

L 12 AS 1087/07

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Grundsicherung für Arbeitsuchende
Abteilung

12
1. Instanz
SG Reutlingen (BWB)
Aktenzeichen
S 4 AS 868/06
Datum
30.01.2007
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 12 AS 1087/07
Datum
12.12.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum
-

Kategorie
Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Reutlingen vom 30.1.2007 abgeändert. Die Beklagte wird verurteilt, die Aufwendungen zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung der Klägerin im Basistarif ab 1.8.2006 insoweit zu übernehmen, als dies zur Vermeidung von Hilfebedürftigkeit nach [§ 9 SGB II](#) erforderlich ist. Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen.

Die Beklagte hat der Klägerin die Hälfte der außergerichtlichen Kosten des Berufungsverfahrens zu erstatten.

Tatbestand:

Streitig ist die Gewährung von Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II), insbesondere die Übernahme von Kosten für die private Kranken- und Pflegeversicherung.

Die 1948 geborene Klägerin bezog für sich und ihre 1992 geborene Tochter ab 1.1.2005 Arbeitslosengeld II und Sozialgeld in Höhe von 258 EUR. Dabei wurden Unterhaltszahlungen des getrennt lebenden Ehemannes an die Klägerin von 350 EUR und an die Tochter von 307 EUR und das Kindergeld von 154 EUR als Einkommen berücksichtigt. Als Kosten der Unterkunft wurden die tatsächliche Kaltmiete von 300 EUR sowie Nebenkosten von 75 EUR zugrunde gelegt.

Zur Weiterbewilligung ab 1.12.2005 teilte die Klägerin mit, sie erhalte jetzt von ihrem geschiedenen Ehegatten Unterhalt von 826,79 EUR monatlich, der Kindesunterhalt betrage jetzt 347 EUR. Sie legte einen Versicherungsschein der P.-Familienfürsorge vor, wonach sie monatlich 648,39 EUR für private Kranken- und Pflegeversicherung zu zahlen habe, ferner ein Schreiben der A., wonach eine Aufnahme in die gesetzliche Krankenversicherung auf Grund der fehlenden Vorversicherungszeit nicht möglich sei.

Die Beklagte lehnte mit Bescheid vom 13.12.2005 die Gewährung von Leistungen mit der Begründung ab, es bestehe unter Berücksichtigung der nachgewiesenen Einkommensverhältnisse keine Hilfebedürftigkeit.

Dagegen legte die Klägerin Widerspruch ein mit der Begründung, sie erhalte nur 827 EUR monatlich Unterhalt, wovon sie 648,39 EUR Krankenversicherung zahlen müsse. Von dem Rest könne sie nicht leben. Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 8.2.2006 zurück. Das anzurechnende monatliche Gesamteinkommen von 1298 EUR (Unterhalt und Kindergeld abzüglich Versicherungspauschale) übersteige den Gesamtbedarf von 1034 EUR. Voraussetzung für die Zahlung eines Zuschusses zur privaten Krankenversicherung sei, dass durch das Zahlen dieser Beiträge Bedürftigkeit einträte und allein deshalb Anspruch auf Arbeitslosengeld II bestünde. Der Zuschuss wäre so hoch, dass Bedürftigkeit im Sinne der [§§ 7, 9 SGB II](#) und damit eine Leistungsberechtigung nicht mehr vorliege. Der Zuschuss betrage derzeit maximal 130 EUR in der Kranken- und Pflegeversicherung. Auch bei Berücksichtigung dieser Beträge durch entsprechende Reduzierung des Gesamteinkommens ergebe sich ein den Gesamtbedarf um 134 EUR übersteigendes Einkommen. Deswegen könne auch kein Zuschuss zur Krankenversicherung gewährt werden. Die Klägerin sei gehalten, sich an den Sozialhilfeträger zu wenden.

Dagegen hat die Klägerin am 6.3.2005 beim Sozialgericht Reutlingen (SG) Klage erhoben. Sie hat im Klageverfahren einen Kontoauszug vorgelegt, wonach ihr Beitrag zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung 569,24 EUR monatlich beträgt.

Durch Gerichtsbescheid vom 30.1.2007 hat das SG den Bescheid vom 13.12.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 8.2.2006 aufgehoben und die Beklagte verurteilt, die tatsächlichen Aufwendungen zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung ab 1.8.2006 insoweit zu übernehmen, als dies zur Vermeidung von Hilfebedürftigkeit nach [§ 9 SGB II](#) erforderlich sei. Im übrigen hat es die Klage

abgewiesen. Für die Zeit ab 1.8.2006 habe die Klägerin Anspruch auf Übernahme der tatsächlichen Aufwendungen zur privaten Krankenversicherung. Unter Zugrundelegung des von der Klägerin gezahlten monatlichen Beitrags zur privaten Krankenversicherung in Höhe von 569,24 EUR ergebe sich ein Gesamtbedarf von 1603,24 EUR. Diesem Bedarf stünden Gesamteinkünfte von 1298 EUR gegenüber, so dass Hilfebedürftigkeit zunächst gegeben sei. Folge dieses Ergebnisses sei jedoch, dass die Klägerin aufgrund des ihr zu gewährenden Arbeitslosengeldes II kraft Gesetzes in der Krankenversicherung pflichtversichert sei und deshalb wiederum die Kosten der privaten Krankenversicherung nicht in Ansatz gebracht werden könnten. Hilfebedürftigkeit sei damit entfallen. Dies zeige, dass Hilfebedürftigkeit erst unter Berücksichtigung der tatsächlichen Kosten einer privaten Kranken- sowie Pflegeversicherung entstehe. Eine Leistungsgewährung scheitere allerdings an der fehlenden gesetzlichen Grundlage. Diese sei erst mit dem Inkrafttreten des [§ 26 Abs. 3 SGB II](#) am 1.8.2006 geschaffen worden. Die Höhe des Versicherungsbeitrages von 569,24 EUR sei als angemessen zu erachten, ein Wechsel zu einer anderen Versicherung sei in Anbetracht des Alters der Klägerin mit Sicherheit mit noch höheren Kosten verbunden und damit nicht zumutbar. Ein höherer Beitrag als 569,24 Euro könne allerdings nicht zugrunde gelegt werden, da es nur auf die tatsächlich geleisteten Beiträge ankomme, nicht auf den im Versicherungsschein genannten Betrag. Die Übernahme der Aufwendungen zur privaten Krankenversicherung sei allerdings auf den Betrag zu begrenzen, der zur Vermeidung von Hilfebedürftigkeit tatsächlich erforderlich sei. Dem Begehren der Klägerin habe damit erst ab 1.8.2006 entsprochen werden können.

Gegen diesen am 1.2.2007 zugestellten Gerichtsbescheid hat die Beklagte am 1.3.2007 Berufung eingelegt. Sie vertritt die Ansicht, dass ein Zuschuss zu den privaten Krankenversicherungsbeiträgen weder erforderlich noch angemessen sei.

Es sei zwar richtig, dass die Klägerin als erwerbsfähige Hilfebedürftige keinen Anspruch auf Leistungen der Grundsicherung nach dem SGB XII habe. Es sei auch richtig, dass Sozialhilfeempfänger nicht zum pflichtversicherten Personenkreis der gesetzlichen Krankenversicherung gehörten. Arbeitssuchende, die wegen Einkommensanrechnung keinen Anspruch auf Arbeitslosengeld II hätten, könnten aber Krankenhilfe gem. [§ 264 Abs. 2 Satz 1, Abs. 7 Satz 1 SGB V](#) nach dem Sozialhilferecht erhalten. Es bestehe demnach Krankenversicherungsschutz, so dass die Aufwendungen der Klägerin für die private Krankenversicherung gerade nicht erforderlich seien.

Der gerichtlich festgestellte monatliche Beitrag zur Krankenversicherung in Höhe von 569,24 EUR sei auch unangemessen hoch. Die Beklagte erachte demgegenüber die Beiträge zur freiwilligen gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe von maximal monatlich 140 EUR für angemessen. Die Übernahme der tatsächlichen monatlichen Beiträge würde anderenfalls zu einer Art Bestandsschutz auf Erhalt einer privaten Krankenversicherung führen und würde andere Bezieher von Leistungen oder Zuschüssen nach dem SGB II, die auf die Leistungen der gesetzlichen Krankenkasse verwiesen würden, unangemessen benachteiligen. Hilfsweise wäre jedenfalls der gegebenenfalls zu leistende Zuschuss auf der Basis des Tarifs der privaten Krankenversicherung bei einem der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbaren Versicherungsschutz zu berechnen.

Die P.-Familienfürsorge hat auf Anfrage der Beklagten und auf nochmalige Rückfrage mit Schreiben vom 21.4.2007 mitgeteilt, es sei der Klägerin ein Angebot auf Umstellung der Kranken- und Pflegeversicherung ab 1.4.2007 auf den Basistarif unterbreitet worden. Der gesamte Monatsbeitrag betrage 421,78 EUR. Die Beklagte hat durch Bescheide vom 21.2.2007, 9.7.2007 und 29.2.2008 für die Zeit ab 1.8.2006 bis 30.6.2008 einen Zuschuss zu den Beiträgen zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung unter Zugrundelegung des monatlichen Versicherungsbeitrages von 421,78 EUR gewährt. Die Klägerin hat daraufhin mitgeteilt, sie habe noch nicht den Tarif gewechselt, sie brauche auch die erweiterten Versicherungsleistungen, insbesondere für Zahnbehandlungen.

Die Beklagte stellt den Antrag,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Reutlingen aufzuheben und die Klage in vollem Umfang abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Soweit die Beklagte die Erforderlichkeit eines Zuschusses bestreite, sei dies aus den vom SG angeführten Gründen unzutreffend. Die Frage, ob die Klägerin auf [§ 264 Abs. 2 SGB V](#) verweisen lassen müsse, sei auf Grund der Vorschrift des [§ 26 Abs. 3 SGB II](#) zu verneinen. Bezüglich der Angemessenheit sei ebenfalls den Ausführungen des SG zu folgen. Auszugehen sei von den tatsächlich anfallenden Kosten, die die Klägerin zu tragen habe.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten und auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Beklagten ist zulässig, sie ist jedoch nur zu einem geringen Teil begründet.

Streitgegenstand ist im Berufungsverfahren die Frage, ob und in welcher Höhe die Beklagte einen Zuschuss zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung der Klägerin zu gewähren hat, und zwar lediglich für die Zeit ab 1.8.2006 und nur unter Berücksichtigung der Bescheide der Beklagten vom 21.2.2007, 9.7.2007 und 29.2.2008, die gemäß [§ 96 SGG](#) Gegenstand des Verfahrens geworden sind und mit denen die Beklagte der Klage teilweise abgeholfen hat. Der Rechtsansicht der Beklagten, es handele sich um Ausführungsbescheide, vermag sich der Senat nicht anzuschließen, denn zum einen führen die Bescheide den Gerichtsbescheid gerade nicht aus, zum anderen enthalten die Bescheide keinen Hinweis auf die Ausführung des Gerichtsbescheids, sondern eine eigenständige Regelung. Nicht Gegenstand des Berufungsverfahrens ist die Zeit bis zum 1.8.2006, weil insoweit die Klage vom SG abgewiesen worden ist und nur die Beklagte Berufung eingelegt hat.

Nach [§ 26 Abs. 3 Satz 1 SGB II](#) in der seit 1.8.2006 geltenden Fassung übernimmt die Bundesagentur auf Antrag im erforderlichen Umfang die Aufwendungen für die angemessene Kranken- und Pflegeversicherung, soweit Personen allein durch diese Aufwendungen hilfebedürftig würden.

Soweit die Beklagte unter der Geltung dieser Rechtsnorm die Erforderlichkeit eines Zuschusses mit der Begründung bestreitet, die Klägerin könne auf die Krankenhilfe nach [§ 264 Abs. 2 SGB V](#), [§ 48 SGB XII](#) verwiesen werden, trifft dies nicht zu. Durch die Neuschaffung des [§ 26 Abs. 3 SGB II](#) sollte gerade eine bislang fehlende Regelung für erwerbsfähige Personen, die ausschließlich durch die Aufwendungen für die Kranken- oder Pflegeversicherung hilfebedürftig geworden waren, geschaffen werden. Nach der alten Rechtslage wurde die Hilfebedürftigkeit durch die Zahlung von Arbeitslosengeld II beseitigt. Zugleich entstand jedoch mit dem SGB II-Bezug Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung, und die Beiträge wurden nunmehr von dem SGB II-Leistungsträger getragen. Aufwendungen für weitere Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge konnte deshalb nicht abgesetzt werden ([§ 11 Abs. 2 Nr. 3 SGB II](#)). Damit entfiel zugleich erneut die Hilfebedürftigkeit und daraus folgend, auch der Anspruch auf Beitragszahlung durch den Leistungsträger, sodass wiederum Hilfebedürftigkeit eintrat (vgl. auch [BT-Drucks 16/1410, S. 25](#)). In dieser Problemlage hat nun das Sächsische LSG in der von der Beklagten zur Begründung ihrer Berufung herangezogenen Entscheidung vom 14.4.2005 - [3 B 30/05 AS/ER](#) die Finanzierung der Krankenversicherungskosten über die Krankenhilfe nach [§ 48 SGB XII](#), [§ 264 Abs. 2](#), 7 SGB V als Lösung aufgezeigt. Dies ist allerdings zum Einen deswegen überholt, weil inzwischen der Gesetzgeber durch die neue Regelung des [§ 26 Abs. 3 SGB II](#) dafür gesorgt hat, dass in dieser Situation im erforderlichen Umfang die Aufwendungen für die angemessene Kranken- und Pflegeversicherung übernommen werden bzw. die Beiträge direkt an die zuständige Krankenkasse oder das Versicherungsunternehmen gezahlt werden. Eine Verweisung von "Nichtleistungsempfängern" auf die Krankenhilfe nach dem SGB XII ist damit unter der Geltung des [§ 26 Abs. 3 SGB II](#) weder erforderlich noch möglich. Im Übrigen ist die im einstweiligen Rechtsschutzverfahren ergangene Entscheidung des Sächsischen LSG auch deswegen nicht einschlägig, weil die Krankenhilfe nach [§ 264 Abs. 2 SGB V](#) nur Leistungsempfänger nach dem SGB XII betrifft, die nicht versichert sind. In dem vom Sächsischen LSG vorläufig entschiedenen Fall hatte der "Nichtleistungsempfänger" gerade keine freiwillige Krankenversicherung (mehr). Im vorliegenden Fall hat die Klägerin dagegen eine private Kranken- und Pflegeversicherung. Sie macht auch im Klageverfahren gerade nicht die Gewährung von Krankenversicherungsleistungen geltend, sondern die Gewährung eines Zuschusses zu ihren Beiträgen. Insoweit ist also die Berufung der Beklagten unbegründet.

Nach [§ 26 Abs. 3 Satz 1 SGB II](#) wird die Höhe der zu übernehmenden Aufwendungen durch zwei Kriterien begrenzt. Es muss sich zum Ersten um eine angemessene Kranken- und Pflegeversicherung handeln. Ist dies der Fall, erfolgt zum Zweiten eine Übernahme der Aufwendungen nur im erforderlichen Umfang.

Von einer angemessenen Kranken- und Pflegeversicherung ist immer dann auszugehen, wenn sie auf einer Mitgliedschaft in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung beruht oder ihr im Umfang entspricht. Nach der Gesetzesbegründung sollen Aufwendungen für eine private Absicherung dann zu übernehmen sein, wenn es sich um eine Versicherung zu einem Standardtarif handelt ([BT-Drucks 16/1410](#)). In diesem Umfang ist eine Versicherung als "angemessene" Absicherung anzusehen. Gleiches könnte allenfalls für den Fall gelten, in dem wegen einer bestimmten Vorerkrankung über den Standardtarif hinausgehende Beiträge von der privaten Krankenversicherung verlangt werden. Ein Kassenwechsel ist, was das SG zutreffend gesehen hat, nach dem derzeitigen Recht, das noch keinen Mechanismus kennt, diesen abzufedern, kaum zumutbar, jedenfalls nicht im vorliegenden Fall, in dem die Klägerin wegen ihres Alters und Gesundheitszustandes sicher keine preiswertere private Versicherungsmöglichkeit finden könnte.

Allerdings muss sich die Klägerin auf den von ihrer privaten Krankenversicherung angebotenen Basistarif als Standardtarif und damit als angemessene Kranken- und Pflegeversicherung verweisen lassen. Eine über den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehende private Krankenversicherung ist nicht mehr als angemessen anzusehen. Die Beklagte weist zutreffend darauf hin, dass nach Sinn und Zweck der Norm andere Bezieher von Leistungen oder Zuschüssen nach dem SGB II, die auf die Leistungen der gesetzlichen Krankenkasse verwiesen werden, nicht unangemessen benachteiligt werden können.

Unerheblich ist, ob die Klägerin tatsächlich in den Basistarif ihrer privaten Krankenversicherung gewechselt ist oder wechselt. Die Klägerin ist zudem darauf hinzuweisen, dass ein vom Basistarif nicht abgedeckter Krankenbehandlungsbedarf, soweit er notwendig ist und nicht anderweitig abgedeckt werden kann, unter Umständen als atypischer Sonderbedarf bei der Sozialhilfe geltend gemacht werden kann. Ein Bestandsschutz für eine "unangemessene" private Krankenversicherung kann jedenfalls nicht durch Zuschüsse nach [§ 26 Abs. 3 SGB II](#) eingeräumt werden.

Der erforderliche Umfang der Aufwendungen ergibt sich, soweit es sich um eine angemessene Kranken- und Pflegeversicherung handelt, aus dem Hilfebedarf, der durch die Aufwendungen entsteht. Die Begrenzung der Übernahme auf die Aufwendungen in Höhe des Beitrags der für einen Arbeitslosengeld II-Leistungsbezieher entsteht, ist hier nicht vorgesehen. Dies deshalb, weil durch die Regelung des [§ 26 Abs. 3 SGB II](#) gerade die zum Arbeitslosengeld II-Bezug führende Hilfebedürftigkeit vermieden werden soll. Es ist also im Hinblick auf die Erforderlichkeit von den tatsächlichen Kosten auszugehen, soweit diese für eine angemessene Versicherung aufgewendet werden. Im vorliegenden Fall ist also von den anfallenden Beiträgen im Basistarif der privaten Krankenversicherung der Klägerin auszugehen. Dies hat die Beklagte in den Bescheiden vom 21.2.2007, 9.7.2007 und 29.2.2008 auch insoweit zutreffend umgesetzt, als sie den von der P.-Familienfürsorge genannten Beitrag für Kranken- und Pflegeversicherung im Basistarif von 421,78 EUR der Bedarfsberechnung hinzugefügt hat. Rechnerische Unrichtigkeiten des errechneten Beitragszuschusses sind weder geltend gemacht noch zu erkennen.

Die Berufung der Beklagten ist damit unbegründet, soweit sie für die Zeit ab 1.8.2006 keinen Zuschuss zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung der Klägerin zahlen wollte. Die Berufung der Beklagten ist begründet, soweit sie für die Zeit ab 1.8.2006 Zuschüsse nicht zu den tatsächlich gezahlten Beiträgen, sondern zu den Beiträgen im Basistarif zu gewähren hat.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) und trägt dem wechselseitigen Obsiegen und Unterliegen der Beteiligten Rechnung.

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2009-01-12