

L 9 SO 46/13

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Sozialhilfe
Abteilung
9
1. Instanz
SG Köln (NRW)
Aktenzeichen
S 27 SO 417/11
Datum
19.12.2012
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 9 SO 46/13
Datum
14.11.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
Ein nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherter Bezieher von Leistungen der Grundsicherung nach dem Vierten Kapitel des SGB XII hat im Regelfall nur Anspruch auf Übernahme der Kosten in Höhe des ermäßigten Basistarifs für seine private Kranken- und Pflegeversicherung ([§ 32 Abs. 5 S. 1 SGB XII](#)).
Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Köln vom 19.12.2012 wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger wendet sich dagegen, dass die Beklagte ab dem 01.01.2011 nicht die erhöhten Beiträge für seine private Krankenversicherung übernommen und für den Bewilligungsabschnitt vom 01.05.2011 bis zum 30.04.2012 nur noch Kosten in Höhe des ermäßigten Basistarifs übernommen hat. Er begehrt die vollständige Übernahme der Kosten für seine private Kranken- und Pflegeversicherung.

Der am 00.00.1949 geborene Kläger ist als Schwerbehinderter mit einem Grad der Behinderung - GdB - von 100 sowie den Merkzeichen "G", "B" und "aG" anerkannt. Er ist auf Dauer nicht in der Lage, mindestens drei Stunden täglich auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erwerbstätig zu sein. Von der Pflegeversicherung wurde ihm die Pflegestufe II zuerkannt.

Der Kläger ist bei der B Krankenversicherung AG (im Folgenden: B) als Rechtsnachfolgerin der DBV X privat kranken- und pflegeversichert. Der von ihm gewählte Tarif stellt eine Vollversicherung dar, enthält keine Selbstbeteiligung und umfasst u.a. die Erstattung sämtlicher medizinisch notwendiger ambulanter Heilbehandlungen auch von Heilpraktikern ohne Einschränkung der Gebührensätze zu 100% sowie Chefarztbehandlung und Einbettzimmer bei Behandlung in einem Krankenhaus. Seit dem 01.12.2009 hatte der Kläger für seine privaten Kranken- und Pflegeversicherung zunächst Beiträge in Höhe von insgesamt 468,57 Euro monatlich zu zahlen, wobei 35,01 Euro auf die Pflegeversicherung entfielen. Ein Wechsel in den zum 01.01.2009 eingeführten Basistarif, den die B entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen auch ohne Selbstbeteiligung zum gesetzlichen Höchstbeitrag anbietet, ist nach den für den Kläger geltenden Versicherungsbedingungen der B u.a. für Empfänger von Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch jederzeit mit Wirkung zum Folgemonat möglich. Über den Basistarif informierte die B den Kläger mit Schreiben vom 09.04.2009 (Bl. 453 VA).

Der Kläger erhält fortlaufend Leistungen der Grundsicherung nach dem Vierten Kapitel des SGB XII von der Beklagten. Die Beklagte übernahm nach Einführung des Basistarifs zunächst weiterhin die vom Kläger an die B zu zahlenden Beiträge in voller Höhe. Die dem Kläger insoweit bewilligten Leistungen zahlte die Beklagte direkt an die B. Mit Schreiben vom 03.11.2009 forderte die Beklagte den Kläger auf, in den Basistarif zu wechseln. Der Kläger kam dieser Aufforderung nicht nach.

Die Bewilligung der Grundsicherung für die Zeit vom 01.05.2010 bis zum 30.04.2011 erfolgte mit Bescheid vom 16.04.2010. Darin berücksichtigte die Beklagte einen Beitrag zur Kranken- und Pflegeversicherung in Höhe von 468,57 Euro monatlich. Weitere Änderungsbescheide betreffend den Zeitraum vom 01.05.2010 bis zum 30.04.2011 betrafen ausschließlich den Regelsatz und die Kosten für Unterkunft und Heizung.

Zum 01.01.2011 erhöhte die B im Rahmen einer vertragsmäßig zugelassenen allgemeinen Beitragsanpassung die vom Kläger zu zahlenden Beiträge auf insgesamt 560,70 Euro monatlich, wobei 36,41 Euro auf die Pflegeversicherung entfielen. Der Kläger beantragte daraufhin bei der Beklagten die Übernahme dieses erhöhten Beitrages. Mit Bescheid vom 23.03.2011 lehnte die Beklagte diesen Antrag ab. In der Begründung führte sie aus, angemessen im Sinne des [§ 32 Abs. 5 SGB XII](#) seien die Beiträge im Basistarif. Für das Jahr 2011 belaufe sich der

Höchstbeitrag im Basistarif auf 575,44 Euro. Da unabhängig von der Höhe des zu zahlenden Beitrages Hilfebedürftigkeit nach dem SGB XII bestehe, vermindere sich dieser Beitrag um die Hälfte auf 287,72 Euro. Entsprechendes gelte für die private Pflegeversicherung. Insgesamt seien Aufwendungen für die Kranken- und Pflegeversicherung in Höhe von 323,92 Euro angemessen. Die Beitragsforderung für die bestehende Versicherung belaufe sich ab dem 01.01.2011 auf 560,70 Euro und liege somit über der angemessenen Beitragshöhe. Sie könne nicht übernommen werden. Bis April 2011 werde weiterhin der zunächst bescheidmäßig bewilligte Beitrag von 468,57 Euro berücksichtigt. Gegen diesen Bescheid legte der Kläger ohne Begründung Widerspruch ein.

Mit Bescheid vom 27.04.2011 bewilligte die Beklagte Grundsicherung für die Zeit vom 01.05.2011 bis zum 30.04.2012. Dabei berücksichtigte sie nunmehr nur noch Aufwendungen für die Kranken- und Pflegeversicherung in Höhe von 323,92 Euro. Gegen diesen Bescheid erhob der Kläger ebenfalls Widerspruch und vertrat die Ansicht, die Beiträge zur Pflege- und Krankenversicherung seien in voller tatsächlicher Höhe zu übernehmen. In der Folgezeit ergingen weitere Änderungsbescheide, die allerdings ausschließlich die Kosten für Unterkunft und Heizung sowie einen vom Kläger geltend gemachten Mehrbedarf wegen dezentraler Warmwasserbereitung betrafen.

Mit Widerspruchsbescheid vom 18.08.2011 wies der Oberbergische Kreis als Widerspruchsbehörde die Widersprüche des Klägers gegen die Bescheide vom 23.03.2011 und 27.04.2011 zurück.

Der Kläger hat am 19.09.2011 Klage beim Sozialgericht (SG) Köln erhoben. Er hat unter Hinweis auf das bei ihm vorliegende multiple Krankheitsbild die Auffassung vertreten, eine Umstellung auf den Basistarif sei weder angemessen noch für ihn zumutbar. Eine Umstellung könne für ihn lebensgefährliche Folgen haben, da die für ihn notwendigen Leistungen dann nicht mehr erbracht und Medikationen nicht mehr erfolgen könnten.

Der Kläger hat schriftsätzlich sinngemäß beantragt,

die Beklagte unter Abänderung der Bescheide vom 23.03.2011 und vom 27.04.2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18.08.2011 zu verurteilen, für die Zeit vom 01.01.2011 bis zum 30.04.2012 die tatsächlich entstehenden Kosten der privaten Kranken- und Pflegeversicherung zu übernehmen.

Die Beklagte hat schriftsätzlich beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat auf ihre Ausführungen in den angefochtenen Bescheiden Bezug genommen.

Der Kläger hat sein Begehren auch in einem einstweiligen Rechtsschutzverfahren vor dem SG Köln (Az.: [S 27 SO 410/11 ER](#)) und vor dem Landessozialgericht (LSG) Nordrhein-Westfalen (NRW) verfolgt. In diesem Verfahren hat der Kläger u.a. einen Leistungsüberblick über die Leistungen im Basistarif einerseits und in dem von ihm gewählten Tarif andererseits zu den Akten gereicht. Der Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz blieb in beiden Instanzen ohne Erfolg (Beschluss des Senats vom 02.02.2012, Az.: [L 9 SO 551/ 11 B ER](#) und [L 9 SO 552/11 B](#), juris Rn. 4 ff.). Nach Beendigung des Eilverfahrens hat das SG den Kläger aufgefordert darzulegen, auf welche konkreten weitergehenden Leistungen, die in seinem bisherigen Tarif finanziert würden, aber vom Basistarif nicht erfasst seien, er angewiesen sei oder voraussichtlich in absehbarer Zeit angewiesen sein werde. Der Kläger hat daraufhin erneut eine allgemeine Übersicht über die Unterschiede zwischen dem von ihm gewählten Tarif und dem Basistarif sowie ärztliche Berichte aus dem Jahre 2010 zu den Akten gereicht. Insoweit wird auf Bl. 42 bis 53 der Gerichtsakte Bezug genommen.

Nach Anhörung der Beteiligten mit Richterbrief vom 22.11.2012, dem Kläger zugestellt am 23.11.2012, hat das SG die Klage durch Gerichtsbescheid vom 19.12.2012 abgewiesen. Zur Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt, die Entscheidung der Beklagten, für den Bewilligungsabschnitt vom 01.05.2011 bis zum 30.04.2012 nur noch Kosten in Höhe des ermäßigten Basistarifs zu übernehmen, sei nicht zu beanstanden. Angemessen im Sinne von [§ 32 Abs. 5 SGB XII](#) seien nur die Beiträge, die im ermäßigten Basistarif anfielen. Ein Wechsel in den Basistarif sei dem Kläger auch zuzumuten. Die Vertragsleistungen des Basistarifs hätten nach [§ 12 Abs. 1a VAG](#) in Art, Umfang und Höhe den Leistungen nach dem 3. Kapitel des Sozialgesetzbuchs 5. Teil - SGB V -, auf die ein Anspruch bestehe, vergleichbar zu sein. Der Kläger habe mithin bei einem Wechsel in den Basistarif Anspruch auf Leistungen, die den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung entsprächen. Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung müssten ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein ([§ 12 Abs. 1 Satz 1 1. Halbsatz SGB V](#)). Eine Versorgung mit notwendigen Medikamenten sei dabei, unabhängig von den Kosten, nicht Privatpatienten vorbehalten. Entsprechendes gelte für notwendige physikalische und sonstige Therapien. Schließlich umfasse auch die Krankenhausbehandlung gemäß [§ 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig seien. Das Risiko einer unzureichenden medizinischen Versorgung des Klägers im Rahmen des Basistarifs sei mithin nicht gegeben und lasse sich insbesondere nicht aus der von dem Kläger vorgelegten, von seiner privaten Krankenversicherung erstellten allgemeinen Gegenüberstellung der Leistungen der privatärztlichen Versorgung und des Basistarifs ableiten. Dass der Kläger auf konkrete Leistungen, die von der privaten Krankenversicherung finanziert würden, vom Basistarif aber nicht erfasst seien, angewiesen sei oder in absehbarer Zeit voraussichtlich angewiesen sein werde, habe er trotz entsprechender Aufforderung nicht substantiiert dargelegt. Anhaltspunkte hierfür seien auch nicht ersichtlich. Die allgemeine Schwere der vorliegenden Erkrankung reiche insoweit nicht aus.

Gegen diesen, seinem Prozessbevollmächtigten am 27.12.2012 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am Montag, dem 28.01.2013, Berufung eingelegt. Er meint, das SG habe verfahrensfehlerhaft kein Sachverständigengutachten eingeholt. Dieses sei erforderlich, um den Nachweis führen zu können, dass er bei Umstellung des Tarifs auf den Basistarif wesentlich medizinisch schlechter versorgt würde.

Mit Schriftsatz vom 12.11.2013 hat die Beklagte den Bescheid vom 27.04.2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 18.08.2011 für den Zeitraum vom 01.01.2012 bis zum 30.04.2012 dergestalt abgeändert, dass anstelle der bisher monatlich bewilligten Leistungen für die private Kranken- und Pflegeversicherung des Klägers in Höhe von 323,92 Euro nunmehr Leistungen in Höhe von 333,74 Euro gewährt werden. Der Kläger hat dieses Teilerkenntnis in der mündlichen Verhandlung vom 14.11.2013 angenommen und den Rechtsstreit insoweit für erledigt erklärt. Er hat darüber hinaus nach Belehrung des Senats ausdrücklich erklärt, dass es ihm im vorliegenden Verfahren

ausschließlich um die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung gehe.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Köln vom 19.12.2012 abzuändern und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 23.03.2011 und unter Abänderung des Bescheids vom 27.04.2011, jeweils in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 18.08.2011 zu verurteilen, im Zeitraum vom 01.01.2011 bis zum 30.04.2012 Leistungen zur Übernahme der Beiträge für die private Kranken- und Pflegeversicherung in Höhe von 560,70 Euro monatlich zu gewähren.

Die Beklagte beantragt schriftsätzlich,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält den angefochtenen Gerichtsbescheid für zutreffend.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes nimmt der Senat auf die Prozessakte und die beigezogene Verwaltungsakte der Beklagten Bezug. Die Akten haben vorgelegen und sind Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist nach dem Teilanerkennnis der Beklagten vom 12.11.2013 und der Bewilligung von monatlich 333,74 Euro für die Beiträge der privaten Kranken- und Pflegeversicherung des Klägers im Zeitraum vom 01.01.2012 bis zum 30.04.2012 unbegründet. Das SG hat die Klage, soweit sie über das Teilanerkennnis hinaus geht, zu Recht abgewiesen, weil sie unbegründet ist. Der Kläger ist durch die angefochtenen Bescheide in der Fassung des Teilanerkennnisses vom 12.11.2013 nicht im Sinne von [§ 54 Abs. 2 Satz 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) beschwert, denn er hat keinen Anspruch auf weitergehende Leistungen zur Übernahme der von ihm geschuldeten Beiträge zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung im Zeitraum vom 01.01.2011 bis zum 30.04.2012.

1. a) Das Klagebegehren im Sinne von [§ 123 SGG](#) umfasst unter Berücksichtigung der teilweisen Erledigung des Rechtsstreits durch angenommenes Teilanerkennnis ([§ 101 Abs. 1 SGG](#)) lediglich den Betrag von 323,92 Euro monatlich bzw. ab 01.01.2012 den Betrag von 333,74 Euro monatlich übersteigende Leistungen zur Übernahme der Beiträge zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung nach [§ 32 Abs. 5 SGB XII](#) im Zeitraum vom 01.01.2011 bis zum 30.04.2012. Eine Beschränkung des Streitgegenstandes auf die Übernahme von Beiträgen zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung ist rechtlich möglich, weil es sich hierbei nach materiellem Recht (vgl. [§§ 30 ff. SGB XII](#)) um eine von den übrigen Bedarfen unterscheidbare Leistung handelt (vgl. insoweit im Allgemeinen BSG, Urt. v. 26.08.2008 - B [8/9b SO 10/06 R](#) -, juris Rn. 13 f. und im Besonderen BSG, Urt. v. 10.11.2011 - [B 8 SO 21/10 R](#) -, juris Rn. 12). Der anwaltlich vertretene Kläger hat sein Begehren auch hinreichend deutlich auf den abtrennbaren Verfügungssatz betreffend die Beiträge zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung beschränkt (vgl. auch insoweit BSG, a.a.O.). Abgesehen davon, dass sich seine Ausführungen ausschließlich mit diesen Beiträgen befassen, hat er, soweit er anderweitig höhere Leistungen begehrt hat, diese Begehren gesondert verfolgt und die entsprechenden Verfügungssätze, z.B. zu den Kosten für Unterkunft und Heizung sowie zum Mehrbedarf wegen dezentraler Warmwasserbereitung, gesondert mit Widerspruch angefochten. Vor diesem Hintergrund widerspräche es dem erklärten Willen des anwaltlich beratenen Klägers, wenn man unter vorgeblicher Anwendung des Meistbegünstigungsgrundsatzes von einem inhaltlich unbeschränkten, allgemein auf die Gewährung höherer Grundsicherungsleistungen gerichteten Klagebegehren ausginge. Vor allem hat der Kläger auf ausdrückliche Belehrung und Befragung des Senats im Termin zur mündlichen Verhandlung noch einmal klargestellt, dass es ihm lediglich um die Beiträge zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung gehe.

b) Die zeitliche Beschränkung ergibt sich aus der zeitlich auf den Zeitraum vom 01.01.2011 bis zum 30.04.2012 beschränkten Regelung der angefochtenen Bescheide. Der Bescheid vom 13.04.2012 über die Bewilligung von Grundsicherungsleistungen für die Zeit vom 01.05.2012 bis zum 30.04.2013 ist nicht nach [§ 96 SGG](#) Gegenstand des Klageverfahrens geworden und auch nicht im Wege einer Klageerweiterung nach [§ 99 SGG](#) durch den anwaltlich vertretenen Kläger zum Gegenstand des Klageverfahrens gemacht worden. Der Kläger hat vielmehr, vertreten durch seinen Prozessbevollmächtigten, gegen den Bescheid vom 13.04.2012 gesondert Widerspruch eingelegt und damit zu erkennen gegeben, dass er das prozessual vorgesehene Verfahren einhalten möchte. Von einer Erweiterung der Klage auf eine in Ermangelung eines ordnungsgemäß durchgeführten Vorverfahrens zunächst unzulässige Klage kann deshalb nicht ausgegangen werden. Zudem hat der Kläger im Berufungsverfahren gegen die vom SG ausdrücklich angenommene zeitliche Beschränkung des Streitgegenstandes keine Einwände erhoben und in der mündlichen Verhandlung vor dem Senat einen auf den Zeitraum vom 01.01.2011 bis zum 30.04.2012 beschränkten Klageantrag gestellt.

c) Gegenstand der kombinierten Anfechtungs- und Leistungslage gemäß [§ 54 Abs. 1 Satz 1](#) 1. Alt., Abs. 4 SGG sind dementsprechend allein der Bescheid vom 23.03.2011, der den in der Sache auf [§ 48 Abs. 1](#) Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) gestützten Antrag des Klägers auf Übernahme der ab dem 01.01.2011 geltenden höheren Beiträge im laufenden Bewilligungszeitraum abgelehnt hat, und der Bewilligungsbescheid vom 27.04.2011 in der Fassung des Teilanerkennnisses vom 12.11.2013 betreffend den gesonderten Verfügungssatz zur Übernahme der Beiträge im Zeitraum vom 01.05.2011 bis zum 30.04.2012, jeweils in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 18.08.2011 ([§ 95 SGG](#)). Sämtliche zwischen diesen Bescheiden erlassenen Änderungsbescheide betreffen andere Bedarfe und damit auch Verfügungssätze und sind deshalb nicht nach [§§ 86, 96 SGG](#) Gegenstand dieses Verfahrens.

2. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Übernahme höherer Beiträge zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung im streitgegenständlichen Zeitraum. Das SG hat zutreffend entschieden, dass der Kläger die Übernahme der von ihm im Verhältnis zur B geschuldeten Beiträge in Höhe von 560,70 Euro monatlich nicht beanspruchen kann. Der Senat schließt sich zur Vermeidung von Wiederholungen den in jeder Hinsicht zutreffenden Ausführungen des SG in dem angefochtenen Gerichtsbescheid an und nimmt zur Vermeidung von Wiederholungen auf sie Bezug ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)). Ebenfalls nimmt der Senat Bezug auf seine Ausführungen im Beschluss vom 02.02.2012 - [L 9 SO 551/11 B ER](#) und [L 9 SO 552/11 B](#) -, juris Rn. 4 ff., mit denen sich der Kläger nicht auseinander gesetzt hat.

a) Grundsätzlich sind bei der Bestimmung der Angemessenheit der Beiträge im Sinne von [§ 32 Abs. 5 Satz 1 i.V.m. § 42 Nr. 2 SGB XII](#) die

Beitragsbemessungsregeln des [§ 12 Abs. 1c Satz 4](#) und 5 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) sowie des [§ 110 Abs. 2 Satz 3](#) und 4 Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI) zu beachten (vgl. BSG, Urt. v. 10.11.2011 - [B 8 SO 21/10 R](#) -, juris Rn. 15), mit der Folge, dass, was die Krankenversicherung anbetrifft, lediglich die Hälfte des Beitrags für den Basistarif und, was die Pflegeversicherung anbetrifft, die Hälfte des Höchstbeitrags ([§ 110 Abs. 1 Nr. 2 Buchst. e SGB XI](#)) als Bedarf im Rahmen des [§ 32 Abs. 5 SGB XII](#) zu berücksichtigen ist (so nunmehr auch für das Recht der Grundsicherung für Arbeitsuchende BSG, Urt. v. 16.10.2012 - [B 14 AS 11/12 R](#) -, juris Rn. 23 ff.). Eine Ausnahme nach [§ 32 Abs. 5 Satz 2 SGB XII](#) kommt im Falle des dauerhaft auf Grundsicherungsleistungen angewiesenen Klägers nicht in Betracht.

Das BSG hat zwar ausdrücklich offen gelassen, ob in bestimmten Konstellationen höhere Beiträge zu übernehmen sein können (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 sind im Falle des Klägers jedoch keine Anhaltspunkte ersichtlich. Der Kläger hat zu keinem Zeitpunkt trotz eindeutiger Hinweise des SG und des Senats in dem das erstinstanzliche Prozesskostenhilfeverfahren betreffenden Beschluss vom 24.10.2012 - L 9 SO 367/12 B - nachvollziehbar dargelegt, auf welche konkreten Leistungen der privaten Krankenversicherung, die vom Basistarif und damit vom Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung nicht erfasst sind, er zur Behandlung seiner in der Tat vielfältigen und gravierenden Erkrankungen zwingend angewiesen ist. Er hat sich vielmehr auf Ausführungen allgemeiner Art beschränkt, indem er abstrakt Unterschiede im Leistungskatalog seiner privaten Krankenversicherung einerseits und des Basistarifs bzw. der gesetzlichen Krankenversicherung andererseits aufgelistet hat, ohne konkrete Behandlungsmethoden, Heilmittel, Hilfsmittel etc. zu benennen, die zur Behandlung seiner Erkrankung zwingend erforderlich, aber vom Basistarif nicht umfasst sind. Die private Krankenversicherung in einer über den Basistarif hinausgehenden Leistungsbreite mag dem Kläger umfangreicher scheinen. Dies führt jedoch nicht dazu, dass der Tarif hier im Sinne von [§ 32 Abs. 5 SGB XII](#) als angemessen zu bewerten ist, zumal der Schutz durch die gesetzliche Krankenversicherung, der etwa 86 % der Bevölkerung in Deutschland angehören, keineswegs als minderwertig anzusehen ist.

Insoweit ist zudem zu berücksichtigen, dass auch die Leistungen nach [§ 32 Abs. 5 SGB XII](#) gemäß [§ 1 Abs. 1 Satz 1 SGB XII](#) der Sicherung eines menschenwürdigen Existenzminimums dienen. Dem Grundrecht auf Sicherstellung eines menschenwürdigen Existenzminimums aus [Art. 1 Abs. 1](#) i.V.m. [Art. 20 Abs. 1](#) Grundgesetz (GG) wird aber im Hinblick auf den Schutz vor Krankheit hinreichend dadurch Rechnung getragen, dass der Hilfebedürftige in den Schutzbereich der gesetzlichen Krankenversicherung einbezogen wird oder ihm entsprechende Leistungen gewährt werden (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). Auch schwerwiegende Erkrankungen können deshalb nicht dazu führen, dass ein Empfänger von Leistungen nach dem SGB XII einen über den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehenden Schutz aus Steuermitteln erhält. Dies gilt umso mehr, als bei konkret lebensbedrohlichen Erkrankungen u.U. von Verfassungs- wegen ein Anspruch auf Erweiterung des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung besteht (vgl. hierzu BVerfG, Beschl. v. 06.12.2005 - [1 BvR 347/98](#) -, juris Rn. 65 ff.). Dass der Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung, wie er durch den Basistarif gewährleistet wird, auch unter Berücksichtigung dieser Gesichtspunkte zur Wahrung des menschenwürdigen Existenzminimums des Klägers nicht ausreicht, ist nicht ersichtlich. Schließlich besteht im Falle eines unabweisbar seiner Höhe nach erheblich von einem durchschnittlichen Bedarf abweichenden Bedarfs im Bereich der Gesundheitsaufwendungen die Möglichkeit einer Erhöhung des Regelsatzes nach [§ 27a Abs. 4 Satz 1 SGB XII](#) (vgl. insoweit BSG, Urt. v. 15.11.2012 - [B 8 SO 6/11 R](#) -, juris Rn. 25). Abgesehen davon, dass der Kläger insoweit nichts vorgetragen hat, kommt auch deshalb die Finanzierung eines über den Basistarif hinausgehenden Tarifs der privaten Krankenversicherung grundsätzlich nicht in Betracht.

Das Berufungsvorbringen führt zu keiner anderen Bewertung. Ob die medizinische Versorgung im Basistarif für den Kläger wesentlich oder unwesentlich schlechter ausfällt als in dem von ihm gewählten privaten Kranken- und Pflegeversicherungstarif, ist nach geltendem Recht, wie vorliegend dargelegt, irrelevant. Entscheidend ist vielmehr, ob bei einem Wechsel in den Basistarif auch unter Berücksichtigung der ggf. aus verfassungsrechtlichen Gründen vorzunehmenden Erweiterung des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung sowie der ggf. bestehenden Möglichkeit einer Erhöhung des Regelsatzes wegen eines erhöhten Bedarfs an Gesundheitsaufwendungen gemäß [§ 27a Abs. 4 Satz 1 SGB XII](#) das menschenwürdige Existenzminimum des Klägers gefährdet würde. Hierfür ist nichts ersichtlich.

b) Ausgehend von den vorstehend dargestellten Grundsätzen hat die Beklagte für die Zeit vom 01.01.2011 bis zum 31.12.2011 zu Recht lediglich Leistungen zur Übernahme von Beiträgen zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung in Höhe von 323,92 Euro gewährt und dementsprechend auch mit dem Bescheid vom 23.03.2011 eine Korrektur der Leistungsbewilligung vom 16.04.2010 für die Zeit vom 01.01.2011 bis zum 30.04.2011 gemäß [§ 48 Abs. 1 SGB X](#) abgelehnt. Der sich aus [§ 12 Abs. 1c Satz 2](#), 4, 6 VAG für den Kläger ergebende, der Hälfte der Höchstbeitrags in der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechende hälftige Beitragssatz im Basistarif betrug im Jahre 2011 287,72 Euro (50% von 3.712,50 Euro (= Beitragsbemessungsgrenze im Jahre 2011, [§ 6 Abs. 7](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - SGB V -) x 15,5 % (allgemeiner Beitragssatz) zuzüglich 0 Euro mangels Erhebung eines Zusatzbeitrags durch gesetzliche Krankenkassen). Hinzu kam der hälftige Höchstbeitrag in der gesetzlichen Pflegeversicherung in Höhe von 36,20 Euro (50% von 3.712,50 x 1,95 % ([§ 55 Abs. 1](#) bis [3 SGB XI](#), [§ 6 Abs. 7 SGB V](#))). Hieraus ergaben sich die von der Beklagten bewilligten 323,92 Euro.

Infolge der Erhöhung der maßgeblichen Bemessungsgrundlage, der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung, auf 3.825,- Euro im Jahre 2012 beträgt der im Rahmen von [§ 32 Abs. 5 SGB XI](#) maßgebliche angemessene Beitrag vom 01.01.2012 bis zum 30.04.2012 insgesamt 333,73 Euro und setzt sich aus dem hälftigen Höchstbeitrag im Basistarif (50% von 3.825,- Euro x 15,5 % = 296,44 Euro) und dem hälftigen Höchstbeitrag in der gesetzlichen Pflegeversicherung (50% von 3.825,- Euro x 1,95 % = 37,29 Euro) zusammen. Dem hat die Beklagte durch ihr Teilanerkennnis vom 12.11.2013 Rechnung getragen.

3. Die Kostenentscheidung beruht auf [§§ 183, 193 SGG](#) und berücksichtigt, dass der Kläger nur zu einem sehr geringen Teil obsiegt hat.

4. Gründe, die Revision zuzulassen ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)), liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2013-12-10