

S 1 SO 736/13

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
SG Karlsruhe (BWB)
Sachgebiet
Sozialhilfe
Abteilung
1
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 1 SO 736/13
Datum
30.01.2014
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Zur Übernahme der Beiträge für eine private Kranken- und Pflegeversicherung durch den Träger der Grundsicherung nach dem SGB XII nach Befreiung des Hilfeempfängers von der gesetzlichen Versicherungspflicht für die Dauer seiner Tätigkeit im Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich in einer Werkstatt für behinderte Menschen

Nimmt der Hilfeempfänger eine ihm anderweitig gesetzlich eingeräumte Gestaltungsmöglichkeit wahr, die er zudem nicht widerrufen kann, führt es seine Bedürftigkeit nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig herbei.

Der Bescheid vom 14. September 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28. Januar 2013 sowie der Bescheid vom 10. Januar 2013 werden abgeändert. Der Beklagte wird verurteilt, dem Kläger für die Zeit vom 10. September 2012 bis zum 30. September 2012 weitere 129,15 EUR und vom 01. Oktober 2012 bis zum 30. Juni 2013 monatlich weitere 184,50 EUR aus Mitteln der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung für dessen private Kranken- und Pflegeversicherung zu gewähren. Der Beklagte erstattet dem Kläger dessen außergerichtliche Kosten des Rechtsstreits.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Übernahme der Aufwendungen für die private Kranken- und Pflegeversicherung des Klägers aus Mitteln der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach den Bestimmungen des Vierten Kapitels des Sozialgesetzbuchs - Sozialhilfe - (SGB XII) während der Tätigkeit des Klägers im Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen in der Zeit vom 10.09.2012 bis zum 30.06.2013.

Der am xx.xx.1994 geborene Kläger ist schwerst pflegebedürftig (rollstuhlpflichtig) und erhält Leistungen der Pflegestufe III (Schreiben der D. Krankenversicherung AG vom 17.03.2011). Er ist außerdem als schwerbehinderter Mensch mit einem Grad der Behinderung von 100 anerkannt; weiter sind ihm die Nachteilsausgleiche "G", "B", "aG", "H", "RF" und "GI" zuerkannt (Schwerbehindertenausweis des Landratsamts K. vom 30.11.2005). Der Kläger ist seit seiner Geburt privat krankenversichert. Der Beklagte gewährte ihm ab dem 01.03.2012 bis zum 31.08.2012 Grundsicherungsleistungen nach dem SGB XII. Der Bedarfsberechnung legte er dabei den Regelsatz der Regelbedarfsstufe III, einen Mehrbedarf für erheblich Gehbehinderte in Höhe von 17 v.H. dieses Regelsatzes sowie die Aufwendungen für die private Krankenversicherung in Höhe von monatlich 184,50 EUR zugrunde (Bescheid vom 12.03.2012).

Seit dem 10.09.2012 ist der Kläger im Rahmen einer von der Agentur für Arbeit K. geförderten Leistung der Teilhabe am Arbeitsleben bei den H. K. gGmbH, einer Werkstatt für behinderte Menschen, tätig, zunächst im Eingangsverfahren und seit dem 10.12.2012 bis voraussichtlich zum 09.12.2014 im Berufsbildungsbereich. Er erhält während dieser Zeitspanne von der Agentur für Arbeit K. Ausbildungsgeld nach den Bestimmungen des Sozialgesetzbuchs - Arbeitsförderung - (SGB III). Auf seinen Antrag stellte die AOK E. fest, der Kläger sei ab dem 10.09.2012 für die Dauer der Teilnahme an einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben von der Verpflichtung zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung befreit (Bescheid vom 20.09.2012).

Durch Bescheid vom 14.09.2012 stellte der Beklagte die Grundsicherungsleistungen ab dem 01.09.2012 auf monatlich "349,83 EUR" (tatsächlich: 403,65 EUR) neu fest. Bei der Bedarfsberechnung berücksichtigte er weiterhin den Regelsatz der Regelbedarfsstufe III (299,00 EUR) zzgl. eines Mehrbedarfs für behinderte Menschen in Höhe von 35 v.H. dieses Regelsatzes; die Aufwendungen für die private Kranken- und Pflegeversicherung des Klägers blieben indes unberücksichtigt mit der Begründung, diese Beiträge seien für einen Empfänger von Grundsicherungsleistungen nicht angemessen, wenn er als Mitglied der gesetzlichen Kranken- und Pflegekasse bereits über eine Vorsorge für den Fall von Krankheit und Pflegebedürftigkeit verfüge.

Zur Begründung seines dagegen erhobenen Widerspruchs trug der Kläger im Wesentlichen vor, er sei seit seiner Geburt privat krankenversichert und habe sich von der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung für die Dauer seiner Tätigkeit in der Werkstatt für behinderte Menschen befreien lassen. Er habe deshalb Anspruch auf weitere Übernahme der für seine private Krankenversicherung anfallenden Beiträge.

Durch Bescheid vom 10.01.2013 setzte der Beklagte die Grundsicherungsleistungen für die Zeit ab dem 01.01.2013 zunächst bis zum 30.06.2013 unter Aufhebung der für diese Zeitspanne bereits ergangenen Entscheidung auf monatlich 413,10 EUR fest. Seiner Bedarfsberechnung legte er weiterhin allein den Regelsatz der Regelbedarfsstufe III (306,00 EUR) sowie einen Mehrbedarf für behinderte Eingliederungshilfeempfänger (107,10 EUR) zugrunde.

Dem Widerspruch des Klägers gab der Beklagte nachfolgend teilweise statt und bewilligte für die Zeit vom 01.09.2012 bis zum 09.09.2012 Beiträge für die private Kranken- und Pflegeversicherung in Höhe von 55,35 EUR nach. Im Übrigen wies er den Widerspruch zurück: Der Kläger sei über seine Tätigkeit im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich in einer Werkstatt für behinderte Menschen aufgrund des Bezugs von Ausbildungsgeld gesetzlich kranken- und pflegeversichert. Er erhalte damit einen angemessenen Krankenversicherungsschutz. Als Träger der Sozialhilfe sei er - der Beklagte - nicht verpflichtet, weitergehende Leistungen als in der gesetzlichen Krankenversicherung zu erbringen. Dies gelte auch im Fall schwerster Erkrankungen mit häufigen und längeren Krankenhausaufenthalten, wenn eine künftige Verbesserung der Lebenssituation des Leistungsberechtigten und damit verbunden eine künftige Entlastung des Grundsicherungsträgers nicht absehbar sei (Hinweis auf Hess. LSG vom 09.06.2006 - [L 9 SO 13/06 ER](#) -). Der Kläger habe keinen Anspruch auf individuelle Besserstellung gegenüber dem gesetzlichen Leistungsrahmen der Sozialhilfe (Hinweis auf LSG Nordrhein-Westfalen vom 22.05.2006 - [L 20 SO 11/05](#) -). Die Beiträge für eine private Krankenversicherung stellten deshalb mit der Aufnahme in das Eingangsverfahren der Werkstatt für behinderte Menschen am 10.09.2012 keinen sozialhilferechtlichen Bedarf mehr dar (Widerspruchsbescheid vom 28.01.2013).

Deswegen hat der Kläger am 27.02.2013 Klage zum Sozialgericht Karlsruhe erhoben. Zu deren Begründung trägt er neben der Wiederholung seines Widerspruchsvorbringens im Wesentlichen vor, ein angemessener Krankenversicherungsschutz sei für ihn über die gesetzliche Krankenversicherung nicht möglich. Er sei auf - im Einzelnen näher bezeichnete - Hilfsmittel, Therapien und Pflegekosten zwingend angewiesen, die die gesetzliche Krankenversicherung nicht oder nur eingeschränkt übernehme. Seinem Sicherheitsbedürfnis könne er deshalb nur durch den Abschluss einer privaten Krankenversicherung begegnen. Die vom Beklagten zitierten Entscheidungen beträfen jeweils anders gelagerte Sachverhalte. Für die Dauer seiner Tätigkeit in der Werkstatt für behinderte Menschen habe er von der ihm durch den Gesetzgeber eingeräumten Möglichkeit der Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung Gebrauch gemacht. Diese Entscheidung müsse auch der Beklagte respektieren. Denn mit der Befreiung von der gesetzlichen Versicherungspflicht sei sein Hilfebedarf gerade nicht entfallen. Das Ausnutzen ihm gesetzlich eingeräumter Gestaltungsmöglichkeiten sei auch nicht objektiv rechtsmissbräuchlich und führe deshalb nicht zu einem Leistungsausschluss.

Der Kläger beantragt,

den Bescheid vom 14. September 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28. Januar 2013 sowie den Bescheid vom 10. Januar 2013 abzuändern und den Beklagten zu verurteilen, ihm ab dem 10. September 2012 bis zum 30. Juni 2013 die Beiträge für seine private Kranken- und Pflegeversicherung in Höhe von monatlich 184,50 EUR aus Mitteln der Grundsicherungsleistungen nach dem SGB XII zu gewähren.

Der Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Er erachtet die angefochtenen Bescheide für zutreffend: Der Kläger sei über seine Tätigkeit in der Werkstatt für behinderte Menschen und den Bezug von Ausbildungsgeld gesetzlich kranken- und pflegeversichert gewesen. Ihm habe damit eine ausreichende anderweitige Bedarfssicherung zur Verfügung gestanden. Allein das von ihm - im Übrigen erst nach Beginn des Beschäftigungsverhältnisses - am 18.09.2012 ausgeübte Wahlrecht gebiete es deshalb nicht, die Beiträge für seine private Kranken- und Pflegeversicherung aus Grundsicherungsmitteln zu übernehmen. Weiter sei die Übernahme der Versicherungsbeiträge auch nicht angemessen, weil der Kläger damit einen über den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehenden Versicherungsschutz habe. Schließlich habe er insoweit seine Bedürftigkeit zumindest grob fahrlässig herbeigeführt, was zum Ausschluss der streitigen Leistungen führe. Ohne seine Befreiung von der gesetzlichen Versicherungspflicht hätte die Agentur für Arbeit Karlsruhe die Beiträge zur Krankenversicherung des Klägers übernommen.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der vorliegenden Verwaltungsakte des Beklagten sowie den der Prozessakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist als kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage (§§ 54 Abs. 1 Satz 1, Abs. 4; 56 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG)) zulässig und begründet. Die angefochtenen Bescheide sind rechtswidrig und verletzen den Kläger in seinen Rechten ([§ 54 Abs. 2 Satz 1 SGG](#)). Zu Unrecht hat der Beklagte die Übernahme der Aufwendungen für die private Kranken- und Pflegeversicherung des Klägers für die Zeit ab dem 10.09.2012 bis zum 30.06.2013 versagt.

1. Gegenstand des Rechtsstreits ist neben dem Bescheid vom 14.09.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28.01.2013 auch derjenige vom 10.01.2013, durch den der Beklagte die Grundsicherungsleistungen für die Monate Januar bis Juni 2013 neu festgesetzt hat. Denn dieser Bescheid war gem. [§ 86 SGG](#) Gegenstand des Widerspruchsverfahrens geworden, weil der Beklagte hierdurch unter gleichzeitiger Aufhebung seiner bisherigen, für die Zeit ab dem 01.01.2013 ergangenen Entscheidung - hier: des Bescheides vom 14.09.2012 - die Grundsicherungsleistungen ab diesem Zeitpunkt neu festgesetzt hat. Dass der Bescheid vom 10.01.2013 weder mit einer Rechtsbehelfsbelehrung versehen war noch den Hinweis auf seine Einbeziehung in das laufende Widerspruchsverfahren enthielt und auch

der Widerspruchsbescheid vom 28.01.2013 selbst den Bescheid vom 10.01.2013 seinem Wortlaut nach nicht umfasst, steht dem nicht entgegen.

2. Über die Höhe der Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung für die streitige Zeitspanne ist hier nicht insgesamt zu entscheiden, sondern allein über die Übernahme der Aufwendungen für die private Kranken- und Pflegeversicherung des Klägers. Denn [§ 42 SGB XII](#) unterscheidet in seinen Nrn. 1 bis 5 ausdrücklich u.a. zwischen den Regelbedarfsstufen nach § 28 (Nr. 1) und den zusätzlichen Bedarfen nach dem Zweiten Abschnitt des Dritten Kapitels (Nr. 2). Damit ist eine streitgegenständliche Beschränkung auf die Übernahme von Beiträgen zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung, die der Kläger antragsgemäß auch vorgenommen hat, möglich (vgl. BSG SozR 4-3500 § 32 Nrn. 1 und 2).

3. Der Kläger gehört - dies ist zwischen den Beteiligten zu Recht nicht umstritten - zu dem Personenkreis, der Anspruch auf Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Vierten Kapitel SGB XII hat. Die Leistungen der Grundsicherung umfassen nach [§ 42 Nr. 2 SGB XII](#) u.a. die zusätzlichen Bedarfe nach dem Zweiten Abschnitt des Dritten Kapitels SGB XII. Damit werden, wenn eine Krankenversicherung bei einem Versicherungsunternehmen besteht, die Aufwendungen übernommen, soweit sie angemessen sind und die Voraussetzungen des [§ 19 Abs. 1 SGB XII](#) erfüllt sind, d.h. auf Seiten des Hilfesuchenden Hilfebedürftigkeit besteht ([§ 32 Abs. 5 Satz 1 SGB XII](#)). Soweit danach die Aufwendungen zur Krankenversicherung übernommen werden, werden auch die Aufwendungen für die Pflegeversicherung übernommen ([§ 32 Abs. 5 Satz 4 SGB XII](#)).

Orientiert an diesen rechtlichen Bestimmungen hat es der Beklagte durch die angefochtenen Bescheide zu Unrecht abgelehnt, die Beiträge zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung des Klägers in Höhe von monatlich 184,50 EUR über den 09.09.2012 hinaus bis zum 30.06.2013 - bis zu diesem Zeitpunkt hat er die Grundsicherungsleistungen durch den Bescheid vom 10.01.2013 befristet - aus Sozialhilfemitteln zu übernehmen. Denn insoweit ist durch die Aufnahme des Klägers in das Eingangsverfahren der Werkstatt für behinderte Menschen am 10.09.2012 wie auch in den Berufsbildungsbereich ab dem 10.12.2012 seine zuvor bestehende Bedarfslage in Bezug auf den Kranken- und Pflegeversicherungsschutz nicht entfallen. Zwar unterlag der Kläger als Bezieher von Ausbildungsgeld im Sinne des [§§ 122 Abs. 1 Nr. 3, 125 SGB III](#) der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Kranken- (§ 5 Abs. 1 Nrn. 6 und 7, § 186 Abs. 6 des Sozialgesetzbuchs - Gesetzliche Krankenversicherung - (SGB V)) und in der gesetzlichen Pflegeversicherung (§ 20 Abs. 1 Satz 1 und 2 Nr. 6 und 7 des Sozialgesetzbuchs - Soziale Pflegeversicherung - (SGB XI)) und hätte die Pflicht zur Beitragstragung allein den Einrichtungsträger - hier: die Werkstatt für behinderte Menschen mit Erstattungsanspruch insoweit gegen die Agentur für Arbeit Karlsruhe ([§ 251 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#)) - getroffen ([§ 251 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) und [§ 59 Abs. 1 Satz 1, 1. Halbsatz SGB XI](#)). Der Kläger hat indes mit Wirkung vom 10.09.2012, dem Zeitpunkt seiner Aufnahme in das Eingangsverfahren der Werkstatt für behinderte Menschen, für die Dauer seiner Teilnahme an der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben von der ihm gesetzlich eingeräumten ([§ 8 Abs. 1 Nr. 4 SGB V](#)) Möglichkeit Gebrauch gemacht und sich von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung befreien lassen. Er war deshalb auch in der sozialen Pflegeversicherung nicht versicherungspflichtig (vgl. Beck in jurisPK-SGB XI, Stand 12.08.2013, § 8, Rand-Nr. 27 und Peters in Kasseler Kommentar, Stand April 2012, [§ 20 SGB XI](#), Rand-Nrn. 8 und 15); denn die Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung folgt derjenigen in der gesetzlichen Krankenversicherung ([§ 20 Abs. 1 Satz 1 SGB XI](#)). Der Befreiungsbescheid der AOK E. vom 20.09.2012 ist bindend ([§ 77 SGG](#)) und für den Kläger auch aus Rechtsgründen für die Dauer seiner Teilnahme an der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben unwiderruflich ([§ 8 Abs. 2 Satz 3 SGB V](#)). Nachdem auch die Agentur für Arbeit K. die Übernahme von Kosten für eine Krankenversicherung des Klägers wegen dessen privater Krankenversicherung abgelehnt hatte (Bescheid vom 18.07.2012), bestand mangels anderweitiger Deckung ([§§ 2 Abs. 1, 19 Abs. 2 Satz 1 SGB XII](#)) deshalb der Bedarf des Klägers in Bezug auf seine private Kranken- und Pflegeversicherung über den 09.09.2012 hinaus auch bis zum 30.06.2013 fort.

Entgegen der Ansicht des Beklagten steht dem die Regelung in [§ 41 Abs. 4 SGB XII](#) nicht entgegen. Nach dieser Bestimmung hat keinen Anspruch auf Leistungen nach dem Vierten Kapitel SGB XII, wer in den letzten 10 Jahren die Bedürftigkeit vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeigeführt hat. [§ 41 Abs. 4 SGB XII](#) soll eine missbräuchliche Inanspruchnahme der Grundsicherungsleistungen verhindern, vor allem, wenn Vermögen verschleudert oder ohne Rücksicht auf die Notwendigkeit, hieraus Rücklagen zu bilden, verschenkt wird (vgl. Thie in LPK-SGB XII, 9. Auflage 2012, § 41, Rand-Nr. 18 unter Hinweis auf die Gesetzesbegründung zu § 2 Abs. 3 des Gesetzes über die bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung in BT-Drucks. 14/50150, Seite 49 sowie Wähendorf in Grube/Wähendorf, SGB XII, 4. Auflage 2012, § 41, Rand-Nrn. 43 und 45). Der gesetzliche Leistungsausschluss tritt aber nur dann ein, wenn sich das vorsätzliche oder grob fahrlässige Verhalten des Hilfesuchenden objektiv als rechtsmissbräuchlich darstellt (vgl. Wähendorf, a.a.O., Rand-Nr. 45). Rechtsmissbräuchlich ist ein Verhalten, wenn es sozialwidrig, d.h. aus Sicht der Solidargemeinschaft zu missbilligen ist (vgl. Falterbaum in Hauck/Noftz, SGB XII, § 41, Rand-Nr. 46 m.w.N.). Von einer rechtsmissbräuchlich und sozialwidrig herbeigeführten Bedarfslage kann aber dann nicht ausgegangen werden, wenn der Hilfesuchende - wie hier - allein eine ihm anderweitig vom Gesetzgeber ausdrücklich eingeräumte Gestaltungsmöglichkeit wahrnimmt, die er zudem nicht widerrufen kann. Macht der Hilfesuchende von diesem Gestaltungsrecht Gebrauch, hat dies deshalb die Solidargemeinschaft, und damit auch der Sozialhilfeträger, hinzunehmen. Vorliegend besteht überdies kein Anhalt dafür, dass sich der Kläger bei der Ausübung seines Gestaltungsrechts, sich von der gesetzlichen Versicherungspflicht befreien zu lassen, allein oder vorrangig von der Überlegung hat leiten lassen, seine Bedürftigkeit "zu vergrößern", um (höhere) Leistungen der Grundsicherung vom Beklagten zu erhalten.

Die vom Kläger geltend gemachten monatlichen Beiträge für seine private Kranken- und Pflegeversicherung sind auch der Höhe nach (184,50 EUR monatlich gem. Versicherungsschein der D. Krankenversicherung vom November 2011 für die Zeit ab dem 01.01.2012 und vom November 2012 für die Zeit ab dem 01.01.2013) "angemessen" im Sinne von [§ 32 Abs. 5 SGB XII](#). Dies ergibt sich zur Überzeugung der Kammer bereits daraus, dass der Beklagte Versicherungsbeiträge in gleicher Höhe und für die gleiche Versicherung des Klägers in der Zeit vom 01.03.2012 bis zum 09.09.2012 in die Bedarfsberechnung eingestellt und bei der Gewährung der von ihm festgesetzten Leistungen berücksichtigt hatte. Eine Beschränkung der Beitragshöhe, etwa auf die für Leistungsbezieher in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung zu tragenden Beiträge (§ 12 Abs. 1 c Sätze 5 und 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG)) - sog. Basistarif (vgl. hierzu Hess. LSG vom 22.03.2010 - [L 9 AS 570/09 B ER](#) - (Juris)) -, kommt vorliegend ebenfalls nicht in Betracht. Denn anders als § 26 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 des Sozialgesetzbuchs - Grundsicherung für Arbeitsuchende - (SGB II) enthält [§ 32 Abs. 5 SGB XII](#) eine solche Einschränkung gerade nicht. Im Übrigen begegnet die Höhe der vom Kläger aufzubringenden monatlichen Versicherungsbeiträge auch vor dem Hintergrund von Art, Schwere und Ausmaß seiner Behinderung hiervon konnte sich die Kammer in der mündlichen Verhandlung am 30.01.2014 einen persönlichen Eindruck verschaffen - und die in der Zuordnung der Pflegestufe III, des höchstmöglichen Grades der Behinderung von 100 sowie sämtlicher im Bereich des Schwerbehindertenrechts vorgesehener Merkzeichen (= Nachteilsausgleiche) deutlich zum Ausdruck

kommen, keine Bedenken in Bezug auf die Auslegung des Rechtsbegriffs "angemessen".

Aus eben diesen Gründen sind die angefochtenen Bescheide rechtswidrig und hat der Kläger für die hier allein streitige Zeitspannen vom 10.09.2012 bis zum 30. September 2012 Anspruch auf weitere 129,15 EUR (= 184,50 EUR./. bereits gewährter 55,35 EUR) und vom 01. Oktober 2012 bis zum 30.06.2013 Anspruch auf Gewährung zusätzlicher monatlicher 184,50 EUR Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung.

4. Anders ist auch nicht aufgrund der Entscheidungen des Hess. LSG vom 09.06.2006 - [L 9 SO 13/06 ER](#) - und des LSG Nordrhein-Westfalen vom 02.02.2012 - [L 9 SO 551/11 B ER](#) - und [L 9 SO 552/11 B](#) - (jeweils Juris) zu entscheiden. Der genannte Beschluss des Hess. LSG betraf die Übernahme von Beiträgen zu einer privaten Zusatz-Pflegeversicherung eines Empfängers von Hilfeleistungen nach dem SGB II, der als Mitglied einer gesetzlichen Pflegekasse bereits über eine Vorsorge für den Fall einer Pflegebedürftigkeit verfügte, mithin einen anders gelagerten Sachverhalt als vorliegend. Auch der dem Beschluss des LSG Nordrhein-Westfalen zugrunde liegende Sachverhalt, soweit er aus der in Juris veröffentlichten Entscheidung ersichtlich ist, stimmt mit dem vorliegenden Sachverhalt nicht überein. Denn anders als hier hatte sich der dortige Sozialhilfeträger ausdrücklich zur Bestimmung der Angemessenheit im Sinne von [§ 32 Abs. 5 SGB XII](#) auf die Höhe des Versicherungsbeitrages für den Basistarif in der privaten Krankenversicherung berufen. Zudem hatte das LSG Nordrhein-Westfalen die Zuerkennung höherer Versicherungsbeiträge allein im Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes abgelehnt, nachdem der dortige Antragsteller den geltend gemachten höheren Bedarf nicht näher substantiiert hatte. Vorliegend hat indes der Beklagte die Höhe der Beiträge von monatlich 184,50 EUR für die private Kranken- und Pflegeversicherung des Klägers für die Zeit bis zum 09.09.2012 ausdrücklich nicht beanstandet, sondern im Gegenteil in entsprechender Höhe sogar bewilligt. Er hat damit deren Angemessenheit im Sinne des [§ 32 Abs. 5 SGB XII](#) anerkannt. Hieran muss er sich schon aus Gründen des Vertrauensschutzes auch über den 09.09.2012 hinaus festhalten lassen.

5. Angesichts dessen war dem Klagebegehren stattzugeben.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§§ 183, 193 Abs. 1](#) und 4 SGG.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2014-02-17