L 9 SO 329/12

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Sozialhilfe
Abteilung
9
1. Instanz
SG Köln (NRW)
Aktenzeichen
S 21 SO 175/11
Datum
27.06.2012
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 9 SO 329/12
Datum
24.11.2014
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Beschluss
Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Köln vom 27.06.2012 wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Übernahme von Beiträgen für eine private Zusatzkrankenversicherung.

Die im Januar 1948 geborene Klägerin ist bei der Techniker Krankenkasse (TK) freiwillig gesetzlichen kranken- und pflegeversichert. Hierfür hatte sie vom 01.08.2010 bis zum 30.11.2010 monatliche Beiträge in Höhe von 138,40 Euro zu zahlen. Sie schloss zudem eine private Zusatzkrankenversicherung bei der DKV Deutsche Krankenversicherung AG (im Folgenden: DKV) in Gestalt der Ergänzungstarife AM 9 und SM 9 ab. Der Ergänzungstarif AM 9 sieht zusätzliche, die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung übersteigende Leistungen für ambulante Heilbehandlungen und zahnärztliche Behandlungen vor, u.a. die Erstattung von die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte übersteigenden Aufwendungen, die durch krankheitsbedingte Erschwernisse begründet und nach den Bemessungskriterien der Gebührenordnung angemessen sind. Der Ergänzungstarif SM 9 deckt über dem Leistungsniveau der gesetzlichen Krankenversicherung liegende Aufwendungen bei stationärer Heilbehandlung ab, u.a. Mehrkosten der Unterbringung in einem Ein- oder Zweibettzimmer und wahlärztliche oder belegärztliche Leistungen sowie die Gewährung eines Krankenhaustagegeldes. Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel sind nicht erstattungsfähig. Der monatliche Beitrag für die private Zusatzversicherung betrug im Zeitraum vom 01.08.2010 bis zum 30.11.2010 286,93 Euro.

Die Klägerin leidet u.a. an einer schweren chronisch verlaufenden psychischen Erkrankung und ist nicht in der Lage, drei Stunden und mehr unter den Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes erwerbstätig zu sein. Sie verfügt weder über Einkommen noch über Vermögen. Sie bezog bis zum 31.08.2010 Leistungen der Sozialhilfe von der Stadt X.

Nach ihrem Umzug nach L bewilligte die Beklagte der Klägerin ab dem 01.08.2010 Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem 3. Kapitel des Sozialgesetzbuchs Zwölftes Buch (SGB XII). Mit drei Bescheiden aus September 2010 erfolgte zunächst eine jeweils monatliche Bewilligung von Regelsatz und Kosten für Unterkunft und Heizung für die Monate August bis Oktober 2010 ohne Berücksichtigung der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung.

Nachdem die Deutsche Rentenversicherung Bund auf das Ersuchen der Beklagten mit Schreiben vom 08.10.2010 festgestellt hatte, dass die Klägerin zumindest seit dem 31.10.2008 unabhängig von der Arbeitsmarktlage voll erwerbsgemindert im Sinne des § 43 Abs. 2 SGB VI und es unwahrscheinlich sei, dass die volle Erwerbsminderung behoben werden könne, bewilligte die Beklagte mit zwei Bescheiden von Ende Oktober 2010 ausdrücklich nur für die Zeit vom 01.11.2010 bis zum 30.11.2010 erstmals Leistungen der Grundsicherung nach dem Vierten Kapitel des SGB XII. Zusätzlich zum Regelsatz und zu den Kosten für Unterkunft und Heizung für Oktober bewilligte sie erstmals Leistungen zur Übernahme von Beiträgen zur Kranken- und Pflegeversicherung in Höhe des an die TK zu zahlenden Beitrags für die freiwillige gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung für November 2010 (138,40 Euro) und für die Zeit vom 01.08.2010 bis zum 31.10.2010 (415,20 Euro = 3 x 138,40 Euro).

Mit anwaltlichem Schreiben vom 04.11.2010 beantragte die Klägerin zusätzlich die Übernahme der Beiträge für die private Zusatzversicherung bei der DKV. Mit Bescheid vom 22.11.2010 lehnte die Beklagte diesen Antrag mit der Begründung ab, es bestünde kein Bedarf für die Übernahme einer privaten Zusatzversicherung.

Mit Bescheid von Ende November 2010 bewilligte die Beklagte Grundsicherungsleistungen für die Zeit vom 01.12.2010 bis zum 31.12.2010 in unveränderter Höhe.

Die Klägerin legte am 14.12.2010 Widerspruch gegen den Bescheid vom 22.11.2010 ein.

In den folgenden Monaten zahlte die Beklagte die bislang bewilligten Leistungen in unveränderter Höhe an die Klägerin aus, wobei sie teilweise auch weitere, für den jeweiligen Leistungsmonat geltende schriftliche Bescheide erließ.

Mit Widerspruchsbescheid vom 24.03.2011 wies die Beklagte den Widerspruch der Klägerin unter Beteiligung sozial erfahrener Dritter als unbegründet zurück. Zur Begründung führte sie aus, die Beiträge zur privaten Zusatzkrankenversicherung seien nicht im Sinne von § 32 Abs. 5 SGB XII angemessen. Die gesetzliche Krankenversicherung, deren Beiträge die Beklagte übernehme, stelle einen ausreichenden Kranken- und Pflegeversicherungsschutz dar.

Die Klägerin hat am 19.04.2011 Klage beim Sozialgericht (SG) Köln erhoben. Sie hat vorgetragen, sie leide an einer Vielzahl von Erkrankungen. Insoweit wird auf die Darstellung der Klägerin im Schriftsatz vom 02.08.2011 (Bl. 32 bis 35 der Gerichtsakte) Bezug genommen.

Die Klägerin hat beantragt,

den Bescheid vom 22.11.2010 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 24.03.2011 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr die aufzuwendenden Beiträge für die private Krankenzusatzversicherung bei der DKV AG zu zahlen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat auf ihre angefochtenen Bescheide Bezug genommen.

Mit Urteil vom 27.06.2012 hat das SG die Klage im Wesentlichen unter Bezugnahme auf die Ausführungen im Widerspruchsbescheid vom 24.03.2011 abgewiesen.

Gegen dieses ihrem damaligen Prozessbevollmächtigten am 12.07.2012 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 07.08.2012 Berufung eingelegt. Sie meint, in ihrem besonderen Einzelfall seien die Kosten für die private Zusatzkrankenversicherung zur Gewährleistung eines menschenwürdigen Existenzminimums zu übernehmen. Sie hat u.a. ärztliche Stellungnahmen der sie behandelnden Fachärzte für Innere Medizin Dr. H vom 19.12.2013 und Dr. I vom 22.07.2014 zu den Akten gereicht. Wegen der Einzelheiten wird auf Bl. 194 f. und Bl. 214 bis 217 der Gerichtsakte Bezug genommen.

Nachdem mehrere schriftliche Anfragen des Gerichts zur Vorlage von Bewilligungsbescheiden und zur Konkretisierung des Begehrens unbeantwortet geblieben sind, hat der Berichterstatter am 23.07.2014 einen Erörterungstermin mit den Beteiligten durchgeführt. In diesem Termin hat sich die Beklagte bereit erklärt, die Beiträge zur privaten Zusatzversicherung ungeachtet § 44 Abs. 4 SGB X und § 116a SGB XII auch für die Zeit vom 01.12.2010 bis zum 30.04.2011 zu übernehmen, wenn die Klägerin im vorliegenden Rechtsstreit obsiegt. Die anwaltlich vertretene Klägerin hat daraufhin ihr Begehren in inhaltlicher Hinsicht auf die Übernahme höherer Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung im Sinne von § 32 SGB XII und in zeitlicher Hinsicht auf den Zeitraum vom 01.08.2010 bis zum 30.11.2010 beschränkt.

Die Klägerin beantragt sinngemäß schriftsätzlich,

das Urteil des Sozialgerichts Köln vom 27.06.2012 abzuändern und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 22.11.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 24.03.2011 zu verurteilen, ihr für den Zeitraum vom 01.08.2010 bis zum 30.11.2010 unter Abänderung der für diesen Zeitraum erlassenen Bewilligungsbescheide um 286,93 Euro monatlich höhere Leistungen zur Übernahme der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung zu gewähren.

Die Beklagte beantragt schriftsätzlich,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichts- und die beigezogene Verwaltungsakte der Beklagten, die Gegenstand der Beratungen des Senats gewesen sind, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist nach einstimmiger Auffassung der Berufsrichter des Senats zulässig, aber nicht begründet. Eine weitere mündliche Verhandlung hält der Senat in Anbetracht der eindeutigen Sach- und Rechtslage nicht für erforderlich Das Rechtsmittel wird daher ohne mündliche Verhandlung durch Beschluss zurückgewiesen, nachdem die Beteiligten dazu gehört worden sind (§ 153 Abs. 4 SGG).

1. a) Im Berufungsverfahren ist nur noch über die Gewährung höherer Leistungen zur Übernahme von Beiträgen zur Kranken- und Pflegeversicherung im Sinne von § 32 Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) in der hier anwendbaren, bis zum 31.12.2010 geltenden Fassung (SGB XII a.F.) im Zeitraum vom 01.08.2010 bis zum 30.11.2010 zu entscheiden. Die Klägerin hat ihr Begehren im Sinne von § 123 SGG durch ihre im Erörterungstermin vom 23.07.2014 abgegebene Erklärung sowohl in zeitlicher als auch in inhaltlicher Hinsicht beschränkt. Die zeitliche Beschränkung (dazu z.B. BSG, Urt. v. 18.03.2008 - B 8/9b SO 11/06 R -, juris Rn. 10; Urt. v. 09.06.2011 - B 8 SO

11/10 R -, juris Rn. 10) ist dabei ebenso zulässig wie die inhaltliche Beschränkung auf die Leistungen nach § 32 SGB XII a.F., die durch einen selbstständigen Verfügungssatz im Sinne von § 31 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) geregelt werden und deshalb als Streitgegenstand von den übrigen Sozialhilfeleistungen abgetrennt werden können (dazu BSG, Urt. v. 15.11.2012 - B 8 SO 3/11 R -, juris Rn. 11). Ob der Klägerin in dem genannten Zeitraum höhere Leistungen nach § 32 SGB XII a.F. zu gewähren sind, ist dabei allerdings unter jedem denkbaren rechtlichen Gesichtspunkt zu prüfen. Eine inhaltliche Beschränkung des Streitgegenstandes auf die Übernahme des Beitrags für die private Zusatzkrankenversicherung bei der DKV AG ist nicht möglich, da es sich hierbei lediglich um ein Berechnungselement im Rahmen des einheitlichen Anspruchs nach § 32 SGB XII a.F. handelt. Der geltend gemachte Anspruch ist lediglich betragsmäßig auf die Höhe des von der Klägerin im Zeitraum vom 01.08.2010 bis zum 30.11.2010 geschuldeten Beitrags für die private Zusatzversicherung bei der DKV AG (286,93 Euro monatlich) beschränkt.

b) Gegenstand der von der Klägerin in der Sache erhobenen kombinierten Anfechtungs-, Verpflichtungs- und Leistungsklage gemäß §§ 54 Abs. 1, Abs. 4, 56 SGG ist der Bescheid vom 22.11.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 24.03.2011 (§ 95 SGG). Bei dem Bescheid vom 22.11.2010 handelt es sich in der Sache um die Ablehnung eines Überprüfungsantrags im Sinne von § 44 Abs. 1 SGB X. Im Hinblick darauf, dass die Beklagte durch diverse Bewilligungsbescheide aus September und Oktober 2010 Sozialhilfeleistungen nach dem Dritten Kapitel SGB XII für die Zeit vom 01.08.2010 bis zum 31.10.2010 und nach dem Vierten Kapitel des SGB XII für die Zeit vom 01.11.2010 bis zum 30.11.2010 bewilligt und dabei in den Bescheiden aus Oktober 2010 erstmals auch Leistungen nach § 32 SGB XII in Höhe des Beitrags zur freiwilligen gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung gewährt hatte, war der Antrag der Klägerin vom 04.11.2010 in der Sache darauf gerichtet, die bereits erlassenen Bewilligungsbescheide nach § 44 Abs. 1 SGB X abzuändern und höhere Leistungen nach § 32 SGB XII a.F. zu bewilligen. Diesen Antrag hat die Beklagte mit Bescheid vom 22.11.2010 abgelehnt.

Ob der Erlass dieses Ablehnungsbescheids zulässig war oder ob die Beklagte den Antrag der Klägerin vom 04.11.2010 im Hinblick darauf, dass die Bescheide aus Oktober 2010 bei Eingang des Antrags noch nicht im Sinne von § 77 SGG bindend, d.h. bestandskräftig, waren, als Widerspruch gegen die Bescheide hätte auslegen müssen (vgl. insoweit Schütze, in: v. Wulffen/Schütze, SGB X, 8. Aufl. 2014, § 44 Rn. 3), kann dahinstehen, denn die Klägerin ist durch die sinngemäße Handhabung ihres Antrag als Überprüfungsantrag nicht beschwert. Sie hat nicht nur eine zusätzliche Verwaltungsentscheidung, sondern auch eine Entscheidung der Widerspruchsbehörde erhalten. Dass sie durch die Verfahrensweise der Beklagten einen Nachteil erlitten hat, ist nicht ersichtlich.

Im Hinblick auf die von der Klägerin selbst vorgenommene zeitliche Beschränkung des Streitgegenstandes kann auch dahinstehen, ob die ausdrücklichen und durch tatsächliche Zahlung von Sozialhilfe konkludent erlassenen Bewilligungsbescheide für die Zeit vom 01.12.2010 bis zum 30.04.2011 (Monat der Klageerhebung) in entsprechender Anwendung von § 86 Abs. 1 SGG Gegenstand des Widerspruchs- und auch des Klageverfahrens geworden sind.

2. Die Klage ist unbegründet. Die Klägerin ist durch die angefochtenen Bescheide nicht im Sinne von § 54 Abs. 2 Satz 1 SGG beschwert, denn die Bescheide sind rechtmäßig. Die Klägerin hat keinen Anspruch gemäß § 44 Abs. 1 Satz 1 SGB X auf Abänderung der Bewilligungsbescheide aus Oktober 2010 und Gewährung höherer Leistungen zur Übernahme von Beiträgen zur Kranken- und Pflegeversicherung im Zeitraum vom 01.08.2010 bis zum 30.11.2010. Die Beklagte hat zu Recht lediglich die von der Klägerin im streitgegenständlichen Zeitraum tatsächlich geschuldeten Beiträge zur freiwilligen gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung in Höhe von 138,40 Euro monatlich gemäß § 32 Abs. 2 und 3 SGB XII a.F., für November in Verbindung mit § 42 Satz 1 Nr. 4 SGB XII a.F., übernommen. Für die Übernahme weiterer Beiträge ist keine Rechtsgrundlage ersichtlich. Weitere Beiträge sind im streitgegenständlichen Zeitraum nur in Gestalt der Beiträge zur privaten Zusatzkrankenversicherung bei der DKV in Höhe von 286,93 Euro monatlich entstanden und fällig geworden. Für die Übernahme dieser Beiträge ist keine Anspruchsgrundlage ersichtlich.

Nach dem allein als Anspruchsgrundlage in Betracht kommenden § 32 Abs. 5 Satz 1 SGB XII a.F. (i.V.m. § 42 Satz 1 Nr. 4 SGB XII a.F.) werden bei Bedürftigkeit im Sinne von § 19 Abs. 1 und 2 SGB XII, die hier bei der einkommens- und vermögenslosen Klägerin besteht, Aufwendungen für eine Krankenversicherung bei einem Versicherungsunternehmen übernommen, soweit sie angemessen sind.

Diese Voraussetzungen liegen nicht vor, weil die Beiträge zur privaten Zusatzkrankenversicherung bei der DKV nicht angemessen sind.

Es entspricht der ständigen Rechtsprechung des Senats (siehe zuletzt das Urt. v. 14.11.2013 - L 9 SO 46/13 -, juris Rn. 29 ff.) und ist höchstrichterlich geklärt, dass im Falle einer privaten Vollversicherung bei der Bestimmung der Angemessenheit der Beiträge im Sinne von § 32 Abs. 5 Satz 1 SGB XII a.F. 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 sind (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 (deutlich für das Recht der Grundsicherung für Arbeitsuchende BSG, Urt. v. 16.10.2012 - B 14 AS 11/12 R -, juris Rn. 23 ff.).

Da der Basistarif bei einer privaten Krankenvollversicherung (nur) dem Leistungsniveau der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht (vgl. § 12 Abs. 1a Satz 1 VAG), folgt daraus ohne weiteres, dass Beiträge für eine private Zusatzkrankenversicherung, die neben einer gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung abgeschlossen wird und ein Leistungsniveau oberhalb des Leistungsniveaus der gesetzlichen Krankenversicherung gewährleistet, grundsätzlich nicht angemessen im Sinne von § 32 Abs. 5 Satz 1 SGB XII sein können (so auch Holzhey, in: jurisPK-SGB XII, § 32 Rn. 60).

Dies ergibt sich auch aus systematischen und verfassungsrechtlichen Erwägungen. Auch die Leistungen nach § 32 Abs. 5 SGB XII dienen gemäß § 1 Abs. 1 Satz 1 SGB XII der Sicherung eines menschenwürdigen Existenzminimums. 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.). 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).

Soweit das BSG in Bezug auf private Vollversicherungen es ausdrücklich offen gelassen hat, 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), dürften diese Entscheidungen infolge der eindeutigen Rechtsprechung des 14. Senats des BSG (Urt. v. 16.10.2012 - B 14 AS 11/12 R -, juris Rn. 23 ff.) überholt sein. Im Übrigen liegen im Falle der Klägerin keine Besonderheiten vor, die eine Abweichung von den dargestellten Grundsätzen rechtfertigen könnten. Die Klägerin ist und war zwar bei einer Vielzahl von Ärzten in Behandlung, die zudem auch zahlreiche Diagnosen gestellt haben. Es ist jedoch nicht erkennbar, dass diese Erkrankungen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nicht wirksam behandelbar sind.

Entsprechendes ergibt sich auch nicht aus den von der Klägerin bei Gericht eingereichten Unterlagen, insbesondere nicht aus den Stellungnahmen der sie behandelnden Ärzte. Die ärztliche Stellungnahme von Dr. H vom 19.12.2013 behauptet lediglich pauschal und ohne jegliche Konkretisierung, dass "bei den vorhandenen Grunderkrankungen" "Einschränkungen der Behandlungsmöglichkeiten" entstünden. Bei welchen Erkrankungen und in welcher Hinsicht dies der Fall sein soll, bleibt vollkommen im Dunkeln. Ebenso fehlt der Einschätzung, für eine ausreichende somatische und psychosomatische Stabilität sei die Fortführung des "kombinierten Versicherungsstatus" nötig, jegliche Substanz. Völlig unverständlich ist es schließlich, wenn Dr. H ausführt, zumindest solle der private Versicherungsschutz beibehalten werden. Offensichtlich ist dem behandelnden Arzt unbekannt, dass der gegenüber der freiwilligen gesetzlichen Krankenversicherung der Klägerin doppelt so teure Tarif bei der DKV lediglich die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung ergänzt, d.h. ohne sie keinen Sinn macht. Insgesamt drängt sich deshalb auf, dass es sich bei der Bescheinigung von Dr. H um ein reines Gefälligkeitsattest handelt.

Gleiches gilt für die ärztliche Stellungnahme von Dr. I vom 22.07.2014. Seine Ausführungen sind für das Anliegen der Klägerin schon deshalb wertlos, weil er der Auffassung ist, dass bei der gegenwärtig bestehenden Kombination aus gesetzlicher Krankenversicherung und privater Zusatzversicherung, für die allein die Klägerin Leistungen begehrt, die durchzuführende Therapie ("multimodales Schmerzkonzept") "nicht umsetzbar" sei. Warum in Anbetracht dieses Befundes der Beitrag zur Zusatzversicherung bei der DKV aus Steuermitteln zu übernehmen sein soll, erschließt sich nicht. Soweit Dr. I weiterhin beanstandet, dass statt der nötigen Krankengymnastik, Bewegungstherapie und Wassergymnastik eine antirheumatische Therapie durchgeführt werde, legt er nicht dar, dass und warum die aus seiner Sicht notwendige Therapie nicht auch durch Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sicher gestellt werden kann. Krankengymnastik gehört durchaus zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung. Wenn Dr. I, der nach den im Internet verfügbaren Informationen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein keine Kassenzulassung besitzt, sodann eine Vollversicherung bei der DKV empfiehlt und sogar seine Hilfe bei der Ausarbeitung eines entsprechenden Tarif S anbietet, gehen seine Ausführungen endgültig an dem vorliegenden Streitgegenstand vorbei und sind eher als Werbung oder politisches Statement für die private Vollversicherung bei der DKV zu werten.

Auch im Übrigen ist nicht ansatzweise erkennbar, dass und warum der Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung zur Wahrung des menschenwürdigen Existenzminimums der Klägerin nicht ausreichen und die Klägerin gerade auf einen privaten Zusatztarif angewiesen sein soll, der nicht etwa Leistungsausschlüsse der gesetzlichen Krankenversicherung kompensieren, sondern im Wesentlichen einen höheren Behandlungsstandard (z.B. Abrechnung höherer Gebührensätze, Chefartbehandlung) gewährleisten soll. Die private Krankenversicherung in einer über die gesetzliche Krankenversicherung hinausgehenden Leistungsbreite mag der Klägerin umfangreicher scheinen. Dies führt jedoch nicht dazu, dass der Zusatztarif hier im Sinne von § 32 Abs. 5 SGB XII a.F. 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. Soweit der Zusatztarif der Klägerin einen höheren Behandlungsstandard gewährleistet, erschließt sich nicht, warum die einkommens- und vermögenslose Klägerin eine solche Besserstellung gegenüber der überwiegenden Mehrheit der (arbeitenden) Bevölkerung aus Steuermitteln erhalten soll.

Die Kostenentscheidung beruht auf §§ 183, 193 SGG.

Gründe, die Revision zuzulassen (§ 160 Abs. 2 SGG), liegen nicht vor.
Rechtskraft
Aus
Login
NRW
Saved
2014-12-02