

L 18 AS 1067/12

Land

Berlin-Brandenburg

Sozialgericht

LSG Berlin-Brandenburg

Sachgebiet

Grundsicherung für Arbeitsuchende

Abteilung

18

1. Instanz

SG Berlin (BRB)

Aktenzeichen

S 24 AS 17483/09

Datum

29.03.2012

2. Instanz

LSG Berlin-Brandenburg

Aktenzeichen

L 18 AS 1067/12

Datum

24.10.2012

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 29. März 2012 wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind im Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der seit 1. August 2001 von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung befreite (vgl. Bescheid der AOK Niedersachsen vom 5. Oktober 2001) Kläger begehrt höhere Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes nach dem Sozialgesetzbuch Zweites Buch – Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II) unter Berücksichtigung der tatsächlichen Beiträge für seine private Kranken- und Pflegepflichtversicherung (KV/PV) im Zeitraum vom 5. November 2008 bis 31. Dezember 2008.

Der Kläger beantragte am 5. November 2008 bei dem Beklagten Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes. Der Kläger machte geltend, er sei selbstständig tätig und zahle monatlich Beiträge zur KV/PV iHv 515,10 EUR. Dieser Betrag setzte sich aus einem monatlichen Beitrag zur KV iHv 490,92 EUR und einem monatlichen Beitrag zur PV iHv 24,18 EUR zusammen.

Mit Bescheid vom 17. Dezember 2008 bewilligte der Beklagte dem Kläger vorläufig für die Zeit vom 5. November 2008 bis 30. November 2008 Leistungen iHv 295,75 EUR, die sich aus Kosten der Unterkunft (KdU) iHv 120,86 EUR, einem Zuschuss zur KV iHv 100,01 EUR sowie iHv 12,88 EUR zur PV zusammensetzten. Für den Zeitraum vom 1. Dezember 2008 bis 31. Dezember 2008 gewährte der Beklagte dem Kläger Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes iHv 841,26 EUR (351,00 EUR Regelsatz, 360,00 EUR KdU sowie 115,40 EUR KV und 14,86 EUR PV).

Gegen diesen Bescheid erhob der Kläger Widerspruch, mit dem er sich gegen die Höhe der Leistungsbewilligung wandte. Der Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 12. Mai 2009 zurück und machte geltend, dass dem Kläger für November 2008 Einkommen anzurechnen sei, für den Monat Dezember 2008 jedoch vorläufig kein Einkommen angerechnet worden sei.

Mit der bei dem Sozialgericht (SG) Berlin erhobenen Klage hat der Kläger zunächst höhere Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes für die Zeit vom 5. November 2008 bis 31. Dezember 2008 begehrt.

Der Beklagte gewährte dem Kläger mit Bescheid vom 25. März 2010 für die Zeit vom 5. November 2008 bis 30. November 2008 Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes iHv 295,76 EUR und für den Zeitraum vom 1. Dezember 2008 bis 31. Dezember 2008 iHv 841,26 EUR. Mit Änderungsbescheid vom 16. November 2010 gewährte der Beklagte dem Kläger für die Zeit vom 5. November 2008 bis 30. November 2008 Leistungen iHv 845,99 EUR (der Zuschuss zur KV betrug 100,01 EUR und zur PV 12,88 EUR) und für die Zeit vom 1. Dezember 2008 bis 31. Dezember 2008 iHv 976,15 EUR (der Zuschuss zur KV betrug 115,40 EUR und zur PV 14,86 EUR).

Das SG Berlin hat die auf Übernahme der vollständigen KV/PV-Beiträge für die Zeit vom 5. November 2008 bis 31. Dezember 2008 iHv insgesamt 961,52 EUR gerichtete Klage mit Urteil vom 29. März 2012 abgewiesen. Zur Begründung ist ausgeführt: Der Kläger habe keinen Anspruch auf einen höheren Zuschuss zur KV/PV, da die Bewilligung der Zuschüsse der Regelung des [§ 26 Abs. 2 SGB II](#) in der bis zum 31. Dezember 2008 gültigen Fassung (im Folgenden: alter Fassung – aF –) entspreche. Der Kläger habe die Möglichkeit gehabt, in die gesetzliche KV zu wechseln und so eine umfassende Übernahme der Beiträge zu erreichen. Sofern er dies nicht getan habe, stünden ihm nur die Beiträge zur gesetzlichen KV/PV zu.

Mit der vom SG zugelassenen Berufung wendet sich der Kläger gegen das Urteil des SG Berlin und macht geltend, er begehre die

Übernahme der vollen Beiträge zur privaten KV/PV für den Zeitraum vom 5. November 2008 bis 31. Dezember 2008. Er habe entgegen der Auffassung des SG Berlin nicht in die gesetzliche KV wechseln können, da es ihm aufgrund einer medizinisch notwendigen kieferorthopädischen Behandlung nicht möglich bzw. zumutbar gewesen sei, in die gesetzliche KV zu wechseln. Diese habe die Kosten für die kieferorthopädische Behandlung nicht abgedeckt. Er hätte bei einem Wechsel in die gesetzliche KV sämtliche Kosten für die Fortsetzung der bereits begonnenen Behandlungen allein tragen müssen. Die Kostenübernahme für diese notwendige medizinische Behandlung habe nur durch einen Verbleib in seinem Tarif bei der privaten KV erreicht werden können. Es sei ihm nicht zumutbar gewesen, in die gesetzliche KV zu wechseln.

Nachdem der Beklagte einen Anspruch des Klägers auf weitere Zuschüsse zu den KV-Beiträgen für die Zeit vom 5. November 2008 bis 30. November 2008 iHv 2,53 EUR und für die Zeit vom 1. Dezember 2008 bis 31. Dezember 2008 iHv 2,91 EUR sowie auf weitere Zuschüsse zur PV für die Zeit vom 5. November 2008 bis 30. November 2008 iHv 2,32 EUR und für die Zeit vom 1. Dezember 2008 bis 31. Dezember 2008 iHv 2,68 EUR anerkannt und der Kläger dieses Teilanerkennnis angenommen hat, beantragt dieser,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 29. März 2012 aufzuheben und den Beklagten unter Änderung des Bescheides vom 16. November 2010 zu verurteilen, ihm für die Zeit vom 5. November 2008 bis 31. Dezember 2008 einen weiteren Zuschuss zur Kranken- und Pflegeversicherung in Höhe von 707,93 EUR zu zahlen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Zur Begründung verweist der Beklagte auf das SG-Urteil.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Leistungsakten des Beklagten sowie der Gerichtsakte, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung waren, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist nach dem Teilanerkennnis des Beklagten unbegründet.

Gegenstand des Berufungsverfahrens ist nach der übereinstimmenden Erklärung der Beteiligten im Termin zur mündlichen Verhandlung nur noch der Änderungsbescheid vom 16. November 2010 hinsichtlich der dort getroffenen Regelungen zum Zuschuss zu den KV/PV-Beiträgen. Dieser Bescheid ist gemäß [§ 96 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) Gegenstand des Verfahrens geworden. Die vorläufige Bewilligung hat sich durch die Festsetzung endgültiger Leistungen nach Sozialgesetzbuch Zehntes Buch – Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz – (SGB X) erledigt (vgl. BSG, Urteil vom 14. August 1996, [13 RJ 9/95](#), Rn. 38, – juris).

Gegen den Bescheid vom 16. November 2010 wendet sich der Kläger zulässigerweise mit der kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage ([§ 54 Abs. 4 SGG](#)). In materieller Hinsicht sind nur die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts einschließlich der monatlich gewährten Zuschüsse zu den Versicherungsbeiträgen gegenständlich (vgl. BSG, Urteil vom 18. Januar 2011 – [B 4 AS 108/10 R](#) – juris). Die Klage ist indes nicht begründet. Dem Kläger steht über das Teilanerkennnis des Beklagten hinaus ein Anspruch auf weitere Zuschüsse zur KV/PV für den streitigen Zeitraum nicht zu.

Gemäß [§ 26 Abs. 2 Satz 1 SGB II](#) aF erhalten Bezieher von Arbeitslosengeld II, die 1. nach [§ 8 Abs. 1 Nr. 1a](#) des Sozialgesetzbuches – Gesetzliche Krankenversicherung – (SGB V) von der Versicherungspflicht befreit sind, 2. nach [22 Abs. 1](#) des Sozialgesetzbuches – Soziale Pflegeversicherung – (SGB XI) oder nach Artikel 42 des Pflege-Versicherungsgesetzes von der Versicherungspflicht in der sozialen PV befreit oder nach [§ 23 Abs. 1 SGB XI](#) bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert sind, einen Zuschuss zu den Beiträgen, die für die Dauer des Leistungsbezugs für eine Versicherung gegen Krankheit oder Pflegebedürftigkeit an ein privates Krankenversicherungsunternehmen gezahlt werden. Nach [§ 26 Abs. 2 Satz 2 SGB II](#) aF ist der Zuschuss auf die Höhe des Betrages begrenzt, der ohne die Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen KV oder in der sozialen PV zu zahlen wäre. Der Kläger war aufgrund des Bescheides vom 5. Oktober 2001 über die Befreiung von der Krankenversicherungspflicht durch die AOK Niedersachsen ab dem 1. August 2001 von der gesetzlichen Versicherungspflicht gemäß [§ 8 Abs. 1 Nr. 1a SGB V](#) befreit. Für den vom Beklagten zu gewährenden Zuschuss, der gemäß [§ 26 Abs. 2 Satz 2 SGB II](#) aF auf die Beiträge zur gesetzlichen KV begrenzt ist, ist gemäß [§ 26 Abs. 2 Satz 3 Nr. 1 SGB II](#) aF der durchschnittliche ermäßigte Beitragssatz der Krankenkassen ([§ 246 SGB V](#)) zugrunde zu legen, wobei der zum 1. Oktober des Vorjahres festgestellte Beitragssatz jeweils vom 1. Januar bis zum 31. Dezember des laufenden Kalenderjahres gilt ([26 Abs. 2 Satz 3 Nr. 1 SGB II](#) aF). Nach [§ 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 1. Halbsatz SGB V](#) (in der ab dem 1. Januar 2007 geltenden Fassung vom 29. Juni 2006) gelten als beitragspflichtige Einnahmen bei Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen, der 30. Teil des 0,3450-fachen der monatlichen Bezugsgröße, wobei hinsichtlich der Bezugsgröße von einer Verweisung auf [§ 18 Abs. 1 Sozialgesetzbuch – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung – \(SGB IV\)](#) auszugehen ist, der bundeseinheitlich gilt. Die monatliche Bezugsgröße betrug für das Jahr 2008 2.450,- EUR (vgl. [§ 2 Abs. 1 Sozialversicherungs-Rechengrößen-VO 2008](#)). Ab dem 1. Oktober 2007 betrug der durchschnittliche ermäßigte und um den zusätzlichen Beitrag nach [§ 241a SGB V](#) erhöhte Beitragssatz der Krankenkassen 13,8 vH. Dieser Beitragssatz galt für die Berechnung der Beiträge für Personen, die Arbeitslosengeld II, beziehen vom 1. Januar 2008 bis 31. Dezember 2008 (Bekanntmachung vom 2. November 2007, BAnz Nr. 209). Unter Zugrundelegung des beitragsrechtlichen Monats von 30 Tagen (vgl. [§ 223 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#); [§ 1 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 2 Beitragszahlungsverordnung](#)) ergibt sich für das Jahr 2008 die nachfolgende Berechnung: 2.485,- EUR × 0,3450 geteilt durch 30 Tage = 28,5775 × 13,8 % = 3,943695 × 30 Tage = 118,31085, aufgerundet gemäß [§ 1 Abs. 2 Beitragszahlungsverordnung](#): 118,31 EUR. Der Beklagte hatte dem Kläger einen KV-Zuschuss für November 2008 anteilig iHv 100,01 EUR und für Dezember 2008 iHv 115,40 EUR bewilligt und ausgezahlt. Der Kläger hatte daher – wie von dem Beklagten anerkannt – für den Monat November 2008 Anspruch auf weitere 2,53 EUR und für Dezember 2008 auf weitere 2,91 EUR. Der Zuschuss zur PV errechnet sich wie folgt: Gemäß [§ 26 Abs. 2 Satz 3 Nr. 2 SGB II](#) aF war der hierbei zugrunde zu legende Beitragssatz in [§ 55 Abs. 1 Satz 1](#) des SGB XI geregelt. Gemäß [§ 57 Absatz 1 Satz 2 SGB XI](#) war für den Zeitraum 2008 bei Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen, abweichend von [§ 132a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) der 30. Teil des 0,3620-fachen der monatlichen Bezugsgröße zugrunde zu legen. Der Beitragssatz nach [§ 55 Abs. 1 Satz 1 SGB XI](#) betrug in der ab dem 1. Juli 2008 geltenden Fassung

bundeseinheitlich 1,95 vH der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder. Wie bereits dargestellt, betrug die entsprechende Bezugsgröße gemäß [§ 18 Abs. 1 SGB V](#) für das Jahr 2008 2.485,- EUR. Hieraus ergibt sich für die PV ab Juli 2008 die folgende Berechnung: 2485,- EUR × 0,362 geteilt durch 30 Tage = 29,985666 × 1,95 % = 0,5847204 × 30 Tage = 17,541612, aufgerundet gemäß § 1 Abs. 2 Beitragszahlungsverordnung: 17,54 EUR. Daraus ergibt sich ein Zuschuss zur privaten PV für den Monat November 2008 iHv 15,20 EUR und für den Monat Dezember 2008 iHv 17,54 EUR. Dem Kläger waren daher – wie der Beklagte in der mündlichen Verhandlung anerkannt hat – für die PV für den Monat November 2008 weitere 2,32 EUR und für den Monat Dezember 2008 weitere 2,68 EUR zu gewähren. Über den von dem Beklagten anerkannten Anspruch auf weitere KV/PV Beiträge iHv 10,44 EUR hinaus hat der Kläger indes keinen Anspruch auf höhere Zuschüsse zu den KV/PV-Beiträgen. Entgegen der Rechtsauffassung des Klägers ergibt sich ein noch höherer Leistungsanspruch insbesondere nicht aus den Entscheidungsgründen des Urteils des Bundessozialgerichts (BSG) vom 18. Januar 2011 (– [B 4 AS 108/10 R](#) –). Denn die hiermit zur Höhe des Zuschusses zum Versicherungsbeitrag zur privaten KV ergangene höchstrichterliche Rechtsprechung, der sich der Senat uneingeschränkt anschließt, betrifft [§ 26 Abs. 2 SGB II](#) in der seit dem 1. Januar 2009 geltenden Fassung des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen KV vom 26. März 2007 ([BGBl I S 378](#)). Auf die für den vorliegenden Streitzeitraum maßgebliche Gesetzesfassung ist diese Rechtsprechung nicht übertragbar. Denn, wie bereits das BSG mit dem zitierten Urteil ausgeführt hat, ist zwar mit der – neuen – Begrenzungsregelung des [§ 12 Abs. 1c Satz 6](#) des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) die Vorschrift des [§ 26 Abs. 2 Satz 2 SGB II](#) aF wörtlich übernommen worden. Diese habe vormalig (nur) für einen begrenzten Personenkreis von SGB II-Leistungsempfängern gegolten, die – wie der Kläger – nach [§ 8 Abs. 1 Nr. 1a SGB V](#) in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung von der Versicherungspflicht befreit worden waren. Für diese sei zwar ebenfalls eine Begrenzung des Zuschusses auf die Höhe desjenigen Beitrags vorgesehen gewesen, der ohne die Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen KV oder in der sozialen PV zu zahlen gewesen wäre. Die Befreiung von der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht sei "allerdings auf eigenen Antrag und wegen einer gleichwertigen Versicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen" erfolgt. Die inhaltsgleiche Übernahme der vormaligen Begrenzungsregelung des [§ 26 Abs. 2 Satz 2 SGB II](#) aF sei nunmehr vor dem Hintergrund einer veränderten Ausgangslage für privat krankenversicherte Arbeitslosengeld II-Leistungsbezieher zu sehen: Denn während privat krankenversicherte Leistungsbezieher von Arbeitslosengeld II bis zum 31. Dezember 2008 mit Beginn des SGB II-Leistungsbezugs automatisch gesetzlich krankenversichert gewesen seien, sei dies seit dem 1. Januar 2009 nicht mehr der Fall. Vielmehr seien diese Leistungsberechtigten verpflichtet, ua für sich selbst eine Krankheitskostenversicherung abzuschließen ([§ 193 Abs. 3 Satz 1 VVG](#)) bei gleichzeitigem Wegfall der Möglichkeit der Inanspruchnahme der gesetzlichen KV (vgl BSG aaO Rn 25 ff). Bei dieser Sachlage ist für den hier streitgegenständlichen Zeitraum – anders als für die Zeit seit dem 1. Januar 2009 – nicht von einer gesetzlichen Regelungslücke auszugehen (vgl gleichlautend LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 17. April 2012 – [L 14 AS 618/10](#) – juris). Dahinstehen kann, ob es sich bei der Entscheidung des Klägers, zugunsten seiner privaten Versicherung bei der KV/PV auf die für Leistungsbezieher nach dem SGB II unentgeltliche Pflichtversicherung nach dem SGB V zu verzichten, um einen Verzicht im Sinne des [§ 46 Abs. 1](#) des Ersten Buchs Sozialgesetzbuch (SGB I) handelte, der jedenfalls nicht nach [§ 46 Abs. 2 SGB I](#) unwirksam gewesen wäre. Denn jedenfalls beruhte die Befreiung von der Versicherungspflicht unter Inkaufnahme eines lediglich gedeckelten Zuschusses zu den Beiträgen der KV/PV auf der freien Entscheidung des Klägers (vgl auch SG Potsdam, Urteil vom 21. Juni 2011 – [S 40 AS 4202/08](#) – zitiert nach juris Rn. 37; die Berufung hiergegen wurde mit Beschluss des LSG Berlin-Brandenburg vom 12. Dezember 2011 – [L 28 AS 1451/11](#) – juris – verworfen). Im Ermessen des Gesetzgebers steht es hingegen, wie er die notwendige Existenzsicherung Bedürftiger im Einzelnen konkret ausgestaltet. Dass allerdings die Deckelung der Beiträge für eine private Versicherung auf die Höhe der Pflichtversicherungsbeiträge bei grundsätzlich eröffneter Versicherungspflicht für jeden, seit dem 1. Januar 2005 (bis zum 31. Dezember 2008) nach dem SGB II Leistungsberechtigten willkürlich wäre oder das Recht des Klägers auf Sicherung eines menschenwürdigen Existenzminimums gemäß [Art. 1 Abs. 1](#) iVm [Art. 20 Abs. 1](#) des Grundgesetzes (GG) verletzt hätte, kann nicht festgestellt werden. Insofern folgt ein entsprechender Leistungsanspruch des Klägers auch nicht aus dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) vom 9. Februar 2010 (– [1 BvL 1/09](#) ua zitiert nach juris). Hiernach haben Leistungsberechtigte nach [§ 7 SGB II](#) bis zur Schaffung einer gesetzlichen Härtefallregelung einen Anspruch auf Leistungen zur Sicherung eines unabweisbaren, laufenden, nicht nur einmaligen, besonderen Bedarfs, der von den [§§ 20 ff.](#) SGB II aF nicht erfasst wird, aber zur Gewährleistung eines menschenwürdigen Existenzminimums zwingend erforderlich ist. Unabhängig davon, ob hier nach vorstehenden Ausführungen von einem solchen (atypischen) Bedarf auszugehen wäre, hat das BVerfG von einer rückwirkenden Regelung abgesehen (vgl auch BVerfG, Nichtannahmebeschluss vom 24. März 2010 – [1 BvR 395/09](#) – juris – Rn. 6f). Da das durch die Leistung von SGB II sicherzustellende Existenzminimum durch den gesetzlichen Krankenversicherungsschutz gewährleistet ist, ist es dem Kläger auch nicht unzumutbar gewesen, in die gesetzliche KV zu wechseln. Allein der Umstand, dass die gesetzliche KV eine im Ausland geplante Kieferoperation nicht tragen würde, spricht nicht gegen die Unzumutbarkeit des Wechsels in die gesetzliche KV, zumal diese Operation Ende des Jahres 2008 ohnehin nicht durchgeführt werden konnte, da nach den Angaben des Klägers der die Operation durchführende Arzt verstorben war. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#). Gründe für die Zulassung der Revision nach [§ 160 Abs. 2 Nrn.](#) 1 oder 2 SGG liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2013-02-08