

L 19 AS 2146/10 B

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Grundsicherung für Arbeitsuchende
Abteilung
19
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 43 AS 3382/10
Datum
01.11.2010
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 19 AS 2146/10 B
Datum
25.02.2011
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Beschluss

Die Beschwerde der Klägerin gegen den Beschluss des Sozialgerichts Düsseldorf vom 01.11.2010 wird zurückgewiesen.

Gründe:

I.

Bei der am 00.00.1952 geborenen Klägerin ist ein Grad der Behinderung (GdB) von 60 anerkannt. Sie ist langjährig pflichtversichert bei der DAK Kranken- und Pflegeversicherung. Ab Februar 2010 erhob die DAK einen Zusatzbeitrag in Höhe von 8,00 EUR mtl. nach [§ 242](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). Die Klägerin übt eine selbständig Tätigkeit als Call-Center Agent aus und erhält von dem Beklagten Grundsicherungsleistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II).

Am 22.02.2010 stellte die Klägerin Antrag auf Fortbewilligung der Leistungen nach dem SGB II und beantragte die Übernahme des von der DAK erhobenen Zusatzbeitrags durch den Beklagten. Durch Bescheid vom 25.02.2010 lehnte der Beklagte letzteren Antrag ab, da der Zusatzbeitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung nur übernommen werden könne, wenn der Wechsel der Krankenkasse nach [§ 175 SGB V](#) für den Leistungsbezieher eine besondere Härte bedeuten würde. Gründe für das Vorliegen einer besonderen Härte seien nicht ersichtlich.

Hiergegen erhob die Klägerin Widerspruch. Sie gab an, dass sie seit Beginn ihrer beruflichen Tätigkeit, d. h. seit ca. 40 Jahren, bei der DAK versichert sei. Sie leide an einigen chronischen Erkrankungen, bei denen die Kostenübernahme durch eine gesetzliche Krankenversicherung in der Regel nur in aufwendigen Verfahren zu klären sei. Deshalb sei ihr ein Wechsel der Krankenkasse nicht zumutbar. Die DAK übernehme die Behandlungskosten anstandslos. Durch Widerspruchsbescheid vom 16.08.2010 wies der Beklagte den Widerspruch als unbegründet zurück. Die bisherige langjährige Mitgliedschaft sowie das Erfordernis, die neue Krankenkasse von der Notwendigkeit bestimmter Leistungen zu überzeugen, stelle keine besondere Härte i.S.v. [§ 26 Abs. 4 Satz 1 SGB II](#) dar. Des weiteren verfüge die Klägerin über Erwerbseinkommen, aus dem sie den Zusatzbeitrag tragen könne.

Am 30.08.2010 hat die Klägerin Klage mit dem Begehren erhoben, den Beklagten zu verpflichten, für sie den Zusatzbeitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung zu übernehmen.

Sie trägt vor, dass sie unter einem Bluthochdruck, einem Wirbelsäulenleiden und Depressionen leide. Hinsichtlich des Bluthochdrucks und des Diabetes mellitus stehe sie in Dauerbehandlung. Ihre Krankenkasse übernehme anfallende Behandlungskosten anstandslos. Sie nehme aufgrund einer Vereinbarung mit der DAK an einem Vorsorgeprogramm für Diabetiker teil. Des weiteren sei die Geschäftsstelle der DAK für sie mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreichbar. Ihr persönlicher Berater in der Geschäftsstelle sei mit ihrer Situation vertraut und könne speziell auf sie eingehen. Ihr sei ein Abbruch der Dauerbehandlung bei dem multiplen Krankheitsbild nicht zumutbar.

Durch Beschluss vom 01.11.2010 hat das Sozialgericht Düsseldorf den Antrag auf Prozesskostenhilfe abgelehnt. Auf die Gründe wird Bezug genommen.

Hiergegen hat die Klägerin Beschwerde eingelegt.

Sie trägt vor, dass es ihr nicht um die Erhaltung von Bequemlichkeiten, sondern um die der besonderen persönlichen Betreuung gehe. Sie leide unter erheblichen Depressionen. Dies führe zu einer Antriebsminderung und könne im Extremfall dazu führen, dass sie mit berechtigten Anliegen bei einer anderen Krankenkasse überhaupt nicht vorsprechen würde.

II.

Die Beschwerde ist unbegründet.

Das Sozialgericht hat die hinreichende Aussicht auf Erfolg vorliegend zutreffend verneint. Hinreichende Erfolgsaussicht besteht, wenn die Entscheidung in der Hauptsache von der Klärung entscheidungserheblicher Tatsachen abhängt und keine konkreten Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die Beweisaufnahme mit großer Wahrscheinlichkeit zum Nachteil der Klägerin ausgehen wird. Prozesskostenhilfe kann verweigert werden, wenn ein Erfolg in der Hauptsache zwar nicht schlechthin ausgeschlossen, die Erfolgchance aber nur eine entfernte ist (BSG, Beschluss vom 17.02.1998, [B 13 RJ 83/97 R](#), [SozR 3-1750 § 114 Nr.5](#); BVerfG Beschluss vom 14.04.2003, [1 BvR 1998/02](#), [NJW 2003,296](#)). Vorliegend ist die Erfolgchance des von der Klägerin verfolgten Begehrens - Übernahme des Zusatzbeitrags nach [§ 242 SGB V](#) durch den Beklagten - nicht erkennbar.

Nach [§ 26 Abs. 4 SGB II](#) kann der Beklagte den Zusatzbeitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung nach [§ 242 SGB V](#) für Bezieher von Arbeitslosengeld II übernehmen, für die der Wechsel der Krankenkasse nach [§ 175 SGB V](#) eine besondere Härte bedeuten würde. Dabei kann dahinstehen, ob es sich bei der Leistung nach [§ 26 Abs. 4 SGB II](#) um eine gebundene Entscheidung oder eine Ermessensleistung handelt, da nach summarischer Prüfung der Sach- und Rechtslage die Voraussetzungen des [§ 26 Abs. 4 SGB II](#) nicht gegeben sind. Etwaige Härten, wie z. B. ein Wechsel des Ansprechpartners, schlechtere Erreichbarkeit, die mit einem Wechsel der Krankenkasse bei Ausübung des Sonderkündigungsrechts des [§ 175 SGB V](#) verbunden sind, stellen keine besondere Härte i.S.d. [§ 26 Abs. 4 SGB II](#) dar. Eine solche kann nur vorliegen, wenn die Härte, die den Empfänger von Arbeitslosengeld II durch die Erhebung des Zusatzbeitrags trifft, von dem abweicht, was jeden trifft, der sich mit der Erhebung eines Zusatzbeitrags konfrontiert sieht. Eine Härte kann nämlich nur eine besondere sein, wenn sie eben nicht die allgemeine Härte des Zusatzbeitrags bedeutet (vgl. SG Neuruppin Gerichtsbescheid vom 30.11.2010 - [S 26 AS 1166/10](#) -; SG Lübeck Gerichtsbescheid vom 21.10.2010 - [S 21 AS 754/10](#); SG Freiburg Urteil vom 31.08.2010 - [S 14 AS 3578/10](#)). Nach dem Willen des Gesetzgebers ist Beziehen von Arbeitslosengeld II wie den übrigen Versicherten grundsätzlich zumutbar, die Krankenkasse zu wechseln, wenn ihre bisherige Krankenkasse erstmalig einen Zusatzbeitrag erhebt oder diesen erhöht und sie ihn nicht selbst tragen möchten ([BT-Drs. 16/4247, S. 60](#)). Nach [§ 242 Abs. 1 SGB V](#) hat die Krankenkasse in ihrer Satzung zu bestimmen, dass von ihren Mitgliedern ein Zusatzbeitrag erhoben wird, wenn weitere Voraussetzungen vorliegen. Nach Satz 3 darf dieser Zusatzbeitrag ohne Prüfung des Einkommens monatlich höchstens acht Euro betragen. Damit geht der Gesetzgeber davon aus, dass jedem Versicherten - unabhängig von seinem Einkommen - ein Zusatzbeitrag von acht Euro monatlich zugemutet werden kann. Hält ein Versicherter die Zahlung des Zusatzbeitrags für sich selbst für unzumutbar, hat er die Möglichkeit, seine Mitgliedschaft in der betreffenden Krankenkasse nach [§ 175 Abs. 4 S. 5 SGB V](#) zu kündigen und zu einer anderen Krankenkasse zu wechseln, die keinen Zusatzbeitrag erhebt. Die von dem Versicherten gewählte Krankenkasse hat kein Ablehnungsrecht ([§ 175 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)). Der Gesetzgeber geht im Grundsatz davon aus, dass jedem Versicherten zunächst ein Kassenwechsel zumutbar ist. Dies entspricht auch dem Sinn und Zweck der [§§ 175, 242 SGB V](#), welche die Krankenkassen zu einem wirtschaftlichen Verhalten anregen soll, um zu vermeiden, dass ihre Versicherten kündigen und zu anderen Krankenkassen wechseln. Umgekehrt sollen die Versicherten im Fall der Erhebung eines Zusatzbeitrags zum Kassenwechsel animiert werden. Ein Kassenwechsel ist nach der gesetzgeberischen Konzeption erwünscht und deshalb als solcher keine Härte.

Auch die Tatsache, dass die Klägerin langjährig, nach ihren eigenen Angaben ca. 40 Jahre, bei der DAK pflichtversichert ist, begründet keine besondere Härte. Sie hat keinen grundsätzlich Anspruch darauf, auf Kosten der Allgemeinheit von der mit einem Krankenkassenwechsel verbundenen Bemühung befreit zu werden, sich auf einen anderen Ansprechpartner bei der gesetzlichen Krankenversicherung einzustellen. Die Klägerin hat auch nicht nachvollziehbar darlegt, dass sie aus gesundheitlichen Gründen dazu nicht in der Lage sei. Soweit sie vorträgt, dass es wegen erheblicher Depressionen bei ihr zu einer Antriebsminderung komme und dies im Extremfall dazu führen könne, dass sie mit berechtigten Anliegen bei einer anderen Krankenkasse überhaupt nicht vorstellig würde, widerspricht dem zu einer die Tatsache, dass die Klägerin nach Aktenlage im Jahr 2010 durchgehend eine selbständige Tätigkeit als Call Center Agent ausgeübt hat, und zum anderen, dass die behauptete depressive Erkrankung, weder durch den behandelnden Arzt bescheinigt noch sonst konkretisiert oder belegt worden ist (vgl. zur Substantiierungspflicht im Prozesskostenhilfeverfahren: BVerfG Beschluss vom 14.04.2010 - [1 BvR 362/10](#)).

Des Weiteren ist eine besondere Härte i.S.v. [§ 26 Abs. 4 SGB II](#) nicht schon dann gegeben, wenn eine Leistungsempfängerin an chronischen Erkrankungen leidet. Denn bei den gesetzlichen Krankenversicherungen ergibt sich das Leistungsspektrum im Wesentlichen aus dem SGB V, so dass auch bei einem Krankenkassenwechsel einer chronischen Kranken eine ausreichende Versorgung gesichert ist. Nach dem Willen des Gesetzgebers kann eine besondere Härte i.S.v. [§ 26 Abs. 4 SGB II](#) angenommen werden, wenn eine Leistungsempfängerin aufgrund eines speziellen Behandlungsprogramms oder einer besonderen Versorgungsform, die nur ihre Krankenkasse anbietet, ein nachvollziehbares Interesse hat, bei dieser zu verbleiben, obwohl sie einen Zusatzbeitrag erhebt ([BT-Drs. 16/4247, S. 60](#)). Soweit die Klägerin vorträgt, dass sie hinsichtlich der Behandlung ihres Diabetes mellitus eine Vereinbarung mit der DAK geschlossen hat, spricht nichts dafür, dass eine entsprechende besondere Behandlung nicht auch durch andere Krankenkassen gewährleistet wird. Nach dem Internetauftritt der DAK ([www.dak.de](#)) bietet diese ihren Versicherten u. a. ein Gesundheitsprogramm für Diabetes mellitus I und II an, zu dessen Teilnahme sich die Versicherten bereit erklären können. Es spricht vieles dafür, dass es sich hierbei um das strukturierte Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus nach [§ 137 SGB V](#) handelt (vgl. zur DAK: [www.krankenkasse.de/krankenkassen-vergleich/gesetzliche-krankenkassen/strukturierte-behandlungsprogramme](#)), das, wie das Sozialgericht zutreffend ausgeführt hat, von mehreren Krankenkassen (vgl. [www.krankenkassen.de](#)) im Rahmen von "Disease-Management-Programmen" angeboten wird. Nach Aktenlage sind keine Anhaltspunkte dafür erkennbar, dass es sich bei dem von der DAK angebotenen Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus um ein besonderes von den genannten Behandlungsangeboten abweichendes oder eine Versorgungsform handelt, die nur von der DAK angeboten wird. Dafür ergibt sich auch nichts aus dem Vortrag der Klägerin. Strukturierte Behandlungsprogramme nach [§ 137f SGB V](#) zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von Typ 1- und 2- Diabetikern bieten ohne besondere Zugangsvoraussetzungen auch solche Krankenkassen an, die keinen Zusatzbeitrag erheben (z.B. AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse -, Techniker Krankenkasse). Da sämtliche Kassen, die diese Behandlungen anbieten, einheitliche Verträge mit der kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein abgeschlossen haben, besteht für die Klägerin im Fall des Kassenwechsels auch nicht die Notwendigkeit eines Behandlerwechsels.

Ebenso kann die Klägerin keinen Anspruch auf Übernahme des Zusatzbeitrags von 8,00 EUR aus der vom Bundesverfassungsgericht in der Entscheidung vom 09.02.2010 angeordneten Härtefallregelung ([1 BvL 1/09](#) = nach juris Rn 207 f.) bzw. auf Grundlage des ab dem 03.06.2010 geltenden [§ 21 Abs. 6 SGB II](#) herleiten. Dabei kann dahinstehen, ob neben der Vorschrift des [§ 26 Abs. 4 SGB II](#) die Härtefallregelung Anwendung findet (verneinend SG Neuruppin Gerichtsbescheid vom 30.11.2010 - [S 26 AS 1166/10](#) -). Jedenfalls sind die Voraussetzungen der Härtefallregelung nicht gegeben. Diese setzt das Bestehen eines über den Regelbedarf hinausgehenden

unabweisbaren, laufenden, nicht nur einmaligen, besonderen Bedarf voraus. Zum einen handelt es sich nicht um einen unabweisbaren Bedarf, da die Klägerin aufgrund des Sonderkündigungsrechts aus [§ 175 SGB V](#) die Möglichkeit hat, in eine Krankenkasse zu wechseln, welche den Zusatzbeitrag nicht erhebt (vgl. SG Lübeck Gerichtsbescheid vom 21.10.2010 - [S 21 AS 754/10](#)). Zum anderen besteht in Hinblick auf die Höhe des Zusatzbeitrags - 8,00 EUR mtl. - und der Tatsache, dass die Klägerin Einkünfte aus Erwerbseinkommen erzielt, kein erheblich von dem durchschnittlichen Bedarf abweichender Bedarf.

Die Entscheidung in der Hauptsache hängt auch nicht von der Beantwortung einer schwierigen, bislang ungeklärten Rechtsfrage ab. Prozesskostenhilfe muss nicht schon dann gewährt werden, wenn die entscheidungserhebliche Rechtsfrage zwar noch nicht höchstrichterlich geklärt ist, diese aber angesichts der gesetzlichen Regelung oder im Hinblick auf die durch die bereits vorliegende Rechtsprechung gewährten Auslegungshilfen ohne Schwierigkeit beantwortet werden kann (BVerfG Beschlüsse vom 19.07.2010 - [1 BvR 1873/09](#) - und vom 19.02.2008 - 1 B VR 1807/07 - mit weiteren Rechtsprechungshinweisen). Vorliegend ist die entscheidungserhebliche Frage - Auslegung des Begriffs der besonderen Härte i.S.d. [§ 26 Abs. 4 SGB II](#) - zwar höchstrichterlich noch nicht geklärt, das SGB II verwendet aber wiederholt den Begriff der besonderen Härte in anderen Vorschriften (vgl. z.B. [§§ 7 Abs. 5 S. 2, 11 Abs. 3 S. 1 Nr. 6 SGB II](#)), zu denen höchstrichterliche Rechtsprechung vorliegt, auf deren Grundzüge auch hier zurückgegriffen werden kann.

Schließlich hat der Beklagte auch so rechtzeitig über den Antrag der Klägerin befunden, dass diese von ihrem Kündigungsrecht nach [§ 175 Abs. 4 S. 5 SGB V](#) Gebrauch machen konnte.

Die Kosten des Beschwerdeverfahrens sind nicht erstattungsfähig ([§ 73a SGG](#) i.V.m. [§ 127 Abs. 4 ZPO](#)).

Dieser Beschluss ist unanfechtbar, [§ 177 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2011-03-03