
Datum: 27.06.2013
Gericht: Landessozialgericht NRW
Spruchkörper: 9. Senat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: L 9 SO 619/11
ECLI: ECLI:DE:LSGNRW:2013:0627.L9SO619.11.00

Vorinstanz: Sozialgericht Köln, S 10 SO 532/10
Sachgebiet: Sozialhilfe
Rechtskraft: nicht rechtskräftig

Tenor:

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Köln vom 26.10.2011 wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand: 1

Die Beteiligten streiten darüber, ob die Beklagte der Klägerin Eigenanteile für die private Kranken- und Pflegeversicherung in Höhe von 4,33 EUR zu erstatten hat. Die am 00.00.1966 geborene Klägerin erhielt im streitigen Zeitraum von der Beklagten Leistungen nach dem Dritten Kapitel des Sozialgesetzbuchs Zwölftes Buch - Sozialhilfe - (SGB XII). Sie war in der privaten Kranken- und Pflegeversicherung (E) zu einem Betrag in Höhe von insgesamt 349,05 EUR (im Jahr 2009) versichert, wobei auf die Krankenversicherung 325,26 EUR und die Pflegeversicherung 23,79 EUR entfielen. Ferner bestand die Vereinbarung eines Eigenanteils von bis zu 400,00 EUR binnen eines Jahres zzgl. eines Eigenanteils von 10% bei Zahnbehandlungen, die von der Beklagten bis einschließlich 2008 übernommen wurden. Mit Schreiben vom 14.01.2009 forderte die Beklagte die Klägerin unter Erläuterung der ab dem 01.01.2009 geltenden Rechtslage erstmalig auf, in den sog. Basistarif der privaten Kranken- und Pflegeversicherung zu wechseln. Es ergab sich im weiteren Verlauf ein Schriftwechsel mit der Klägerin, in der diese anfänglich die Auffassung vertrat, dass ihr ein solcher Wechsel nicht möglich bzw. nicht zumutbar sei. Sodann teilte die Klägerin der Beklagten mit Schreiben vom 28.04.2009 mit, dass nach Rücksprache mit der E ein 2

Tarifwechsel grundsätzlich zum 01.06.2009 möglich sei, sie dies jedoch aus gesundheitlichen Gründen nach wie vor für unzumutbar halte. Sie beantrage daher, auch ab Juni 2009 im bisherigen Tarif verbleiben zu dürfen, hilfsweise die Übernahme des Krankenversicherungsbeitrages ab Juni 2009 in Höhe von 284,81 EUR.

Von der Beklagten wurde die Klägerin sodann mit Schreiben vom 08.05.2009 letztmalig 3
aufgefordert, umgehend einen Wechsel in den Basistarif der E zu vereinbaren. Es wurde angekündigt, künftig für keinen Versicherungstarif mehr zu zahlen, der nicht den Kriterien des § 48 SGB XII entspreche. Auch würden künftig keine Eigenanteile mehr übernommen, da im Basistarif eine Versicherung ohne Eigenanteil möglich sei. Diesem Schreiben war eine Rechtsmittelbelehrung beigelegt. Hiergegen legte die Klägerin mit Schreiben vom 09.06.2009 Widerspruch ein.

Mit Schreiben vom 09.06.2009 beantragte die Klägerin unter Bezugnahme auf die 4
Leistungsmitteilungen der E vom 15.05. und 27.05.2009 die Übernahme von Eigenanteilen in Höhe von insgesamt 478,61 EUR, sowie mit Schreiben vom 20.06.2009 die Übernahme von Eigenanteilen in Höhe von 95,01 EUR aufgrund Leistungsmitteilung der E vom 15.06.2009. Ein dritter Antrag der Klägerin (Schreiben vom 14.07.2009) war mit dem Antrag vom 20.06.2009 identisch, weil diesem dieselbe Leistungsmitteilung der E zu Grunde lag.

Mit Schreiben vom 16.07.2009 teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass sie ab dem 5
01.06.2009 den Krankenversicherungsbeitrag nur noch in Höhe des halbierten Beitrages zum Basistarif (aktuell 284,81 EUR) zuzüglich der Pflegeversicherungsbeiträge in Höhe von 23,79 EUR an die E zahlen werde.

Mit Bescheid der Beklagten vom 20.07.2009 wurden die Anträge der Klägerin vom 09.06., 6
20.06. und 14.07.2009 auf Übernahme der Eigenanteile abgelehnt. Zur Begründung wurde im Wesentlichen ausgeführt, dass die Eigenanteile bei Befolgung der mehrfachen Aufforderung zum Wechsel in den Basistarif nicht angefallen wären. Daher könnten diese nicht übernommen werden.

Auf den hiergegen eingelegten Widerspruch der Klägerin wurden durch Teilabhilfebescheid 7
der Beklagten vom 06.05.2010 Eigenanteile in Höhe von insgesamt 463,68 EUR statt der von der Klägerin insgesamt geforderten 573,62 EUR übernommen (Differenz: 109,94 EUR) und zwar nur solche Eigenanteile, die bis einschließlich 31.05.2009 entstanden waren. Eigenanteile in Höhe von 105,61 EUR würden schon deshalb nicht berücksichtigt, weil sie bereits zuvor von der E berücksichtigt bzw. erstattet wurden (lt. Leistungsmitteilung der E vom 27.05.2009). Die verbleibende Differenzbetrag von 4,33 EUR (109,94 EUR abzüglich 105,61 EUR) könne, so die Beklagte, nicht übernommen werden, weil die entsprechenden Eigenanteile ausweislich der Leistungsmitteilung der E vom 15.06.2009 nach dem 31.05.2009 angefallen wären.

Nachdem die Klägerin ihren Widerspruch aufrecht erhielt, wurde dieser mit 8
Widerspruchsbescheid der Beklagten vom 27.09.2010 nach Erteilung des Bescheides vom 06.05.2010 als im Übrigen unbegründet zurückgewiesen. Sie hielt an ihrer Auffassung fest, dass die Leistungen des sog. Basistarifes angemessen und zumutbar seien (Hinweis auf LSG NRW, Beschluss vom 18.12.2009 - L 9 B 49/98 SO ER -). Der nach dem Basistarif gewährte Krankenversicherungsschutz entspreche den Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung - (SGB V). Auch sei den "Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Basistarif" der E zu entnehmen, dass im Rahmen des Basistarifs keine Eigenanteile (=Selbstbehalt) zu leisten seien. Ab dem 01.06.2009 könnten die Eigenanteile sonach nicht mehr anerkannt werden. Dass die Klägerin

ihren Versicherungstarif bisher nicht entsprechend geändert habe, gehe zu ihren Lasten. Hiergegen hat die Klägerin am 27.10.2010 bei dem Sozialgericht Köln Klage erhoben und im Wesentlichen geltend gemacht, dass ihr ein Wechsel in den Basistarif nicht zumutbar sei. Sie leide ausweislich der beigelegten ärztlichen Atteste des Facharztes für Allgemeinmedizin Dr. D vom 08.03.2010 sowie des Facharztes für Orthopädie Dr. X vom 25.05.2011 an zahlreichen Erkrankungen (u.a. Sarkoidose und Lactoseunverträglichkeit), so dass sie schulmedizinisch nicht wirksam behandelt werden könne. Zahlreiche schulmedizinische Arzneien, wie etwa Kortison, könne sie nicht vertragen. Sie sei daher seit Jahren bei Homöopathen und Heilpraktikern in Behandlung. Ohne diese Behandlung würde sie zu einem Pflegefall werden. Im Basistarif würde sie biologische Heilmittel, ayurvedische Heilmittel, Physiotherapie und Psychotherapie nicht mehr erhalten. Ferner könne sie nach Ende der Hilfebedürftigkeit (z.B. wegen Arbeitsaufnahme) nicht ohne erneute Gesundheitsprüfung und damit faktisch überhaupt nicht mehr in den derzeitigen Tarif zurückwechseln. Die Klägerin hat schriftsätzlich beantragt,

die Beklagte unter Abänderung des Bescheides vom 20.07.2009 in der Fassung des Teilabhilfebescheides vom 06.05.2010 und in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 27.09.2010 zu verurteilen, ihr Eigenanteile in Höhe von 4,33 EUR zu erstatten. 9

Die Beklagte hat schriftsätzlich beantragt, 10

die Klage abzuweisen. 11

Sie hat die Auffassung vertreten, dass sie keine Eigenanteile zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung zu erstatten habe, da es zu Lasten der Klägerin gehe, dass sie nicht zum 01.06.2009 ihren Versicherungstarif auf den Basistarif umgestellt habe. Im Rahmen der Sozialhilfe bestehe nur Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. des Basistarifs. Die Klägerin könne als Sozialhilfeempfängerin nicht besser gestellt werden als gesetzlich Versicherte, die den weit überwiegenden Teil der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland ausmachen. 12

Nachdem sich die Beteiligten mit einer Entscheidung durch Urteil ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt haben, hat das Sozialgericht mit Urteil vom 26.10.2011 die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es im Wesentlichen das Folgende ausgeführt: Die Klage sei unbegründet, weil sich der Bescheid der Beklagten vom 20.07.2009 in der Fassung des Teilabhilfebescheides vom 06.05.2010 und in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 27.09.2010 als rechtmäßig erweise. Die Beklagte habe es zu Recht abgelehnt, nach dem 31.05.2009 Eigenanteile für die private Kranken- und Pflegeversicherung der Klägerin gemäß § 32 Abs. 5 SGB XII zu übernehmen. Der jetzige Krankenversicherungstarif der Klägerin sei im Verhältnis zum hälftigen Basistarif nicht angemessen. Es entspreche der bisherigen Rechtsprechung des LSG NRW, dass den Leistungsempfängern nach dem SGB XII grundsätzlich zuzumuten sei, in den Basistarif zu wechseln, wenn auf diese Weise eine Reduzierung der Beitragszahlung erreicht werden könne (Hinweis auf LSG NRW, Beschluss vom 6.5.2010 - L 12 B 107/09 SO ER -; LSG NRW, Beschluss vom 18.12.2009 - L 9 B 49/09 SO ER -). Der Basistarif entspreche dem Versorgungsniveau der Krankenbehandlung nach dem SGB V. Ferner hätten nach § 12 Abs. 1a Versicherungsaufsichtsgesetz - (VAG) Versicherungsunternehmen, welche die substitutive Krankenversicherung betrieben, einen branchenweit einheitlichen Basistarif anzubieten, dessen Leistungen in Art, Umfang und Höhe der Leistungen nach dem Dritten Kapitel des SGB V entsprechen. Bestehe Hilfebedürftigkeit nach dem SGB II oder SGB XII, vermindere sich der Basistarif für die Dauer der Hilfebedürftigkeit um die Hälfte (Hinweis auf § 12 Abs. 1c Satz 4 u. 6 VAG). Für das Jahr 2009 habe sich ein hälftiger Basistarif von 284,81 EUR in der privaten Krankenversicherung 13

und 23,79 EUR in der Pflegeversicherung ergeben, was erheblich weniger als der Kranken- und Pflegeversicherungstarif sei, den die Klägerin im Jahr 2009 gewählt habe. Auch bei Multimorbidität und Vorliegen von Allergien sei der Wechsel in den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) entsprechenden Basistarif zumutbar. Die Leistungen der GKV deckten für die überwiegende Mehrheit der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland das medizinisch Notwendige ab. Auch habe der Gesetzgeber mit dem zum 01.01.2004 in Kraft getretenen GKV-Modernisierungsgesetz die Grundsatzentscheidung getroffen, dass Grundsicherungs- und Sozialhilfeempfänger keine höheren Krankenversicherungsleistungen erhalten als gesetzlich Krankenversicherte. Auch bei grundsätzlichem Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel (etwa viele Naturarzneimittel) sei eine Verordnung dieser Arzneimittel ausnahmsweise zulässig, wenn diese bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten und nach Maßgabe der Arzneimittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses mit Begründung vom Vertragsarzt ausnahmsweise verordnet werden könnten. Dies gelte auch für die von der Klägerin hervorgehobenen naturheilkundlichen und homöopathischen Arzneimittel. Sollte sich jedoch herausstellen, dass die Klägerin Medikamente benötige, die von der GKV und entsprechend im Basistarif nicht erstattet würden, könne sie die Erhöhung des Regelsatzes wegen eines unabweisbar abweichenden Bedarfes beantragen (Hinweis auf § 27a Abs. 4 SGB XII), sofern die Medikamente notwendig seien und verschreibungspflichtige Medikamente nicht zur Verfügung stünden bzw. von der Klägerin nicht vertragen würden. Ferner sei Psychotherapie nach § 27 Abs. 1 Nr. 1 SGB V Inhalt der Krankenbehandlung in der GKV und damit auch Gegenstand des Basistarifs. Gleiches gelte für Heilmittel wie z.B. Krankengymnastik (Hinweis auf § 32 SGB V). Die Auffassung der Klägerin, dass ihr im Falle der Behandlung im Rahmen der GKV bzw. im Basistarif Pflegebedürftigkeit drohe, sei daher abwegig. Zudem gehe die Qualifikation der Ärzte, die im vertragsärztlichen System tätig seien, über die Qualifikation von Heilpraktikern weit hinaus. Die Befürchtungen der Klägerin hätten mithin keine reale Grundlage. Da der Klägerin der Wechsel in den Basistarif zumutbar gewesen sei, die Beklagte bereits im Januar 2009 darauf hingewiesen und die Klägerin bis Ende Mai 2009 daher ausreichend Zeit für einen Wechsel gehabt habe, sei es zutreffend, dass die Beklagte ab dem 01.06.2009 nur noch den hälftigen Basistarif im Rahmen der Berechnung der Leistungen berücksichtigt habe und dementsprechend ab diesem Zeitpunkt die streitgegenständlichen Eigenanteile nicht mehr zu übernehmen seien, weil diese im Basistarif nicht anfielen.

Gegen dieses ihr am 07.11.2011 zugestellte Urteil wendet sich die Klägerin mit der am 06.12.2011 eingelegten und vom Sozialgericht zugelassenen Berufung. 14

Zur Begründung verweist sie vollumfänglich auf ihr Vorbringen im Klageverfahren. Darüber hinaus macht sie geltend, dass die alternative medizinische Behandlung durch ihre Ärzte dazu führe, dass sie ein normales menschenwürdiges Leben führen und immerhin einer Nebenbeschäftigung nachgehen könne, was ihr bei der schulmedizinischen Behandlung nicht möglich wäre. Sie vertrete daher weiterhin die Ansicht, dass ihr ein Wechsel in den Basistarif nicht zumutbar sei, da sie gesundheitlich Schaden nehmen würde. 15

Die Klägerin beantragt, 16

das Urteil des Sozialgerichts Köln vom 26.10.2011 abzuändern und die Beklagte unter Abänderung des Bescheids vom 20.07.2009 in der Fassung des Teilabhilfebescheides vom 06.05.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 27.09.2010 zu verurteilen, ihr Eigenanteile in Höhe von 4,33 EUR zu erstatten. 17

Die Beklagte beantragt, 18

die Berufung zurückzuweisen.	19
Sie verweist vollinhaltlich auf das erstinstanzliche Urteil. Die Berufungsbegründung enthalte lediglich das Vorbringen aus dem Klageverfahren, welches durch das Sozialgericht ausreichend gewürdigt worden sei. Es werde zudem mitgeteilt, dass die Klägerin seit dem 01.05.2012 keine Leistungen nach dem SGB XII mehr beziehe, da die Deutsche Rentenversicherung (DRV) Bund am 02.03.2012 festgestellt habe, dass die Klägerin nicht dauerhaft voll erwerbsgemindert sei.	20
Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakte sowie der Verwaltungsvorgänge der Beklagten Bezug genommen. Diese Unterlagen haben vorgelegen und sind Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen.	21
Entscheidungsgründe:	22
Die wegen Zulassung der Berufung durch das Sozialgericht statthafte (§ 144 Abs. 1 SGG) und auch sonst zulässige, insbesondere fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Köln ist unbegründet. Das Sozialgericht hat die Klage im Ergebnis zu Recht abgewiesen. Die Klägerin ist durch die angefochtenen Bescheide der Beklagten nicht i.S.d. § 54 Abs. 2 SGG beschwert, weil sich diese als rechtmäßig erweisen. Der Klägerin hat gegen die Beklagte aus keinem rechtlichen Gesichtspunkt einen Anspruch auf Übernahme der Aufwendungen zur privaten Krankenversicherung in Form der Eigenanteile bzw. des Selbstbehalts in Höhe von 4,33 EUR.	23
1.) Streitgegenstand ist der Bescheid der Beklagten vom 20.07.2009 in der Fassung des Teilabhilfebescheides vom 06.05.2010 (§ 86 SGG) in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 27.09.2010. Bei verständiger Auslegung ihres Antrages (§ 123 SGG) begehrt die Klägerin weitere Leistungen nach dem SGB XII in Form der Übernahme der laut Leistungsmitteilung der E vom 15.06.2009 nach dem 31.05.2009 entstandenen Aufwendungen aus dem von ihr zu tragenden Eigenanteil/Selbstbehalt in Höhe von 4,33 EUR, konkret für den Behandlungsfall vom 05.06.2009 mit einem Betrag von 43,28 EUR, von dem die E 38,95 EUR übernommen hat, so dass sich der streitige Differenzbetrag von 4,33 EUR ergibt (43,28 EUR abzüglich 38,95 EUR = 4,33 EUR). Sowohl der ursprüngliche Klageantrag als auch der Berufungsantrag enthalten das betragsmäßig konkrete Begehren auf Übernahme/Erstattung des Eigenanteils in Höhe von 4,33 EUR. An diesen durch die zunächst anwaltlich und weiterhin durch einen qualifizierten Prozessbevollmächtigten (DGB-Rechtsschutz) vertretene Klägerin erhobenen Anspruch ist das Gericht gebunden (vgl. hierzu auch BSG 10.11.2011 - B 8 SO 21/10 R - SozR 4-3500 § 32 Nr. 1 - Rdnr. 12). Damit ist die eigentliche, zum 01.06.2009 erfolgte Umstellung der monatlichen Beiträge auf den (hälftigen) Basistarif (Bescheid des Beklagten vom 08.05.2009), nicht Verfahrens- bzw. Streitgegenstand, sondern allenfalls eine entscheidungserhebliche Vorfrage. Allerdings resultiert aus der betragsmäßigen Beschränkung keine Begrenzung des Streitgegenstandes auf Leistungen nach § 32 Abs. 5 SGB XII. Vielmehr ist in Anwendung des Meistbegünstigungs- bzw. Gesamtfallgrundsatzes davon auszugehen, dass die Klägerin die von ihr beanspruchte Leistung unter allen denkbaren rechtlichen Gesichtspunkten geltend macht (vgl. hierzu BSG 15.11.2012 - B 8 SO 6/11 R - Juris-Rdnr. 10). Ein Anspruch der ausweislich der aktenkundigen Bescheide der Beklagten im Zeitpunkt der Entstehung des streitigen Bedarfs nach dem Dritten Kapitel des SGB XII hilfebedürftigen Klägern (§ 19 Abs. 1 SGB XII in der bis zum 31.12.2010 geltenden Fassung) ergibt sich jedoch weder aus § 32 Abs. 5 SGB XII (s. 2.), § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB XII oder § 73 SGB XII (s. 3.), noch nach den §§ 48, 52 SGB XII (s. 4.).	24

2a.) Die Klägerin hat gegen die Beklagte aus § 32 Abs. 5 Satz 1 SGB XII (in der bis 31.12.2010 geltenden Fassung) keinen Anspruch auf Übernahme der Eigenanteile in Höhe von 4,33 EUR. Danach werden bei Bestehen einer Krankenversicherung bei einem Versicherungsunternehmen die Aufwendungen übernommen, soweit sie angemessen sind. Soweit Aufwendungen für die (private) Krankenversicherung übernommen werden, werden auch die (angemessenen) Aufwendungen für eine Pflegeversicherung übernommen (§ 32 Abs. 5 Satz 4 SGB XII).

Grundsätzlich sind bei der Bestimmung der Angemessenheit der Beiträge im Sinne von § 32 Abs. 5 Satz 1 SGB XII die Beitragsbemessungsregeln des § 12 Abs. 1c Satz 4 und 5 VAG sowie des § 110 Abs. 2 Satz 3 und 4 Sozialgesetzbuch Elftes Buch - Soziale Pflegeversicherung - (SGB XI) zu beachten (BSG 10.11.2011 - B 8 SO 21/10 R - SozR 4-3500 § 32 Nr. 1 - Rdnr. 15). Daraus folgt, dass lediglich der Beitrag zur privaten Krankenversicherung bis zur Hälfte des Höchstbeitrages zur gesetzlichen Krankenversicherung, also bis zur Höhe des halben Beitrags für den Basistarif als Bedarf im Rahmen des § 32 Abs. 5 SGB XII zu übernehmen ist (so nunmehr auch für das Recht der Grundsicherung für Arbeitsuchende BSG 16.10.2012 - B 14 AS 11/12 R - Juris-Rdnrn. 23 ff.). Damit ist der Leistungsumfang des Basistarifs immer angemessen, da er dem der GKV entsprechen muss. Hiermit ist auch der in § 52 Abs. 1 SGB XII zum Ausdruck gelangten Grundentscheidung des Gesetzgebers, die das Risiko der Krankheit betreffenden Leistungen der Sozialhilfe an den Leistungsumfang der GKV zu koppeln, Genüge getan (vgl. BayLSG 19.07.2011 - L 8 SO 26/11 - Juris-Rdnr. 30). Dagegen ist eine darüber hinausgehende Absicherung i.S. eines größeren Leistungsumfanges als dem, der der GKV entspricht, in der Regel nicht mehr als angemessen anzusehen (jurisPK-SGB XII/Holzhey, § 32 Rdnr. 49).

Ungeachtet der streitigen Frage, ob sich aus § 32 Abs. 5 Satz 1 SGB XII überhaupt eine Verpflichtung des Sozialhilfeträgers ergeben kann, neben dem eigentlichen Beitrag zur privaten Krankenversicherung einen Zuschuss zu einem von der Klägerin mit der E vereinbarten Selbstbehalt von maximal 400,00 EUR jährlich in Höhe der sich ergebenden Differenz zwischen dem monatlichen Beitrag nach dem Tarif "PNW/PNZ" und der Hälfte des Basistarifs von mtl. 284,81 EUR im Jahre 2009 zu gewähren (für Selbstbehalte in Rahmen der Parallelvorschrift des § 26 Abs. 2 SGB II verneinend LSG NRW 16.05.2011 - L 19 AS 2130/10 - Juris-Rdnr. 28), scheidet eine Übernahme des Eigenanteils in Höhe von 4,33 EUR aus, weil der Klägerin jedenfalls ab dem 01.06.2009 ein Wechsel in den Basistarif der E im Umfang der Leistungen der GKV rechtlich zumutbar war. Da die E ausweislich ihrer "Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Basistarif" den Basistarif ohne Selbstbehalte anbietet, ist dementsprechend auch die Übernahme des Selbstbehaltes durch die Beklagte nicht angemessen i.S.d. § 32 Abs. 5 Satz 1 SGB XII.

Soweit die Klägerin die Unzumutbarkeit eines Wechsels in den (eigenanteilsfreien) Basistarif aufgrund ihrer Multimorbidität und der von ihr in Anspruch genommenen nicht-schulmedizinischen Behandlungsmethoden samt entsprechender - nicht verschreibungspflichtiger - Arznei-, Heil- und Hilfsmittel herleiten will, kann sie hiermit kein für sich günstigeres Ergebnis herleiten. Der Senat nimmt insoweit gemäß § 153 Abs. 2 SGG auf die überzeugenden Ausführungen des Sozialgerichts Bezug und macht sie sich ausdrücklich zu Eigen. Die Klägerin hat sich zur Berufungsbegründung lediglich auf ihr erstinstanzliches Vorbringen bezogen. Dieses hat jedoch im angefochtenen Urteil des Sozialgerichts hinreichend Berücksichtigung gefunden. Ergänzend weist der Senat darauf hin, dass das BSG zwar ausdrücklich offen gelassen hat, ob in bestimmten Konstellationen höhere Beiträge zu übernehmen sein können (s. BSG 10.11.2011 - B 8 SO 21/10 R - SozR 4-3500 § 32 Nr. 1 - Rdnr. 15; BSG 18.01.2011 - B 4 AS 108/10 R - SozR 4-4200 § 26 Nr. 1 - Rdnr. 20). Hierfür

sind im Falle der Klägerin jedoch keine Anhaltspunkte ersichtlich. Dass der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung, der auch für den Basistarif maßgeblich wäre, für die Erkrankungen der Klägerin keine adäquaten Behandlungen vorsieht, ist nicht ersichtlich. Auch die im Klageverfahren vorgelegten Atteste des Facharztes für Allgemeinmedizin Dr. D vom 08.03.2010 sowie des Facharztes für Orthopädie Dr. X vom 25.05.2011 geben hierfür nichts her. Insbesondere ist nicht erkennbar, dass die dort aufgeführten Behandlungen medizinisch zwingend notwendig sind. Ebenso ist ein Fehlen vergleichbarer oder ebenso geeigneter Behandlungen, die zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehören, nicht offensichtlich. Auch hat das Sozialgericht überzeugend ausgeführt, dass die von der Klägerin angeführten Behandlungen und Medikamente unter bestimmten Voraussetzungen einer vertragsärztlichen Versorgung durchaus zugänglich sind (s. § 34 Abs. 1 Satz 2 SGB V i.V.m. den Arzneimittelrichtlinien des GBA).

Zudem ist 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 des Grundgesetzes - (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, Beschluss vom 13.02.2008 - 2 BvL 1/06 - Juris-Rdnrn. 110 ff.; BVerfG 09.02.2010 - 1 BvL 1/09 u.a. - Juris-Rdnr. 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 Verfassungen wegen ein Anspruch auf Erweiterung des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung besteht (vgl. hierzu BVerfG, Beschluss vom 06.12.2005 - 1 BvR 347/98 - Juris-Rdnrn. 65 ff.).

29

b.) Ein Anspruch der Klägerin auf Übernahme der Eigenanteile in Höhe von 4,33 EUR ergibt sich auch nicht aus § 32 Abs. 5 Satz 2 SGB XII. Danach können zur Aufrechterhaltung einer Krankenversicherung bei einem Versicherungsunternehmen auch höhere Aufwendungen übernommen werden, wenn die Leistungsberechtigung voraussichtlich nur für kurze Dauer besteht. Dem Träger der Sozialhilfe ist ein entsprechendes Ermessen nur dann eröffnet, wenn die Frage der "voraussichtlich kurzen Dauer" zu bejahen ist. Dies ist anhand einer Prognose zu beurteilen, die gerichtlich voll überprüfbar ist. Als voraussichtlich kurze Dauer ist in Anlehnung an die insoweit wortgleiche Vorschrift des § 38 Abs. 1 Satz 1 SGB XII in der Regel ein Zeitraum von bis zu sechs Monaten anzusehen (s. jurisPK-SGB XII/Holzhey, § 52 Rdnrn. 32, 55). Allein die Tatsache, dass Leistungen nach dem Dritten Kapitel des SGB XII i.d.R. monatsweise bewilligt werden und im Unterschied zu Leistungen der Grundsicherung nach dem Vierten Kapitel des SGB XII nicht auf Dauer angelegt sind, kann den Sonderfall des § 32 Abs. 5 Satz 2 SGB XII nicht begründen, weil die Regelung ihren originären Anwendungsbereich im Dritten Kapitel hat und damit stets Anwendung finden müsste; dies kann damit nicht gemeint sein. Vielmehr ist die Prognose einer nur für kurze Dauer bestehenden Leistungsberechtigung in jedem Einzelfall zu prüfen, wobei ausweislich des Wortlauts nicht etwa auf die Erwerbsfähigkeit (§ 8 Abs. 1 SGB II), sondern die Leistungsberechtigung an sich abzustellen ist, insbesondere die Hilfebedürftigkeit (so auch Flint, in: Grube/Wahrendorf, SGB XII, 4. Aufl. 2012, § 32 Rdnr. 11 zur Parallelregelung des § 32 Abs. 2 Satz 2 SGB XII für freiwillig Versicherte). Nach Aktenlage war die Klägerin jedoch durchgängig hilfebedürftig, weil sie insbesondere über nicht bedarfsdeckendes Einkommen aus einer Aushilfstätigkeit verfügte, so dass eine etwaige positive Prognose i.S.d. § 32 Abs. 5 Satz 2 SGB XII nicht hätte erfolgen können. Auch ist sie im Übrigen ab dem 01.05.2012

30

lediglich in den SGB II-Bezug gewechselt und damit nicht kurzfristig aus ihrer Hilfebedürftigkeit "herausgewachsen".

- 3.) Ferner scheidet auch ein Anspruch der Klägerin gegen die Beklagte auf Übernahme der Eigenanteile in Höhe von 4,33 EUR nach § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB XII (in der bis 31.12.2010 geltenden Fassung) aus. Eine Erhöhung des Regelsatzes wegen eines unabweisbar seiner Höhe nach erheblich von einem durchschnittlichen Bedarf abweichenden Bedarf ist bei einer (zusätzlichen) Belastung in Höhe der hier begehrten 4,33 EUR offensichtlich nicht zu rechtfertigen. Dazu kommt, dass die Kosten bei Krankheit entsprechend der Sonderauswertung der EVS 2003 Eingang in den Regelsatz gefunden haben (s. näher BSG 15.11.2012 - B 8 SO 6/11 R - Juris-Rdnr. 21) und i.Ü. nach § 5 RBEG, der die regelbedarfsrelevanten Verbrauchsausgaben der Einpersonenhaushalte (Erwachsene) auf der Grundlage der EVS 2008 beinhaltet, ab 01.01.2011 für Gesundheitspflege (Abteilung 6) ein Gesamtbetrag von 15,55 EUR berücksichtigt worden ist. 31
- Entsprechendes gilt auch für einen etwaigen Anspruch der Klägerin nach § 73 SGB XII, weil hier von einer atypischen, nicht von anderen Vorschriften des SGB XII erfassten Bedarfslage keine Rede sein kann (vgl. auch BSG 15.11.2012 - a.a.O. - Juris-Rdnr. 23). 32
- 4.) Ein Anspruch auf Übernahme des Eigenanteils ergibt sich schließlich auch nicht aus den Vorschriften des Fünften Kapitels des SGB XII (Hilfen zur Gesundheit), konkret den §§ 48, 52 SGB XII. Diese Regelungen finden auf die Klägerin keine Anwendung, weil sie mit der privaten Krankenversicherung bereits über eine - anderweitige - Absicherung im Krankheitsfall verfügt, so dass § 48 SGB XII als "letztes Auffangbecken" hier nicht einschlägig ist (vgl. hierzu Flint, in: Grube/Wahrendorf, a.a.O., § 48 Rdnrn. 5 f.). Im Übrigen entsprechen die Hilfen zur Gesundheit nach § 52 Abs. 1 SGB XII dem Leistungsumfang der GKV, der wiederum dem Leistungsumfang des Basistarifs entspricht. 33
- 5.) Die Kostenentscheidung beruht auf §§ 183, 193 SGG. 34
- 6.) Gründe für die Zulassung der Revision (§ 160 Abs. 2 Nr. 1 oder 2 SGG) bestehen nicht. 35