung für den Monat März 2014 war nicht im Sinne [§ 48 SGB X](#) unrichtig. In den rechtlichen und tatsächlichen Verhältnissen, die bei Erlass der Bewilligungsbescheide vorgelegen haben, hat sich durch die Rechnungen des Zahnarztes (März 2014) nichts geändert ([§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#)). Ein Anspruch auf Übernahme dieser Kosten hat nicht bestanden. Die Klägerin war im Basistarif privat krankenversichert. Hierfür hat die Beklagte die notwendigen Beiträge übernommen. Damit bestand kein unabweisbarer, besonderer Bedarf für weitergehende Leistungen ([§ 27a Abs. 4 SGB XII](#)). Die höheren Kosten sind dadurch entstanden, dass der behandelnde Zahnarzt einen höheren Gebührensatz berechnet hat, als ihm durch die gesetzliche Regelung gemäß [§ 75 Abs. 3a Satz 2 SGB V](#) erlaubt gewesen war. Die oben dargelegte Vereinbarung zum 1. April 2010 betraf nur die kassenärztliche Vereinigung, nicht die Zahnärzte. Für diese gilt weiterhin die vom Gesetzgeber vorgegebene Deckelung des Steigerungssatzes gem. [§ 75 Abs. 3](#) a SGB V auf den Faktor 2,0. Demgegenüber hat der Zahnarzt den Faktor 2, 3 zur Anwendung gebracht. Ein Grund, den nicht erstatteten Betrag nunmehr im Rahmen der Leistungen nach dem SGB XII auf Grundlage von [§ 27a Abs. 4 SGB XII](#) zu übernehmen, besteht nicht. Diese Aufwendungen waren für die Klägerin weder zwangsläufig noch unabwendbar. Es ist ohnehin umstritten, ob eine Lösung (eilvernehmliche Abrechnung höherer Steigerungssätze) ausgeschlossen ist (siehe Hinweise in den Entscheidungsgründen des SG). Jedenfalls kann die Klägerin nicht gezwungen werden, eine solche Vereinbarung einzugehen. Die Klägerin hat vorgetragen, dass sie den Arzt auf ihren Versicherungsstatus hingewiesen habe. Damit hat sie vor Beginn der Behandlung und zu Beginn des Behandlungsvertrages auf diese Einschränkungen hingewiesen, so dass jedenfalls keine einvernehmliche Abrechnung höherer Steigerungssätze vorlag. Die materiell rechtlichen Voraussetzungen für eine Übernahme nicht von der Versicherung erstatteter Kosten im Wege der abweichenden Bedarfsfestsetzung nach [§ 27a Abs. 4 SGB XII](#) liegen daher mangels Unabweisbarkeit nicht vor.

Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten. [§ 193 SGG](#).

Die Revision wird nicht zugelassen [§ 160 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2017-04-13