
Datum: 26.06.2013
Gericht: Landessozialgericht NRW
Spruchkörper: 2. Senat
Entscheidungsart: Beschluss
Aktenzeichen: L 2 AS 495/13 B
ECLI: ECLI:DE:LSGNRW:2013:0626.L2AS495.13B.00

Vorinstanz: Sozialgericht Münster, S 15 AS 9/13
Sachgebiet: Grundsicherung für Arbeitsuchende
Rechtskraft: nicht rechtskräftig

Tenor:
Die Beschwerde des Klägers gegen den Beschluss des Sozialgerichts Münster vom 21.02.2013 wird zurückgewiesen.

- Gründe: 1
- Die zulässige Beschwerde ist nicht begründet. 2
- Beteiligte, die nach ihren persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen die Kosten der Prozessführung nicht, nur zum Teil oder nur in Raten aufbringen können, erhalten gemäß § 73 a Sozialgerichtsgesetz (SGG) i.V.m. § 114 Zivilprozessordnung (ZPO) Prozesskostenhilfe (PKH), wenn die beabsichtigte Rechtsverfolgung oder Rechtsverteidigung hinreichende Aussicht auf Erfolg bietet und nicht mutwillig erscheint. 3
- Das Sozialgericht hat zutreffend entschieden, dass die gegen den Bescheid vom 24.07.2012 in der Fassung des Widerspruchsbescheids vom 05.12.2012 gerichtete Klage keine hinreichenden Erfolgsaussichten bietet. Der Kläger hat keinen Anspruch gegen die Beklagte auf Übernahme des aus seinem privaten Krankenversicherungsverhältnis resultierenden Eigenanteils von 520,28 EUR wegen ärztlicher bzw. zahnärztlicher Behandlungskosten. 4
- Der geltend gemachte Anspruch kann nicht auf § 26 Abs. 1 S. 1 Nr.1 Sozialgesetzbuch Zweites Buch (SGB II) gestützt werden. Danach gilt für Bezieher von Arbeitslosengeld II, die in der gesetzlichen Krankenversicherung weder versicherungspflichtig noch familienversichert sind und die für den Fall der Krankheit bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen 5

versichert sind, § 12 Abs. 1 Buchst. c S. 5 und 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG). Danach zahlt bei Bedürftigkeit des Versicherten der zuständige Träger nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch den Beitrag zur privaten Krankenversicherung bis zu dem Betrag, der auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen ist. Vom Sozialgericht ist bereits zutreffend dargelegt worden, dass die vom Kläger geltend gemachten Kosten schon deshalb nicht den vorgenannten gesetzlichen Vorschriften unterfallen, weil es sich nicht um vom Kläger geschuldete Beiträge zum privaten Krankenversicherungsunternehmen handelt, sondern um Beträge, für die aufgrund vertraglicher Vereinbarung eines Selbstbehalts kein Kostenerstattungsanspruch gegenüber der Krankenversicherung besteht (siehe auch Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen Urteil vom 16. Mai 2011, Aktenzeichen L 19 AS 2130/10 - veröffentlicht bei Juris). Im Übrigen ist in § 26 Abs. 4 SGB II geregelt, dass der Zuschuss zu den Versicherungsbeiträgen an das Versicherungsunternehmen zu zahlen ist, bei dem die leistungsberechtigte Person versichert ist. Dies verdeutlicht weiter, dass die vom Kläger geltend gemachten Kosten, deren Zahlung er wegen in Höhe des Selbstbehalts noch nicht vollständig erstatteter ärztlicher Behandlungskosten an seine Person anstrebt, nicht zu den Zuschüssen zu Beiträgen im Sinne dieser Vorschrift gehören.

Der geltend gemachte Anspruch kann auch nicht auf § 21 Abs. 6 S. 1 SGB II gestützt werden. Danach wird bei Leistungsberechtigten ein Mehrbedarf anerkannt, soweit im Einzelfall ein unabweisbarer, laufender, nicht nur einmaliger besonderer Bedarf besteht. Die Voraussetzungen dieser Regelungen liegen bereits deshalb nicht vor, weil der sich aus dem Selbstbehalt ergebende Bedarf nicht unabweisbar ist. Die Wahl eines Tarifs mit Selbstbehalt beruht auf Ausübung eines Gestaltungsrechts durch den Kläger, der die Möglichkeit hätte, in einen Basistarif ohne Selbstbehalt zu wechseln (vergleiche dazu auch das bereits benannte Urteil des LSG NRW). Der Wechsel in einen Basistarif ist auch dann zumutbar, wenn damit im Einzelfall Leistungsverlechterungen verbunden sind. Denn die Leistungen des Basistarifs müssen gemäß § 12 Abs. 1 Buchst. a S. 1 VAG denen der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch in Art, Umfang und Höhe vergleichbar sein und bieten daher einen angemessenen Krankenversicherungsschutz.

Fehlt es an einer Rechtsgrundlage für das Begehren des Klägers, ist seine Argumentation, die Übernahme des Selbstbehalts durch die Beklagte verursache geringere Kosten als ein Wechsel in den Basistarif, rechtlich unbedeutend. Nicht gefolgt werden kann dem Kläger schließlich, soweit er geltend macht, ein Wechsel in den Basistarif sei für ihn schon deshalb unzumutbar, weil ihm nach Beendigung der Arbeitslosigkeit eine Rückkehr in seinen bisherigen Tarif erschwert werde. Unabhängig davon, dass nichts für eine unmittelbar bevorstehende Arbeitsaufnahme ersichtlich ist, würde jedenfalls bei Aufnahme einer Beschäftigung eine Weiterführung der privaten Krankenversicherung einen Verdienst oberhalb der Versicherungspflichtgrenze voraussetzen.

Eine Kostenerstattung für die Beschwerde ist gesetzlich nicht vorgesehen (§ 73 SGG i.V.m. § 127 Abs. 4 ZPO).

Dieser Beschluss ist gemäß § 177 SGG unanfechtbar.