

**S 93 AS 9826/06**

Land  
Berlin-Brandenburg  
Sozialgericht  
SG Berlin (BRB)  
Sachgebiet  
Grundsicherung für Arbeitsuchende

Abteilung  
93  
1. Instanz  
SG Berlin (BRB)  
Aktenzeichen  
S 93 AS 9826/06

Datum  
24.04.2007  
2. Instanz  
LSG Berlin-Brandenburg  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie

Urteil

1. Der Bescheid vom 26. April 2006 in der Fassung des Änderungsbescheides vom 17. Juli 2006 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27. September 2006 wird aufgehoben. 2. Der Beklagte wird verurteilt, der Klägerin für Mai 2006 zusätzlich 120,75 Euro zu gewähren. 3. Der Beklagte hat der Klägerin deren Kosten zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Kürzung von Leistungen nach dem SGB II während eines stationären Krankenhausaufenthalts der Klägerin.

Die alleinstehende Klägerin bezieht ab Januar 2005 Leistungen nach dem SGB II.

Vom 13. März bis zum 31. Mai 2006 befand sie sich zur stationären Behandlung in der Klinik für psychogene Störungen, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Laut Auskunft des Krankenhauses vom 8. Mai 2006 habe zur kombinierten stationären Behandlung der Klägerin gehört, dass sie bis zu 26 Stunden in der Woche für Ausgänge und bis zu viermal über Nacht beurlaubt wurde, um sich auf die Zeit nach der Entlassung vorzubereiten. Während dieser Zeit habe sie sich selbst verpflegen müssen. Wegen des Krankenhausaufenthaltes forderte die Krankenversicherung der Klägerin von ihr nachträglich eine Zuzahlung von 280 Euro.

Mit Bescheid vom 26. April 2006 in Gestalt des Änderungsbescheides vom 17. Juli 2006 bewilligte der Beklagte für Mai 2006 wegen des stationären Aufenthaltes der Klägerin neben den Kosten für Unterkunft und Heizung in Höhe von 190,13 Euro statt eines Regelsatzes von 345 Euro nur Leistungen in Höhe von 215,25 Euro, kürzte den Regelsatz also um 35 % oder 120,75 Euro.

Den am 18. Mai 2006 hiergegen eingelegten Widerspruch wies der Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 27. September 2006 als unbegründet zurück. Die Regelleistung sei gemäß [§ 9 Abs. 1 SGB II](#) zu kürzen gewesen, denn während der Dauer des Krankenhausaufenthaltes sei der Lebensunterhalt der Klägerin durch Verpflegung teilweise gedeckt, die Klägerin insoweit also nicht hilfebedürftig gewesen.

Am 26. Oktober 2006 hat die Klägerin vor dem Sozialgericht Berlin Klage erhoben.

Die Klägerin trägt vor, dass ihr die als beitragsfinanzierte Leistung der Krankenversicherung erbrachte Verpflegung nicht angerechnet werden dürfe. Im übrigen habe sie während des Krankenhausaufenthaltes nichts erspart, sondern im Gegenteil sei von ihr in diesem Zusammenhang von der Krankenkasse eine Zuzahlung von 280 Euro gefordert worden.

Die Klägerin beantragt,

den Bescheid der Beklagten vom 26. April 2004 in der Fassung des Änderungsbescheides vom 17. Juli 2006 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27. September 2006 aufzuheben und den Beklagten zu verpflichten, sie unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Der Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Der Beklagte bezieht sich auf seine Ausführungen in den angefochtenen Bescheiden. Ergänzend erläutert er, dass der Wert der bereitgestellten Verpflegung abweichend von § 2 Abs. 4 Satz 1 ALG II-VO und der Sachbezugsverordnung nicht mit 202,70 Euro festgesetzt worden sei, sondern nur mit 120,75 Euro. Dabei sei man einer Vereinbarung mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) und dem Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge (DV) gefolgt und einen Betrag von 35 % der Regelleistung berücksichtigt. Dies entspreche in etwa dem in der Regelleistung enthaltenen Ernährungsanteil.

Die betreffende Gerichtsakte sowie die Leistungsakte des Beklagten lagen dem Gericht bei seiner Entscheidung vor. Wegen der Einzelheiten des Sachverhaltes wird auf den Inhalt dieser Aktenstücke Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist zulässig, insbesondere form- und fristgerecht erhoben. Sie ist auch begründet.

Die Klägerin hat auch für die Zeit ihres stationären Aufenthaltes einen Anspruch auf die Bewilligung des vollen Regelsatzes von 345 Euro. Die alleinstehende Klägerin erfüllte in diesem Zeitraum die Voraussetzungen von [§ 7 Abs. 1 SGB II](#), insbesondere war sie hilfebedürftig. Sie bezog auch kein leistungsminderndes Einkommen. Damit hat sie gemäß [§ 20 Abs. 2 SGB II](#) einen Anspruch auf die volle monatliche Regelleistung von 345 Euro.

Eine Minderung des Leistungsanspruchs aufgrund der während des Krankenhausaufenthaltes gewährten Verpflegung ist unter keinem Gesichtspunkt rechtmäßig (so auch beispielsweise SG Freiburg, Urteil vom 24. Oktober 2006 – [S 9 AS 1557/06](#) mit weiteren Nachweisen).

Zunächst ergibt sich aus der Systematik des SGB II, dass es für eine Kürzung des Leistungsanspruchs wegen teilweise fehlender Hilfebedürftigkeit keine gesetzliche Grundlage gibt.

Nach [§ 7 Abs. 1 Nr. 3 SGB II](#) ist eine Voraussetzung für den Bezug von Leistungen nach dem SGB II die Hilfebedürftigkeit. Gemäß [§ 9 Abs. 1 SGB II](#) ist unter anderem hilfebedürftig, wer seinen Lebensunterhalt nicht oder nicht ausreichend aus eigenen Kräften und Mitteln sichern kann und die erforderliche Hilfe nicht von anderen erhält.

Der Lebensunterhalt, der im Sinne von [§ 9 SGB II](#) sichergestellt sein muss, umfasst insbesondere den Regelbedarf ([§ 20 SGB II](#)) und die Unterkunfts- und Heizungskosten, sofern diese tatsächlich entstehen und angemessen sind (§ 22 SGB, vgl. hierzu Brühl/Schoch in LPK-SGB II, Rnr. 7 zu § 9).

Der insoweit zu berücksichtigende Regelbedarf wird im Bereich des SGB II nicht individuell ermittelt. Er wird vielmehr in [§ 20 Abs. 1](#) und 2 SGB II pauschal festgesetzt auf einen Betrag in Höhe von 345 Euro, mit dem der dort beispielhaft aufgezählte wesentliche Bedarf abgedeckt soll. Im Gegensatz zu den Aufwendungen für Unterkunft und Heizung, die gemäß [§ 22 Abs. 1 SGB II](#) "tatsächlich" anfallen müssen, um vom SGB II-Leistungsträger übernommen zu werden, fehlt bezüglich des Regelbedarfes ein derartiger Hinweis, was vor dem Hintergrund einer pauschalen Berücksichtigung verschiedener individueller Bedarfe auch nur folgerichtig ist. Eine abweichende Festlegung der Bedarfe ist im übrigen ausgeschlossen, wie der zum August 2006 angefügte [§ 3 Abs. 3 Satz 2 SGB II](#) klarstellt.

Daraus folgt, dass sich die Hilfebedürftigkeit ebenfalls pauschal bestimmt. Grundsätzlich ist derjenige hilfebedürftig im Sinne von [§ 9 SGB II](#), der weder aus eigenen Kräften noch durch Hilfe anderer in der Lage ist, monatlich den pauschal festgesetzten Betrag von 345 Euro (für den sogenannten Regelbedarf) und ggf. zusätzlich – nämlich wenn sie tatsächlich anfallen – die Kosten für seine Unterkunft und Heizung aufzubringen.

Zugleich folgt hieraus, dass der nach diesen Maßstäben Hilfebedürftige grundsätzlich auch einen Anspruch auf den vollen Regelsatz von 345 Euro hat. Eine Minderung des Leistungsanspruchs aufgrund eines individuellen Minderbedarfes in einzelnen Bereichen ist gesetzlich nirgends vorgesehen und genauso ausgeschlossen wie eine Erhöhung des Anspruchs aufgrund individuellen Mehrbedarfs, von den wenigen gesetzlich geregelten Ausnahmen abgesehen. Eine Minderung des Regelbedarfs um den Anteil für einzelne, ggf. nicht vorliegende Bedarfe, stieße auch auf die Schwierigkeit, dass die einzelnen Bedarfe in ihren Anteilen am Regelbedarf gesetzlich nirgends fixiert sind und also freihändig in den Pauschalbetrag hineininterpretiert werden müssten (beispielhaft zu der Bandbreite der Auffassungen bezüglich des Ernährungsanteils vgl. nur LSG Niedersachsen a. a. O. Rnr. 23)

Eine gesetzeskonforme Kürzung des Anspruchs auf die Regelleistung kann höchstens in Anwendung von [§ 11 SGB II](#) erfolgen, wonach je nach individueller Situation Einkommen zu berücksichtigen ist. Gemäß [§ 11 Abs. 1 Satz 1 SGB II](#) sind als Einkommen zu berücksichtigen Einnahmen in Geld oder Geldeswert. Nicht als Einnahmen zu berücksichtigen sind unter anderem gemäß § 11 Abs. 3 Nr. 1 Einnahmen, soweit sie als a) zweckbestimmte Einnahmen oder als b) Zuwendungen der freien Wohlfahrtspflege einem anderen Zweck als die Leistungen nach dem SGB II dienen und die Lage des Empfängers nicht so günstig beeinflussen, dass daneben Leistungen nach dem SGB II nicht gerechtfertigt wären.

Nach Auffassung des Gerichts stellt die der Klägerin während des Krankenhausaufenthaltes gewährte Verpflegung jedoch kein berücksichtigungsfähiges Einkommen im Sinne von [§ 11 SGB II](#) dar (so aber, ohne Berücksichtigung der nachfolgend aufgezeigten Probleme Brühl/Schoch in LPK-SGB II, Rnr. 83 zu § 7; auch LSG Niedersachsen in seinem Beschluss vom 29. Januar 2007 – [L 13 AS 14/06 ER](#) – mit weiteren Nachweisen).

Zwar handelt es sich bei der vom Krankenträger gewährten Verpflegung ohne Frage um eine Leistung, die an sich einen bestimmten, in Geld ausdrückbaren Wert besitzt (worauf das LSG Niedersachsen, a. a. O. Rnr. 19 abstellt).

Allerdings zeigen bereits die Bemühungen des Beklagten und der Rechtsprechung, den Wert dieser Verpflegung sachgerecht zu bestimmen, wie wenig die Gewährung von Krankenhausverpflegung dem vom Gesetzgeber allem Anschein nach zugrundegelegten Einkommensbegriff entspricht.

Grundsätzlich können auch Sachleistungen Einkommen sein; sie sind gemäß § 2 Abs. 4 Satz 1 ALG II-VO nach der Sachbezugsverordnung in der jeweils geltenden Fassung zu bewerten. § 1 Abs. 1 Satz 1 der Sachbezugsverordnung setzt den Wert einer als Sachbezug zur Verfügung gestellten Verpflegung auf monatlich 202,70 Euro fest. Sowohl von der Beklagten als auch in der oben erwähnten Vereinbarung von BMAS und DV und in Teilen der Rechtsprechung wird dieser Wert indes mit überzeugender Begründung als ungeeignet angesehen. So hält das LSG Niedersachsen den von der ALG II-VO vorgesehenen uneingeschränkten Rückgriff auf die Sachbezugsverordnung für nicht ermächtigungskonform. Die Sachbezugsverordnung sei für die Berechnung von Einkommen aus nichtselbständiger Arbeit gedacht und passe daher nicht. Der Wert berücksichtige in keiner Weise den in der Regelleistung für Verpflegung enthaltenden Anteil. Dieser Anteil sei unter Zugrundelegung der Vereinbarung zwischen BMAS und DV sowie der Durchführungsbestimmungen der Bundesagentur für Arbeit auf 35 % festzusetzen und als Einkommen zugrunde zu legen (LSG Niedersachsen a. a. O. Rnr. 21; zur Position der Bundesregierung, die in der Vereinbarung zwischen BMAS und DV zum Ausdruck kommt, vgl. auch [Bundestagsdrucksache 16/1833](#) vom 16. Juni 2006).

Völlig vernachlässigt wird bei dieser vom Verordnungstext losgelösten Wertermittlung die zunächst zu beantwortende Frage, ob bzw. in welchem Umfang die Krankenhausverpflegung überhaupt eine "Einnahme" des Kranken darstellt. Je nach Schwere des Krankheitsbildes oder auch nach persönlichen Eigenheiten wird die Verpflegung im Krankenhaus nämlich voll oder nur teilweise oder sogar gar nicht in Anspruch genommen werden. Dem schwer Magenkranken wird womöglich außer etwas Tee nichts "zufließen". Auch eine Verpflegung, die zwar angeboten, aber - vielleicht weil sie den Essgewohnheiten des Leistungsempfängers nicht entspricht - nicht in Anspruch genommen wird, ist keine "Einnahme" im Wortsinne. Im vorliegenden Falle kommt hinzu, dass sich die Klägerin während ihrer Ausgänge aus therapeutischen Gründen gerade selbständig verpflegen sollte.

Die dieses Dilemma umgehende, ohne individuelle Prüfung aufgestellte Behauptung einer Ersparnis von Verpflegungsaufwendungen und die Umdeutung dieser Ersparnis in eine "geldwerte Einnahme", mutet - jedenfalls sofern sie krankheitsbedingt ist - geradezu zynisch an.

Sie ist aber auch aus gesetssystematischen Erwägungen nicht hinnehmbar. Hierdurch würde in Durchbrechung des Grundsatzes der pauschalierten Bedarfsfestsetzung doch noch ein verminderter Regelbedarf Berücksichtigung finden. Nicht erklärlich wäre auch die bisherige Behördenpraxis, wonach der stationär behandelte Magenranke Leistungskürzungen hinnehmen muss, während der zuhause liegende Magenranke weiterhin den vollen Regelsatz erhält, obwohl doch beide krankheitsbedingt kaum Verpflegung zu sich nehmen können. Schließlich bedeutete die Berücksichtigung einer durch angebotene Krankenhausverpflegung verursachten Aufwendersparnis die Abkehr von der ansonsten propagierten Eigenverantwortlichkeit und Dispositionsfreiheit des Leistungsempfängers (vgl. zu diesem Hintergrund der Pauschalierung Brünner in LPK-SGB II, Rnr. 9 ff. zu § 20). Der stationär behandelte Hilfebedürftige würde für verpflichtet erachtet, auch eine von ihm nicht bestellte, nicht ausgewählte, krankheitsbedingt gewissermaßen aufgedrängte Sachleistung anzunehmen. In diesem Aspekt liegt auch der wesentliche Unterschied zum Sachbezug des Arbeitnehmers im Sinne der Sachbezugsverordnung. Die teilweise Entlohnung durch Naturalleistungen ist beim Arbeitsvertrag frei vereinbart, bei einem krankheitsbedingten stationären Krankenhausaufenthalt ist ein Entscheidungsspielraum des Kranken kaum gegeben.

Angesichts dieser aufgezeigten Unstimmigkeiten erscheint es dem Gericht sachgerecht, die während eines stationären Krankenhausaufenthaltes gewährte Verpflegung als zweckbestimmte Einnahme im Sinne von [§ 11 Abs. 3 Nr. 1 a\) SGB II](#) unberücksichtigt zu lassen. Nach dieser Vorschrift sind zweckbestimmte Einnahmen, die einem anderen Zweck als die Leistungen nach dem SGB II dienen und die Lage des Empfängers nicht so günstig beeinflussen, dass daneben Leistungen nach dem SGB II nicht gerechtfertigt wären, nicht als Einkommen zu berücksichtigen.

Diese Auffassung trägt dem Umstand Rechnung, dass - abgesehen von den beispielhaft aufgezeigten Extremfällen des schwer Magenkranken oder des Kostverächters - die gewährte Krankenhausnahrung im Regelfall angenommen wird, also durchaus ein geldwerter Zufluss im Sinne des Einnahmegriffs erfolgt. Sie berücksichtigt indes darüber hinaus, dass die Gewährung von Verpflegung während eines stationären Krankenhausaufenthaltes nur kleiner Teil eines vielschichtigen Leistungsspektrums ist, mit dem ausschließlich der Zweck verfolgt wird, die Genesung des Kranken zu befördern. An diesem Hauptzweck orientiert sich die vom Krankenhaus erbrachte Leistung; das Wohl des Kranken allein bestimmt, ob eine besonders reduzierte oder eine besonders reichhaltige Kost angeboten wird. Die Sicherung des Lebensunterhaltes, erst recht eines pauschal bemessenen Regelbedarfs, tritt als Zweck der ärztlichen Behandlung völlig in den Hintergrund, genauso wie die vorübergehende Gewährung von beheizter Unterkunft, Warmwasser, Kleidung und Hygienebedarf in Abhängigkeit vom medizinisch Erforderlichen und Möglichen steht und nicht der Befriedigung des Regelbedarfs eines Arbeitsuchenden dient. Nur zur Erreichung dieses Hauptzwecks begibt sich der Kranke überhaupt in - je nach Schwere der Erkrankung - mehr oder weniger selbstbestimmter Weise in die anstaltsähnlichen Strukturen eines Krankenhauses, und nur soweit diesem Zwecke dienlich nimmt er - oft unter Verzicht auf die im Alltag übliche Autonomie - dessen Leistungen in Anspruch.

Durch die Gewährung von Verpflegung während eines Krankenhausaufenthaltes wird die Lage des Empfängers auch nicht so günstig beeinflusst, dass daneben Leistungen nach dem SGB II nicht mehr gerechtfertigt wären. Zu recht wird von Betroffenen immer wieder darauf hingewiesen, dass gerade während eines Krankenhausaufenthaltes Kosten entstehen, die sonst nicht anfallen würden. Abgesehen von der offensichtlichen Belastung durch Zuzahlungen an die Krankenversicherung seien beispielhaft nur genannt höhere Aufwendungen für zwangsläufig auf dem Krankenhausgelände zu erwerbende Genussmittel oder die Miete von Telefon und Fernseher. Im weiteren Sinne stehen im Zusammenhang mit dem Krankenhausaufenthalt oft auch Kosten für selbst zu bezahlende Heilmittel.

Würde man im übrigen - anders als hier vertreten - die Verpflegung als anrechenbares Einkommen im Sinne von [§ 11 SGB II](#) betrachten, so wären wohl folgerichtig die von der Krankenversicherung erhobenen Zuzahlungskosten gemäß [§ 11 Abs. 2 Nr. 5 SGB II](#) als mit der Erzielung des Einkommens verbundene notwendige Ausgaben abzusetzen und gemäß § 3 Nr. 1 ALG II-VO auch eine Versicherungspauschale von 30 Euro.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193](#) Sozialgerichtsgesetz. Danach entscheidet das Gericht darüber, ob und in welchem Maße die Beteiligten einander Kosten zu erstatten haben. Vorliegend entspricht die Entscheidung über die Kosten der Entscheidung in der Hauptsache.

Das Gericht hat trotz des geringen Streitwertes von nur 120,75 Euro die Berufung gegen dieses Urteil zugelassen, da die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung hat und die entscheidenden Rechtsfragen noch nicht höchstrichterlich entschieden wurden ([§ 144 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2007-06-08