

## S 21 SO 2538/17

Land  
Freistaat Thüringen  
Sozialgericht  
SG Altenburg (FST)  
Sachgebiet  
Sozialhilfe  
Abteilung  
21

1. Instanz  
SG Altenburg (FST)  
Aktenzeichen  
S 21 SO 2538/17

Datum  
06.11.2018

2. Instanz  
Thüringer LSG  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil  
Leitsätze

Die Gewährung von Hilfe bei Krankheit nach [§ 48 SGB XII](#) ist für im brancheneinheitlichen Basistarif Versicherte ausgeschlossen (im Ergebnis ebenso Bayerisches Landessozialgericht, Urteil vom 21. Oktober 2016, Az.: [L 8 SO 246/15](#)); darauf, ob die Kassen(zahn)ärztliche Vereinigung ihren Sicherstellungsauftrag nach [§ 75 Abs. 3a SGB V](#) erfüllt hat, kommt es dabei nicht an.

Die Klage wird abgewiesen. Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Übernahme eines Teils der Kosten für eine zahnprothetische Versorgung.

Der Kläger bezieht Rente wegen voller Erwerbsminderung und einen Zuschuss zu seiner privaten Krankenversicherung. Er ist privat krankenversichert im Basistarif. Der Kläger ist verheiratet. Seine Ehefrau ist selbständig tätig. Die Beklagte gewährt dem Kläger Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung.

Beim Kläger wurden u. a. eine koronare Herzerkrankung mit Zustand nach Myocardinfarkt, ein Zustand nach Hirnblutung mit Residualsymptomatik sowie degenerative Veränderungen der Wirbelsäule diagnostiziert. Es wurde ein Grad der Behinderung von 60 ohne Merkmale festgestellt.

Der mit seiner Praxis in G. ansässige Zahnarzt K. erstellte am 3. Mai 2017 einen Kostenvoranschlag für eine zahnprothetische Versorgung des Ober- und Unterkiefers als Regelversorgung in Höhe von 5.180,57 EUR, davon 2.773,11 EUR Material- und Laborkosten.

Zugrunde gelegt wurde der Steigerungsfaktor 2,3 bzw. bei einer Gebührensatz der Faktor 2,8. Die private Krankenversicherung des Klägers teilte mit, dass eine Erstattung in Höhe von 4.201,85 EUR erfolgen könnte.

Bereits 2015 hatte ein anderer Zahnarzt aus G. einen Kostenvoranschlag erstellt, dem ein Steigerungssatz von 2,0 zugrunde lag. Der Kostenvoranschlag beinhaltete Eigenlaborleistungen.

Die Beigeladene nannte dem Kläger als nächstgelegene Arztpraxen für Basistarif-Versicherte jeweils eine Praxis in W. und eine in R ...

Am 24. Mai 2017 beantragte der Kläger die Übernahme des Eigenanteils bei der Beklagten. Diese lehnte den Antrag ab und wies den dagegen gerichteten Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 16. Oktober 2017 zurück. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, Hilfen zur Gesundheit seien ausgeschlossen, soweit ein anderweitiger Schutz bestehe. Dies sei hier durch die private Krankenversicherung der Fall. Zahnärzte dürften für im Basistarif Versicherte nur den 2,0-fachen Gebührensatz abrechnen. Der Umfang der Leistungen müsse mit denen der gesetzlichen Krankenversicherung nicht identisch, aber vergleichbar sein. Der Kläger könne sich an die Beigeladene wenden und Zahnärzte erfragen, die im Basistarif behandeln.

Dagegen hat der Kläger am 25. Oktober 2017 Klage erhoben. Er vertritt die Auffassung, die Inanspruchnahme der ihm benannten Behandler seien nicht zumutbar. Bereits die einfache Wegstrecke betrage 70 km. Fahrtkosten könne er sich nicht leisten, vor allem aber könne er die Strecke aus gesundheitlichen Gründen nicht bewältigen. So sei zu erwarten, dass die zahnärztliche Behandlung zu Panikattacken führe und es in deren Folge zu einer hypertensiven Entgleisung käme. Aufgrund seiner psychischen Probleme sei es ihm auch nicht zumutbar, auf einen anderen Behandler verwiesen zu werden. Die 2015 durch einen G. Zahnarzt angebotene zahnprothetische Versorgung hätte zwar zu

einem Steigerungssatz von 2,0, jedoch nur mit den vom Zahnarzt vorgesehenen Laborleistungen, bei denen es sich um eine Luxusversorgung gehandelt habe, erfolgen können. Der Sozialhilfeträger habe Leistungen zu erbringen, wenn eine im Basistarif versicherte hilfebedürftige Person keinen Leistungserbringer finde, der bereit sei, im Leistungsumfang des Basistarifs zu behandeln, und die notwendige Hilfe nicht rechtzeitig von anderen zu erhalten sei. Dies entspreche genau seiner Situation. Zahnärzte seien nicht zur Behandlung im Basistarif verpflichtet. Auch die Beigeladene könne sie im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrags nicht dazu verpflichten. Einklagbare Rechte des Klägers gegenüber der Beigeladenen bestünden insoweit nicht. Schließlich sei auch die Ungleichbehandlung gegenüber gesetzlich Krankenversicherten sachlich nicht gerechtfertigt. Der Kläger legt einen aktualisierten Kostenvoranschlag vom 7. November 2017 vor, der sich nunmehr wegen Erhöhung der Material- und Laborkosten auf 5.211,01 EUR beläuft.

Der Kläger beantragt,

den Bescheid der Beklagten vom 10. August 2017 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16. Oktober 2017 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an ihn den Eigenanteil für den Zahnersatz in Höhe von 1.009,18 EUR im Wege der Kostenübernahme zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie wiederholt und vertieft die Ausführungen aus dem Widerspruchsbescheid. Sie hält insbesondere die Inanspruchnahme der von der Landes Zahnärztekammer benannten Zahnärzte für zumutbar. Der bereits innerhalb G. erfolgte Zahnarztwechsel zeige zudem, dass der Kläger sich einem neuen Zahnarzt habe öffnen können. Die Fahrtkosten würden sich für die Hin- und Rückfahrt mit dem Pkw auf etwa 22,19 EUR und mit dem Zug auf etwa 15 EUR belaufen. In Abhängigkeit der Örtlichkeit des Facharztes könnte man auch die Möglichkeit einer abweichenden Regelbedarfsfestsetzung wegen der Fahrtkosten in Betracht ziehen. Ein unabweisbarer, besonderer Bedarf für die Übernahme des Eigenanteils bestehe nicht. Höhere Kosten entstünden dadurch, dass der Zahnarzt einen höheren Gebührensatz berechne, als ihm durch die gesetzliche Regelung erlaubt sei. Ein Grund, den Differenzbetrag im Rahmen der Sozialhilfe zu übernehmen, bestehe nicht.

Die Beigeladene stellt keinen Antrag. Sie meint, ihren Sicherstellungsauftrag mit der Benennung zweier Zahnärzte erfüllt zu haben. Zudem verweist sie auf das Behandlungsangebot eines G. Zahnarztes aus 2015. Sie vertritt die Auffassung, die Zahnärzte seien nicht verpflichtet, mit dem Labor darüber zu verhandeln, dass für Versicherte im Basistarif Konditionen wie in der gesetzlichen Krankenversicherung zu Grunde gelegt werden.

Entscheidungsgründe:

Das Gericht hat in Abwesenheit der Beigeladenen verhandeln und entscheiden können, da diese in der Ladung auf diese Möglichkeit hingewiesen worden ist.

Die zulässige Klage ist nicht begründet. Der Bescheid der Beklagten vom 10. August 2017 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16. Oktober 2017 ist rechtswidrig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Ein Anspruch auf die begehrte teilweise Kostenübernahme einer zahnprothetischen Versorgung ergibt sich weder aus [§ 48](#) des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB XII) noch aus einer anderen sozialhilferechtlichen Vorschrift. Die Gewährung von Hilfe bei Krankheit nach [§ 48 SGB XII](#) kommt für privat Krankenversicherte, die über einen der gesetzlichen Krankenversicherungen entsprechenden Versicherungsschutz verfügen, nicht in Betracht. Aus [§ 48 Abs. 1 Satz 2](#) und [§ 52 Abs. 1 Satz 1 SGB XII](#) ist zu entnehmen, dass die Krankenhilfe nach dem SGB XII gegenüber den identischen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) nachrangig ist (vgl. Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 23. August 2013, Az.: [B 8 SO 19/12 R](#), Rn. 26, juris, sowie Beschluss vom 5. März 2015, Az.: [B 8 SO 36/14 BH](#), Rn. 16, juris; Landessozialgericht für das Land Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 4. Juni 2014, Az.: [L 9 SO 84/14 B](#), Rn. 6, juris; Schellhorn, in: Schellhorn/Hohm/Scheider, SGB XII, 19. Aufl. 2015, [§ 48 SGB XII](#) Rn. 22; ähnlich Flint, in: Grube/Wahrendorf, SGB XII, 5. Aufl. 2014, [§ 48 SGB XII](#) Rn. 5 f. und Coseriu, in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB XII, 2. Aufl. 2014, [§ 2 SGB XII](#) Rn. 21). Es handelt sich nicht um eine Frage der Zumutbarkeit einer Selbsthilfe nach [§ 2 SGB XII](#), sondern um einen Anwendungsausschluss, soweit das SGB V anwendbar ist. Dies ist auf im Basistarif privat Krankenversicherte zu übertragen, da nach [§ 152 Abs. 1](#) des Gesetzes über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (VAG) die Vertragsleistungen des Basistarifs in Art, Umfang und Höhe jeweils den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des SGB V, auf die ein Anspruch besteht, vergleichbar sein müssen (im Ergebnis ebenso Bayerisches Landessozialgericht, Urteil vom 21. Oktober 2016, Az.: [L 8 SO 246/15](#), Rn. 58 ff., juris). Es liegt hier eine gesetzgeberische Systementscheidung vor, den Krankenversicherungsschutz aller nicht anderweitig abgesicherten Personen nicht mehr über die sozialhilferechtliche Krankenhilfe, sondern vorrangig über die private Krankenversicherung zu gewährleisten; diese Systementscheidung zeigt sich auch darin, dass zeitgleich mit der Einführung des Basistarifs seit dem 1. Januar 2009 nach [§ 193 Abs. 3](#) des Versicherungsvertragsgesetzes eine entsprechende Krankenversicherungspflicht eingeführt wurde (vgl. Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 25. März 2010, Az.: [L 7 SO 2761/09](#), Rn. 63, juris). Ein solcher Versicherungsschutz gewährleistet das Grundrecht auf ein menschenwürdiges Existenzminimum (vgl. BSG, Urteil vom 16. Oktober 2012, Az.: [B 14 AS 11/12 R](#), Rn. 24, juris). Insbesondere ist auch eine ausreichende ärztliche Versorgung sichergestellt.

Nach [§ 75 Abs. 3a Satz 1 SGB V](#) haben die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen u. a. auch die ärztliche Versorgung der nach dem brancheneinheitlichen Basistarif Versicherten mit den in diesem Tarif versicherten ärztlichen Leistungen sicherzustellen. Ob sich daraus eine Behandlungspflicht der Vertragsärzte wie bei gesetzlich Krankenversicherten ergibt (so Bayerisches Landessozialgericht a. a. O. Rn. 60 m. w. N. und Hesral, in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, [§ 75 SGB V](#) Rn. 162; a. A. Bundesverfassungsgericht, Nichtannahmebeschluss vom 5. Mai 2008, Az.: [1 BvR 808/08](#), Rn. 6, juris), kann offen bleiben, da die gesetzlichen Vorschriften jedenfalls eine ausreichende Behandlung gewährleisten.

Ob die Beigeladene ihrem Sicherstellungsauftrag nachgekommen ist, braucht vorliegend dabei nicht entschieden zu werden. Sie hat dem Kläger einen Zahnarzt in W. und einen Zahnarzt in R. benannt. Ein Wechsel des Zahnarztes ist dem Kläger zuzumuten. Dies ist auch zuvor bereits möglich gewesen, da der Kläger noch 2015 bei einem anderen Zahnarzt in G. in Behandlung war. Sofern sich ergeben sollte, dass die Fahrtkosten nicht aus dem Regelsatz bestritten werden können, wäre eine abweichende Festsetzung des Regelsatzes nach [§ 27 a Abs. 4](#)

[Satz 1 SGB XII](#) zu prüfen. Dies ist vorliegend nicht Gegenstand des Verfahrens. Ob gesundheitliche Gründe der Zurücklegung des Weges von G. nach W. oder R. entgegenstehen oder ein solcher Weg zur Inanspruchnahme einer zahnärztlichen Behandlung grundsätzlich unzumutbar ist, kann offen bleiben. Denn wenn dies der Fall wäre, so müsste der Kläger dies gegenüber der Beigeladenen geltend machen. Diese wäre dann zur Sicherstellung einer Versorgung in einer dem Kläger zumutbaren Entfernung verpflichtet.

Diese Verpflichtung der Beigeladenen wäre auch durchsetzbar. Sofern die Beigeladene ihrem Sicherstellungsauftrag nach [§ 75 Abs. 3a Satz 1 SGB V](#) nicht nachkäme, könnte die Aufsichtsbehörde Aufsichtsmittel nach [§ 78 SGB V](#) i. V. m. [§§ 88](#) und [89](#) des Vierten Buches Sozialgesetzbuch anwenden. Da hier eine schwere Rechtsverletzung des Klägers drohte, bestünde eine Ermessensreduzierung auf Null und damit eine Handlungspflicht (vgl. Engelhard, in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB IV, 3. Aufl. 2016, [§ 89 SGB IV](#) Rn. 65). Hinreichende Anhaltspunkte dafür, dass die Aufsichtsbehörde ihren Pflichten nicht nachkäme, bestehen nicht. Ob der Kläger ein Einschreiten der Aufsichtsbehörde auch notfalls gerichtlich durchsetzen könnte, kann dahinstehen. Er könnte jedenfalls unmittelbar Klage gegen die Beigeladene erheben, falls diese zur Sicherstellung seiner Versorgung erforderliche Maßnahmen nicht ergreift (nach ablehnender Bescheidung eines entsprechenden Antrags und Durchführung eines Widerspruchsverfahrens). Die erforderliche Klagebefugnis bestünde hierfür. Dafür genügt es, wenn eine Norm zumindest auch der Verwirklichung individueller Interessen des Klägers zu dienen bestimmt ist (vgl. BSG, Urteil vom 12. März 2013, Az.: [B 1 A 1/12 R](#), Rn. 13 ff. m. w. N., juris). Dies gilt auch für die Verpflichtungsklage (vgl. Böttiger, in: Breitkreuz/Fichte, SGG, 2. Aufl. 2014, § 54 Rn. 87 m. w. N.; Keller, in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, 12. Aufl. 2017, § 54 Rn. 23). [§ 75 Abs. 3a Satz 1 SGB V](#) dient erkennbar Schutz der betroffenen Versicherten.

Eine ausreichende Versorgung mit Zahnersatz ist für im Basistarif Versicherte auch hinsichtlich der zahntechnischen Leistungen gewährleistet. Zwar werden diese nur auf der Grundlage der von den Landesverbänden der gesetzlichen Krankenversicherung und den Innungsverbänden der Zahntechniker nach [§ 88 Abs. 2 SGB V](#) vereinbarten Höchstpreisen (Bundeseinheitliches Leistungsverzeichnis [BEL]) erstattet (Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Basistarif Ziff. 2 Abs. 3). Nur diese darf der Zahnarzt aber auch gegenüber im Basistarif Versicherten abrechnen. Nach § 9 der Gebührenordnung für Zahnärzte ist der Zahnarzt berechtigt, die ihm tatsächlich entstandenen angemessenen Kosten für zahntechnische Leistungen zu berechnen. Inwieweit diese Berechnung bei privat Krankenversicherten nach dem Bundeseinheitlichen Leistungsverzeichnis zu erfolgen hat oder der Zahnarzt eine höhere Vergütung nach der Bundeseinheitlichen Benennungsliste (BEB) verlangen kann, ist strittig; für die generelle Heranziehung des BEL spricht, dass die Differenzierung der Vergütung allein nach dem Versichertenstatus keinen sachlichen Grund darstellt (Landgericht Aachen, Urteil vom 1. September 2011, Az.: [2 S 165/11](#), Rn. 4 f. m. w. N.; Landgericht Heidelberg, Urteil vom 25. Januar 2008, Az.: 7 O 305/05, Rn. 126 f.). Jedenfalls im Falle von im Basistarif versicherten Personen ist aufgrund der Vergleichbarkeit der versicherten Leistungen mit denjenigen der gesetzlichen Krankenversicherung nur die Heranziehung des BEL angemessen (vgl. für die Bindung an die durch die Tarifbedingungen in Bezug genommenen Regelungen der gesetzlichen Krankenversicherung auch Heral a. a. O. Rn. 165). Dies folgt auch aus dem Sicherstellungsauftrag nach [§ 75 Abs. 3a Satz 1 SGB V](#), der sonst leer liefe. Sicherzustellen ist die zahnärztliche Versorgung. Diese umfasst auch die Beschaffung der für die Behandlung erforderlichen Materialien und zahntechnischen Leistungen (so auch Bundeszahnärztekammer und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, in: Zahnmedizin und Zahntechnik - Rechtsgrundlagen und Hinweise für die Zahnarztpraxis, Seite 2). Dies darf nicht durch die Forderung von für im Basistarif Versicherte regelmäßig unerschwingliche Laborkosten unterlaufen werden.

Ein Anspruch ergibt sich auch nicht aus [§ 27 a Abs. 4 Satz 1 SGB XII](#). Danach wird der Regelsatz im Einzelfall abweichend von der maßgebenden Regelbedarfsstufe festgesetzt, wenn ein durch die Regelbedarfe abgedeckter Bedarf nicht nur einmalig, sondern für eine Dauer von voraussichtlich mehr als einem Monat unausweichlich in mehr als geringem Umfang oberhalb durchschnittlicher Bedarfe liegt, wie sie sich nach den bei der Ermittlung der Regelbedarfe zugrunde liegenden durchschnittlichen Verbrauchsausgaben ergeben, und die dadurch bedingten Mehraufwendungen begründbar nicht anderweitig ausgeglichen werden können. Vorliegend handelt es sich um einen einmaligen Bedarf. Zudem ist der erhöhte Bedarf, wie dargestellt, nicht unausweichlich.

Es besteht auch kein Anspruch auf Leistungen nach [§ 73 SGB XII](#). Danach können Leistungen auch in sonstigen Lebenslagen erbracht werden, wenn sie den Einsatz öffentlicher Mittel rechtfertigen. Kennzeichen einer sonstigen Lebenslage in diesem Sinne ist es, dass die jeweilige Bedarfssituation nicht bereits von anderen Anspruchsgrundlagen des SGB XII erfasst ist; ist dies der Fall, so können über [§ 73 Satz 1 SGB XII](#) nicht die dort bestimmten Tatbestandsvoraussetzungen umgangen werden (Böttiger, in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB XII, 2. Aufl. 2014, [§ 73 SGB XII](#) Rn. 21 f. m. w. N.). So verhält es sich hier, da die Bedarfslage grundsätzlich von [§ 48 SGB XII](#) erfasst wird, diesem jedoch ein Nachrang des Sozialhilferechts zu entnehmen ist.

Die Kostenentscheidung beruht auf entsprechender Anwendung von [§ 193 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

FST

Saved

2019-01-30