

L 4 AS 269/15

Land
Hamburg
Sozialgericht
LSG Hamburg
Sachgebiet
Grundsicherung für Arbeitsuchende
Abteilung

4
1. Instanz
SG Hamburg (HAM)
Aktenzeichen
S 21 AS 2815/12

Datum
18.05.2015
2. Instanz
LSG Hamburg
Aktenzeichen
L 4 AS 269/15

Datum
20.06.2017
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten werden nicht erstattet. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Höhe des Zuschusses zu den Beiträgen einer privaten Krankenversicherung.

Der Kläger ist bei der D. AG in einem Standardtarif privat kranken- und pflegeversichert. Laut der zum Verfahren L 4 AS 183/13 B ER (S 58 AS 760/13 ER) eingereichten Kontoauszüge hat der Kläger im Jahr 2012 monatlich einen Beitrag in Höhe von 501,45 Euro gezahlt.

Mit Bescheid vom 17. Januar 2012 wurden dem Kläger Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) für die Zeit vom 1. Februar 2012 bis zum 31. Juli 2012 in Höhe von monatlich 760,45 Euro bewilligt. Hierbei wurde ein Zuschuss zur privaten Krankenversicherung in Höhe von monatlich 287,72 Euro und zur privaten Pflegeversicherung in Höhe von 36,14 Euro berücksichtigt.

Der Kläger beantragte mit Schreiben vom 24. April 2012 die Überprüfung des Bescheids vom 17. Januar 2012 mit der Begründung, dass der Beklagte den vollen von dem Kläger zu zahlenden Beitrag zur privaten Krankenversicherung übernehmen müsse.

Mit Bescheid vom 3. Mai 2012 stellte der Beklagte fest, dass nur die Hälfte des Basistarifs bei einer privaten Krankenversicherung übernommen werden könne. Der Basistarif sei zum 1. Januar 2012 erhöht worden, so dass die zu übernehmende Hälfte monatlich 296,44 Euro betrage. Diese Erhöhung sei bei dem angefochtenen Bescheid vom 17. Januar 2012 noch nicht berücksichtigt und werde nunmehr rückwirkend zum 1. Januar 2012 korrigiert. Mit weiteren Bescheiden vom 3. Mai 2012 änderte der Beklagte die Bewilligungsbescheide vom 26. November 2011 und 17. Januar 2012 ab, gewährte dem Kläger für Januar 2012 bis Juli 2012 Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts in Höhe von insgesamt 769,17 Euro und berücksichtigte hierbei einen Zuschuss zu den Beiträgen zur privaten Krankenversicherung in Höhe von 296,44 Euro und zu den Beiträgen zur privaten Pflegeversicherung in Höhe von 36,14 Euro.

Der Kläger legte hiergegen Widerspruch ein, der mit Widerspruchsbescheid vom 8. August 2012 zurückgewiesen wurde.

Der Kläger hat am 7. September 2012 Klage erhoben. Er habe keine andere Möglichkeit, als sich in der privaten Krankenversicherung zu versichern. Trotz allem übernehme der Beklagte nur einen Teil des Krankenversicherungsbeitrages. Er sei nicht im Stande, diesen selbst zu tragen.

Mit Gerichtsbescheid vom 18. Mai 2015 – nach entsprechender Anhörung – hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Der Kläger habe keinen Anspruch auf einen höheren Zuschuss zu den Beiträgen zu seiner privaten Kranken- und Pflegeversicherung. Nach [§ 26 Absatz 1 Satz 1 SGB II](#) gelte für Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld, die in der gesetzlichen Krankenversicherung weder versicherungspflichtig noch familienversichert und für den Fall der Krankheit bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert seien, [§ 12 Absatz 1c Satz 5](#) und 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG). Diese Voraussetzungen erfülle der Kläger, da er im streitigen Zeitraum Anspruch auf Arbeitslosengeld II gehabt habe und nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern privat krankenversichert gewesen sei. Nach [§ 12 Absatz 1c Satz 5](#) und 6 VAG beteilige sich der zuständige Träger nach dem SGB II auf Antrag des Versicherten im erforderlichen Umfang, soweit dadurch Hilfebedürftigkeit vermieden werde, wenn auch bei einem nach [§ 12 Absatz 1c Satz 4 VAG](#) verminderten Beitrag Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch bestehe. Bestehe unabhängig von der Höhe des zu zahlenden Beitrags Hilfebedürftigkeit nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch, gelte Satz

4 entsprechend; der zuständige Träger zahle den Betrag, der auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen sei. Der genannte Satz 4 laute: "Entsteht allein durch die Zahlung des Beitrags nach Satz 1 oder Satz 3 Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch, vermindert sich der Beitrag für die Dauer der Hilfebedürftigkeit um die Hälfte; die Hilfebedürftigkeit ist vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch auf Antrag des Versicherten zu prüfen und zu bescheinigen." Im streitigen Zeitraum habe der Höchstbeitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung 592,88 Euro betragen, weil sich die Beitragsbemessungsgrenze auf 3.825 Euro pro Monat und der allgemeine Beitragssatz auf 15,5 Prozent beliefen. Die Hälfte dieses Höchstbeitrages und damit der halbe Beitrag für den Basistarif nach [§ 12 Absatz 1c Satz 4 VAG](#), den Personen zu zahlen hätten, die hilfebedürftig im Sinne des SGB II seien, betrage 296,44 Euro. Einen Zuschuss in dieser Höhe zu den Beiträgen des Klägers zur privaten Krankenversicherung habe der Beklagte übernommen. Eine Rechtsgrundlage, aufgrund der der Beklagte verpflichtet sei, einen höheren Beitrag als den halben Beitrag für den Basistarif in der privaten Krankenversicherung nach [§ 12 Absatz 1c Satz 1, 4 VAG](#) zu tragen, sei nicht zu erkennen. Es sei dem Kläger schließlich auch zumutbar, in den Basistarif zu wechseln. Denn die Leistungen im Basistarif der privaten Krankenversicherung entsprächen denen der gesetzlichen Krankenversicherung ([§ 12 Absatz 1a Satz 1 VAG](#)).

Gegen den ihm am 21. Mai 2015 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 22. Juni 2015, einem Montag, Berufung eingelegt. Er macht geltend, dass ein Krankenkassenwechsel altersbedingt nicht mehr in Betracht komme und dass er krankheitsbedingt auf Leistungen angewiesen sei, die im Basistarif nicht erbracht würden.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts vom 18. Mai 2015 sowie die entgegenstehenden Bescheide des Beklagten aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, den Kläger unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er verweist auf den Inhalt der angefochtenen Entscheidung.

Mit Beschluss vom 23. Februar 2016 hat das Gericht das Verfahren nach [§ 153 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) auf den Berichterstatter zur Entscheidung mit den ehrenamtlichen Richtern übertragen.

Das Gericht hat am 20. Juni 2017 über die Berufung mündlich verhandelt. Auf das Sitzungsprotokoll wird verwiesen. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die Prozessakte und die Leistungsakte des Beklagten sowie die Akten des Landessozialgerichts L 4 AS 183/13 B ER verwiesen, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung und Beratung des Senats waren.

Entscheidungsgründe:

Das Gericht konnte durch den Berichterstatter und die ehrenamtlichen Richter entscheiden, da der Senat das Verfahren nach [§ 153 Abs. 5 SGG](#) übertragen hatte.

Die zulässige Berufung hat keinen Erfolg. Die angefochtenen Bescheide des Beklagten vom 3. Mai 2015 und 8. August 2012 sind rechtmäßig; der Kläger ist rechtmäßig über seine Leistungsansprüche beschieden worden. Insbesondere hat der Beklagte zu Recht die Krankenversicherungskosten nur in Höhe der Hälfte des sogenannten Basistarifs anerkannt; das hat das Sozialgericht zutreffend begründet und der Senat verweist auf den angefochtenen Gerichtsbescheid nach [§ 153 Abs. 2 SGG](#).

Ergänzend ist zu erwähnen, dass all dies bereits in der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts geklärt ist. Mit Urteil vom 16. Oktober 2012 ([B 14 AS 11/12 R](#); juris Rn. 24) hat das Bundessozialgericht entschieden, dass eine Rechtsgrundlage für die Übernahme eines höheren Beitrags als des halben Beitrags für den Basistarif in der privaten Krankenversicherung nicht erkennbar sei. Mit Urteil vom 29. April 2015 ([B 14 AS 8/14 R](#); juris Rn. 24 f.) hat das Bundessozialgericht zudem ausgeführt, dass mit der Einführung des Basistarifs und den Regelungen zur Kostenübernahme eine notwendige und mit dem Versorgungsniveau in der Gesetzlichen Krankenversicherung übereinstimmende medizinische Versorgung gewährleistet sei. Der Wechsel in den Basistarif sei zumutbar, den medizinisch gebotenen Versorgungsstandard müsse dieser ebenso wie die Gesetzliche Krankenversicherung gewährleisten. Der Senat folgt diesen Überlegungen; der Kläger wird das für sein Krankheitsbild Notwendige auch im Basistarif erhalten können.

Die Entscheidung über die Kosten beruht auf [§ 193 SGG](#) und trägt dem Ausgang des Verfahrens Rechnung.

Die Revision war nicht zuzulassen, weil kein Zulassungsgrund nach [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 oder Nr. 2 SGG](#) vorliegt.

Rechtskraft

Aus

Login

HAM

Saved

2017-07-10