

L 13 AS 325/12

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Grundsicherung für Arbeitsuchende

Abteilung

13

1. Instanz

SG Stuttgart (BWB)

Aktenzeichen

S 17 AS 3322/08

Datum

20.12.2011

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 13 AS 325/12

Datum

20.08.2013

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Auf die Berufung des Klägers wird der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stuttgart vom 20. Dezember 2011 abgeändert und die Beklagte unter Abänderung des Bescheides vom 5. Juni 2007 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 1. April 2008 und des Bescheides vom 5. Juni 2007 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29. Juli 2008 verurteilt, dem Kläger für die Monate März bis August 2007 weitere Leistungen von monatlich 0,75 EUR zu gewähren.

Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Höhe der von der Beklagten in der Zeit vom 1. März 2007 bis 31. August 2007 gewährten Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts streitig. Der Kläger wendet sich insbesondere gegen die Höhe der Regelleistung und den Abzug einer Energiepauschale und begehrt Zuschüsse zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung.

Der im Jahr 1963 geborene Kläger bezieht seit dem 1. Januar 2005 Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) von der Beklagten. Für die Wohnung entstehen Mietkosten in Höhe von 300,00 EUR zuzüglich Betriebskosten in Höhe von 30,00 EUR. Ausweislich einer Abrechnung des Energieversorgers vom 15. Januar 2007 sind Abschlagszahlungen für Strom in Höhe von 72,00 EUR und Gas in Höhe von 127,00 EUR zu bezahlen. Der Kläger heizt sowohl mit Strom als auch mit Gas; die Warmwasseraufbereitung erfolgt mit Strom.

Mit Bescheid vom 14. Februar 2007 gewährte die Beklagte dem Kläger für die Zeit vom 1. März 2007 bis zum 31. August 2007 Leistungen in Höhe von insgesamt 852,25 EUR, welche sich aus der Regelleistung in Höhe von 345,00 EUR sowie Kosten für Unterkunft und Heizung in Höhe von 507,25 EUR zusammensetzten. Ab dem 1. März 2007 werde der Kläger ferner bei der AOK pflichtversichert. Während des Bezugs von Arbeitslosengeld II in der Zeit vom 1. März 2007 bis zum 31. August 2007 bestehe in der Kranken- und Pflegeversicherung Versicherungsschutz.

Mit bei der Beklagten am 20. Februar 2007 eingegangenen Schreiben legte der Kläger Widerspruch gegen den Bescheid vom 14. Februar 2007 ein. Der Widerspruch beziehe sich insgesamt auf den gesamten Bescheid und besonders gegen die nicht zugeordneten Beiträge für Krankenversicherung, Pflegepflichtversicherung und Rentenversicherung. Die zwangsweise Anmeldung bei der AOK sei weder hinnehmbar noch habe die Beklagte dafür eine rechtliche und sachliche Grundlage. Auch die Höhe des zugesprochenen Betrags für die EnBW sei nicht nachvollziehbar. Da er einen Betrag in Höhe von jeweils monatlich 199,00 EUR schulde, sei die Beklagte verpflichtet, den gesamten Betrag zu bezahlen und nicht nur einen verringerten Betrag in Höhe von 177,25 EUR. Er beantrage, die zwangsweise Anmeldung bei der AOK zu unterlassen und ihm jeweils zum letzten Werktag des Vormonats die Zuschüsse in Höhe von 113,05 EUR und 14,45 EUR, welche er bis zum 28. Februar 2007 erhalten hatte, auszubehalten.

Mit Schreiben vom 20. April 2007 teilte die AOK mit, dass bezüglich der Anmeldung des Klägers zum 1. März 2007 für die Durchführung der Krankenversicherung die Kasse zuständig sei, bei der der Arbeitslosengeld II-Empfänger zuerst krankenversichert gewesen sei. Dies sei in diesem Fall die DAK. Die Beklagte werde gebeten, die Anmeldung zur AOK zu stornieren und den Kläger bei der DAK anzumelden.

Auf Nachfrage der Beklagten teilte der Kläger mit Schreiben vom 13. Mai 2007 mit, er sei zuletzt als Student bis zum 31. März 1994 bei der

DAK pflichtversichert gewesen. Danach sei er bei der DAK freiwillig gesetzlich versichert gewesen bis zum 31. Oktober 1997. Von der DAK sei er in die private Krankenversicherung gewechselt. Vom 1. November 1997 bis zum 28. Februar 2001 sei er bei der V. Krankenversicherungs AG versichert gewesen. Danach habe er die Prämien nicht mehr aufbringen können, sodass er seinen Versicherungsschutz verloren habe. Es sei ihm gelungen, nach dem Verkauf seines Hauses wieder Krankenversicherungsschutz in der privaten Krankenversicherung zu bekommen, sodass er ab dem 1. August 2003 bei der C. Krankenversicherungs AG und der Europaversicherung für die Pflegeversicherung versichert gewesen sei. Diese Verträge seien nicht gekündigt, jedoch habe er wegen der rückständigen Prämien keinen Versicherungsschutz in der Krankenversicherung ab dem 1. März 2004 und in der Pflegeversicherung ab dem 1. April 2004. Er habe bereits mehrfach ausgeführt, dass ein Rückkehrrecht in die private Krankenversicherung bestehe. Diejenigen Personen, die keinen Versicherungsschutz hätten und die der privaten Krankenversicherung zuzurechnen seien, hätten ab dem 1. Juli 2007 ein Rückkehrrecht in die private Krankenversicherung. Zu den Personen, die der privaten Krankenversicherung zuzurechnen seien, gehörten neben den Selbstständigen auch die Personen, die vor Verlust des Versicherungsschutzes in der privaten Krankenversicherung versichert gewesen seien. Zudem sei die Beklagte verpflichtet, bis zur Obergrenze von ca. 550,00 EUR pro Monat die Prämien der privaten Kranken- und Pflegeversicherung an den Kläger zu bezahlen.

Mit Bescheid vom 5. Juni 2007 teilte die Beklagte dem Kläger mit, dass er bei der DAK rückwirkend zum 1. März 2007 krankenversichert sei. Er werde gebeten, zur DAK zu gehen und dort das Anmeldeformular umgehend auszufüllen. Auch sei der Abzug der großen Energiepauschale von 21,75 EUR rechtmäßig. Eine weitere Kostenübernahme von Strom könne nicht erfolgen.

Mit Änderungsbescheid vom 5. Juni 2007 wurden dem Kläger für den Zeitraum 1. März bis 30. Juni 2007 852,25 EUR und für die Zeit vom 1. Juli bis zum 31. August 2007 854,25 EUR bewilligt. Dem Wunsch des Klägers entsprechend sei er ab dem 1. März 2007 bei der DAK angemeldet. Es sei daher ab sofort die Pflichtversicherung bei der DAK sowie die Rentenversicherungsnummer 63 290863 R 025 zu beachten.

Mit Schreiben vom 2. Juli 2007 legte der Kläger gegen die Bescheide vom 5. Juni 2007 Widerspruch ein. Darin führte er nochmals aus, dass eine Rückkehr zur gesetzlichen Krankenversicherung nicht möglich sei. Er sei der privaten Krankenversicherung zuzuordnen und ihm sei ein Höchstbetragszuschuss von insgesamt 550,00 EUR für die private Kranken- und Pflegeversicherung zu zahlen.

Mit Widerspruchsbescheid vom 1. April 2008 wies die Beklagte den Widerspruch gegen den Bescheid vom 5. Juni 2007 (Az. W 1057/07) zurück. Zur Begründung verwies die Beklagte darauf, dass mit Bescheid vom 5. Juni 2007 eine Pflichtversicherung bei der DAK durchgeführt worden sei. Als Bezieher von Leistungen nach dem SGB II sei der Kläger pflichtversichert. Ein Nachweis über die Befreiung von der Versicherungspflicht mit der Folge eines Zuschusses nach [§ 26 SGB II](#) sei vom Kläger nicht vorgelegt worden.

Mit Widerspruchsbescheid vom 29. Juli 2008 (Az. W 1189/08/08) wies die Beklagte den Widerspruch gegen den Änderungsbescheid vom 5. Juni 2007 zurück. Zur Begründung verwies sie darauf, dass eine Aufschlüsselung der Raten an die Energieversorgungsunternehmen nach Heizung und Strom nicht möglich sei, da die Wohnung teilweise mit Strom beheizt werde. Die Höhe von 21,75 EUR als in der Regelleistung enthaltener Anteil für die Kosten der Haushaltsenergie und der Warmwasserbereitung sei seitens der Gerichte bestätigt worden.

Am 5. Mai 2008 hat der Kläger Klage beim Sozialgericht Stuttgart gegen den Bescheid vom 5. Juni 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 1. April 2008 (Az. W 1057/07) erhoben und zur Begründung ausgeführt, die Beklagte gewähre seit dem 1. Mai 2007 Einstiegsgeld gemäß [§ 29 SGB II](#). Damit sei er auch für die Beklagte als Selbstständiger anzusehen. Für einen Selbstständigen sei aufgrund der Neuregelung des SGB V, die auch von der Beklagten anzuwenden sei, jedoch die Zuordnung zur PKV gegeben. Die Zuordnung, Anmeldung und Aufrechterhaltung zur GKV sei damit rechtswidrig.

Mit Gerichtsbescheid vom 20. Dezember 2011 hat das SG die Klage gegen den Bescheid vom 5. Juni 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 1. April 2008 (Az. W 1057/07) abgewiesen. Der Bescheid vom 5. Juni 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 1. April 2008 sei rechtmäßig und verletze den Kläger nicht in seinen Rechten. Er habe keinen Anspruch auf Gewährung eines Zuschusses zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung nach [§ 26 Abs. 2 SGB II](#) in der Fassung vom 20. April 2007 (gültig ab dem 1. Mai 2007 bis zum 31. Dezember 2009) sowie zur Rentenversicherung gemäß [§ 26 Abs. 1 SGB II](#) in der Fassung vom 20. April 2007. Streitgegenständlicher Zeitraum sei vorliegend nach dem Bescheid vom 5. Juni 2007 der Zeitraum ab dem 1. März 2007 bis zum Ablauf des Bewilligungsabschnitts am 31. August 2007. Eine Zuordnung nach Themenbereichen, wie sie durch den Kläger im Schriftsatz vom 15. Dezember 2011 beantragt worden sei, sei nach dem SGG nicht zulässig. Gemäß [§ 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V](#) i.d.F. vom 26. März 2007 (gültig ab dem 1. April 2007 bis zum 13. September 2007) seien Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch beziehen, soweit sie nicht familienversichert seien, gesetzlich krankenversichert, es sei denn, dass diese Leistungen nur darlehensweise gewährt oder nur Leistungen nach [§ 23 Abs. 3 Satz 1](#) des Zweiten Buches bezogen würden. Der Kläger beziehe seit dem 1. Januar 2005 Leistungen nach dem SGB II und sei somit in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig. Eine Befreiung von der Versicherungspflicht gemäß [§ 8 Abs. 1 Nr. 1a SGB II](#) in der Fassung vom 5. Dezember 2008 sei nach dem vorliegenden Sachverhalt nicht anzunehmen. Gemäß [§ 8 Abs. 1 Nr. 1a SGB V](#) werde von der Versicherungspflicht befreit, wer versicherungspflichtig durch den Bezug von u.a. Arbeitslosengeld II werde und in den letzten fünf Jahren vor dem Leistungsbezug nicht gesetzlich krankenversichert gewesen sei, wenn er bei einem Krankenversicherungsunternehmen versichert sei und Vertragsleistungen erhalte, die der Art und dem Umfang nach den Leistungen dieses Buches entsprächen. Ein entsprechender Befreiungsantrag sei gemäß [§ 8 Abs. 2 SGB V](#) innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht bei der Krankenkasse zu stellen. Zur Überzeugung der Kammer stehe fest, dass der Kläger zu Recht in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung sowie der gesetzlichen Rentenversicherung versichert sei. Es sei nicht ersichtlich oder vorgetragen, dass eine Befreiung von der Versicherungspflicht gemäß [§ 8 Abs. 1 Nr. 1a SGB V](#) i.d.F. vom 5. Dezember 2006 (gültig vom 1. Januar 2007 bis zum 30. Juni 2008) vorliege. Dass der Kläger einen entsprechenden Befreiungsantrag gestellt habe, sei aus den Akten nicht ersichtlich. Bezüglich des vorgetragenen Krankenversicherungsschutzes bei der C. KV AG befände sich in den Akten lediglich ein Versicherungsschein aus dem Jahr 2003 über den Abschluss der privaten Krankenversicherung mit Wirkung zum 1. August 2003. Nachweise über erfolgte Beitragszahlungen sowie Belege für einen durchgängig bestehenden Versicherungsschutz in der privaten Krankenversicherung seien nicht vorgelegt worden. Der Kläger habe im einstweiligen Rechtsschutzverfahren vor dem SG mit dem Az. S 12 AS 367/07 ER in seiner Antragsschrift vom 14. Januar 2007 selbst ausgeführt, dass derzeit kein Anspruch gegen die private Krankenversicherung bestehe, da die laufenden Prämien nicht vollständig bezahlt worden seien. Auch für die Pflegeversicherung ergebe sich nach Prüfung und Bewertung des Sachverhalts kein anderes Ergebnis. Anhaltspunkte für eine bestehende private Pflegeversicherung seien nicht erkennbar. Für den

vorliegenden streitgegenständlichen Zeitraum sei die ab dem 1. Januar 2009 geltende Rechtslage nicht maßgeblich. Bezüglich der Zuordnung zur gesetzlichen Rentenversicherung bestünden keine Anhaltspunkte für eine Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung. Die Voraussetzungen für die Gewährung eines Zuschusses nach [§ 26 Abs. 1 SGB II](#) in der Fassung vom 20. April 2007 seien danach nicht erfüllt.

Gegen den am 24. Dezember 2011 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 20. Januar 2012 Berufung beim Landessozialgericht eingelegt. Zur Begründung hat er ausgeführt, er werde bei der Beklagten als Selbstständiger geführt und sei damit gemäß [§ 5 Abs. 5 SGB V](#) zur privaten Krankenvollversicherung zuzuordnen. Da die Berufungsbeklagte seit dem Jahr 2007 diese im Gesetz vorgesehene Regelung zu Lasten des Klägers fortwährend missachte, sei die Zuordnung durch Gerichtsentscheidung festzustellen. Bei einem Selbstständigen seien bis zur Obergrenze des Höchstbetrages des Basistarifs die Kosten zu übernehmen und auszuzahlen. Für die zurückliegenden Jahre sei dieser Betrag als Zuschuss zusätzlich zu dem Betrag des Regelsatzes an den Kläger auszuzahlen. Das BSG habe ausgeführt, dass es einer Verrechnung von Stromkosten mit dem Regelsatz an einer Rechtsgrundlage fehle. Damit sei der Abzug von 22,60 EUR seit Januar 2007 und 21,58 EUR seit Januar 2010 rechtswidrig und der entsprechende Betrag dem Kläger zuzuerkennen. Die Versagung der Erstattung von Medikamentenkosten stelle eine rechtswidrige und grundrechtswidrige Auslegung der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 9. Februar 2010 ([1 BvL 1/09](#)) dar.

Der Kläger beantragt wörtlich:

1. Der Gerichtsbescheid vom 20. Dezember 2011 wird aufgehoben. 2. In Fortsetzungsfeststellung werden dem Kläger die Differenzbeträge zwischen den ausbezahlten Regelsätzen und dem monatlichen Betrag über 440,00 EUR seit dem 1. März 2007 zuerkannt. 3. In Fortsetzungsfeststellung werden dem Kläger die Differenzbeträge zwischen den Beträgen der monatlichen Beträge für die Krankenversicherung und dem Höchstbetrag für die monatliche Beitragsobergrenze gemäß [§ 12 Abs. 1c VAG](#) seit dem 1. März 2007 zuerkannt und der Kläger mit Wirkung für die Zukunft der privaten Krankenversicherung zugeordnet. 4. In Fortsetzungsfeststellung werden dem Kläger die Einbehalte für Energie seit 1. März 2007 in Höhe von monatlich 22,58 EUR, seit 1. Januar 2010 in Höhe von 21,58 EUR zuerkannt. 5. In Fortsetzungsfeststellung die Kosten für freikäufliche Medikamente und nicht von der Kasse bezahlte Medikamente dem Kläger zuerkannt. 6. Die Angelegenheit wird dem Bundesverfassungsgericht nach [Art. 100](#) Grundgesetz vorgelegt.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten sowie der Akten der ersten und zweiten Instanz Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte über die Berufung entscheiden, obwohl die Beteiligten zum Termin zur mündlichen Verhandlung nicht erschienen sind, da der Kläger mit der ihm am 4. Juli 2013 zugestellten Terminsmitteilung ebenso wie die Beklagte in der ihr übermittelten Terminsmitteilung auf diese Möglichkeit hingewiesen worden ist. Die Beklagte hat am Terminstag telefonisch erklärt, es werde zum Termin niemand erscheinen und es könne entschieden werden. Der Senat hat auch auf den ohne Glaubhaftmachung eines Hinderungsgrundes am 19. August 2013, dem Tag vor der mündlichen Verhandlung, um 14:22 Uhr per Fax übersandten Antrag (mit Datum 17. August 2013) auf Aufhebung des Termins entschieden, denn er wurde noch am selben Tag mit ihm um 15:22 Uhr per Fax übermittelten Schreiben des Vertreters des Vorsitzenden, der verhindert war, darauf hingewiesen, dass die Aufhebung des Termins abgelehnt werde, da eine Verhinderung nicht glaubhaft gemacht sei und insbesondere nicht durch ein hinreichendes ärztliches Attest belegt sei. Die Sendung dieser Faxmitteilung war erfolgreich, so dass der Kläger Gelegenheit hatte, sie zur Kenntnis zu nehmen, und zur Überzeugung des Senats auch Kenntnis von ihr erlangt hat. Er hatte damit noch Gelegenheit, durch Vorlage eines ärztlichen Attestes oder durch Veranlassung eines Arztes zu dessen Ermittlung an das Gericht glaubhaft zu machen, dass er wegen der behaupteten und nach seinen Angaben seit 8. August 2013 vorliegenden Erkrankung an einer Teilnahme an dem Termin gehindert sei. Dies ist weder bis zum Aufruf der auf 12:45 Uhr terminierten Streitsache um 13:50 Uhr, noch danach geschehen.

Die Berufung des Klägers hat zu einem geringen Teil Erfolg.

Die gemäß §§ 143, 144 Abs. 1 statthafte Berufung ist zulässig; sie ist unter Beachtung der maßgeblichen Form- und Fristvorschriften ([§ 151 Abs. 1 und 2 SGG](#)) eingelegt worden, sie ist jedoch nicht begründet. Das SG hat die Klage im Ergebnis im Wesentlichen zurecht abgewiesen; die Höhe der dem Kläger gewährten Leistungen ist aber insoweit rechtswidrig als die Beklagte als Energiepauschale 21,75 EUR statt 20,74 EUR (in der Zeit vom 1. März 2007 bis zum 30. Juni 2007) bzw. statt 20,86 EUR (im Juli 2007) in Abzug gebracht hat.

Streitgegenstand ist der Änderungsbescheid vom 5. Juni 2007 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 1. April 2007, mit dem der ursprüngliche Bewilligungsbescheid vom 14. Februar 2007 aufgehoben und über die Höhe der Leistungen für die Zeit vom 1. März 2007 bis zum 31. August 2007 entschieden wurde. Entgegen der Auffassung des SG stellt der durch den Kläger begehrte Zuschuss nach [§ 26](#) Zweites Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) keinen abtrennbaren Streitgegenstand dar; er kann nur zusammen mit den Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts überprüft werden. Ohne die vollständige Prüfung des Leistungsanspruchs nach Grund und Höhe kann eine Entscheidung über den Zuschuss zu den Versicherungsbeiträgen nach [§ 26 SGB II](#) nicht getroffen werden (BSG, Urteil vom 28. Januar 2011 - [B 4 AS 108/10 R](#) - Juris; vgl. auch zum Zuschlag [§ 24 SGB II](#) BSG, Urteil vom 31. Oktober 2007 - [B 14/7b AS 42/06 R](#), BSG Urteil vom 25. Juni 2008, [B 11b AS 45/06 R](#), Urteil vom 15. April 2008 - [B 14/7b AS 34/06 R](#) - zitiert jeweils nach Juris). Nachdem damit Gegenstand dieses Verfahrens die Höhe der in der Zeit vom 1. März 2007 bis zum 31. August 2007 gewährten Leistungen geworden ist, ist auch der ebenfalls am 5. Juni 2007 ergangene Bescheid in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29. Juli 2008 (Az. W 1189/08/08) Gegenstand dieses Verfahrens geworden. Bei einem Streit um höhere Leistungen sind grundsätzlich alle Anspruchsvoraussetzungen dem Grunde und der Höhe nach zu prüfen (BSG, Urteil vom 23. November 2006 - [B 11b AS 9/06 R](#), zu Ausnahmen bei KdU BSG, Urteil vom 7. November 2006 - [B 7b AS 8/06 R](#), BSG, Urteil vom 31. Oktober 2007 - [B 14/11b AS 5/07 R](#), BSG, Urteil vom 6. Dezember 2007 - [B 14/7b AS 62/06 R](#), ausdrücklich offengelassen in BSG, Urteil vom 23. November 2006 - [B 11b AS 9/06 R](#) - zit. jeweils nach Juris). Nachdem hinsichtlich der Höhe der Leistungen für die Zeit vom 1.

März 2007 bis 31. August 2007 gegen den Bescheid vom 5. Juni 2007 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 1. April 2008 bereits ein Gerichtsverfahren anhängig war, hätte die Beklagte den Widerspruch gegen den weiteren Bescheid vom 5. Juni 2007 als unzulässig zurückweisen müssen. Im Ergebnis zutreffend hat die Beklagte aber den Widerspruch gegen den Bescheid vom 5. Juni 2007 zurückgewiesen.

Der Kläger hat in dem in diesem Verfahren streitigen Zeitraum vom 1. März 2007 bis zum 31. August 2007 Anspruch auf höhere als die bereits zuerkannten Leistungen.

Der Kläger erfüllt die Anspruchsvoraussetzungen für Grundsicherungsleistungen nach dem SGB II; er hatte im streitigen Zeitraum das 15. Lebensjahr vollendet, die Altersgrenze nach [§ 7 Abs. 1 Ziff. 1 SGB II](#) in der Fassung vom 20. Juli 2006 (a.F.) noch nicht erreicht und seinen gewöhnlichen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland. Der Kläger war auch in der Lage, einer Erwerbstätigkeit in einem zeitlichen Umfang von mindestens drei Stunden täglich nachzugehen ([§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2, § 8 SGB II](#) a.F.).

Der Kläger war in dem von der Beklagten anerkannten Umfang auch hilfebedürftig. Nach [§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3, 9 SGB II](#) a. F. war hilfebedürftig, wer seinen Lebensunterhalt, seine Eingliederung in Arbeit und den Lebensunterhalt der mit ihm in einer Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen nicht oder nicht ausreichend aus eigenen Kräften und Mitteln, vor allem nicht durch Aufnahme einer zumutbaren Arbeit oder aus dem zu berücksichtigenden Einkommen oder Vermögen sichern konnte und die erforderliche Hilfe nicht von anderen, insbesondere von Angehörigen oder von Trägern anderer Sozialleistungen erhielt.

Der Bedarf ist den einschlägigen Regelungen [§§ 19 ff SGB II](#) a. F. zu entnehmen. Nach [§ 19 Satz 1 Nr. 1 SGB II](#) a. F. erhalten erwerbsfähige Hilfebedürftige als Arbeitslosengeld II Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts einschließlich der Kosten der Unterkunft. Der Anspruch auf Arbeitslosengeld setzt sich aus der Regelleistung ([§ 20 SGB II](#) a. F.) und den nach [§ 22 SGB II](#) a. F. zu berücksichtigenden Leistungen für Unterkunft und Heizung zusammen.

Der Kläger hat keinen Anspruch auf eine Regelleistung in Höhe von 440,00 EUR, wie unter Ziff. 2 seine Anträge begehrt. Die Regelleistung im hier streitigen Zeitraum war auf monatlich 345,00 EUR festgelegt ([§ 20 Abs. 2 SGB II](#) a. F.) und ist in dieser Höhe nicht zu beanstanden. Die vom Bundesverfassungsgericht festgestellte verfassungswidrige Ermittlung der Regelleistung (vgl. Urteil vom 9. Februar 2010 - [1 BvL 1/09, 1 BvL 3/09, 1 BvL 4/09](#) - Juris) führt nicht dazu, dass der Kläger eine höhere Regelleistung verlangen kann. Denn das Bundesverfassungsgericht konnte gerade nicht feststellen, dass die gesetzlich festgesetzten Regelleistungsbeträge unzureichend sind, daher sah es den Gesetzgeber nicht unmittelbar von Verfassungswegen als verpflichtet an, für die Zeit ab Inkrafttreten des SGB II ab 1. Januar 2005 höhere Leistungen festzusetzen. Da die Vorschriften des SGB II weiterhin anwendbar sind und der Gesetzgeber nach den Ausführungen in den Urteilsgründen nicht zu einer rückwirkenden Neuregelung verpflichtet ist, steht fest, dass es bei dem im streitgegenständlichen Zeitraum aufgrund von [§ 20 Abs. 2 Satz 1 SGB II](#) festgesetzten Regelleistungsbetrag bleibt und der Kläger mit seinem Begehren auf höhere Leistungen nicht durchdringen kann (bspw. BVerfG, Beschluss vom 24. März 2010 - [1 BvR 395/09](#) - Juris). Der Gesetzgeber hat durch das Gesetz zur Ermittlung von Regelbedarfen und zur Änderungen des Zweiten und Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch vom 13. Mai 2011 ([BGBl. I, S. 453 ff.](#)) mit Wirkung zum 1. Januar 2011 den Regelbedarf für alleinstehende Personen auf monatlich 364,00 EUR festgesetzt, ohne jedoch eine Änderung für die Vergangenheit vorzunehmen. Für eine Vorlage gemäß [Art. 100 GG](#) an das Bundesverfassungsgericht besteht unter diesen Umständen keinerlei Anlass (vgl. auch Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 10. Juni 2011 - [L 12 AS 1077/11](#) - Juris).

Soweit der Kläger die Kosten für freikäufliche Medikamente und nicht von der Kasse bezahlte Medikamente begehrt, wurde ein entsprechender Bedarf nicht durch Vorlage entsprechender Belege nachgewiesen.

Leistungen für Unterkunft und Heizung werden in Höhe der tatsächlichen Aufwendungen erbracht, soweit diese angemessen sind ([§ 22 Abs. 1 Satz 1 SGB II](#)). Die durch die Beklagte berücksichtigten Kosten für Unterkunft und Heizung sind - bis auf die Berücksichtigung des Warmwasser- und Energiekostenanteils - nicht zu beanstanden. Neben der Kaltmiete in Höhe von 300,00 EUR sind durch die Beklagte Nebenkosten in Höhe von 30,00 EUR monatlich berücksichtigt worden. Von den tatsächlich gegenüber dem Energieversorger zu erbringenden Kosten in Höhe von insgesamt 199,00 EUR (72,00 EUR für Strom und 127,00 EUR für Gas) hat die Beklagte dem Grunde nach zutreffend pauschal einen Betrag für die gemäß [§ 20 Abs. 1 SGB II](#) bereits in der Regelleistung enthaltene Haushaltsenergie (ohne die auf die Heizung entfallenden Anteile), die neben dem Stromverbrauch für Beleuchtung, Kochen etc. insbesondere auch die Kosten für Warmwasserbereitung umfasst, herausgerechnet und in Abzug gebracht. Ein Anspruch auf Übernahme dieser Kosten besteht nämlich nur, soweit der Bedarf nicht bereits anderweitig gedeckt ist. Sofern wie hier die Kosten für die Haushaltsenergie (einschließlich derjenigen für die Warmwasserbereitung und ohne die auf die Heizung entfallenden Anteile) nicht konkret erfasst sind, darf nur der tatsächlich von der Regelleistung umfasste Betrag von den Kosten der Unterkunft herausgerechnet und in Abzug gebracht werden, um eine Doppelgewährung zu vermeiden (vgl. BSG, Urteil vom 27. Februar 2008 - [B 14/11b AS 15/07 R](#)-, zit. nach Juris). Anders als das SG meint, sind zur Berechnung des Abzugs des Warmwasser- und Energiekostenanteils im streitgegenständlichen Zeitraum die dynamisierten Anteile der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS) 1998 zugrunde zu legen. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Urteile vom 27. Februar 2008 - [Az. B 14/11b AS 15/07](#) - sowie vom 22. September 2009 - [B 4 AS 8/09 R](#) -, jew. zit. nach Juris) ist bei einer monatlichen Regelleistung von 345,00 EUR ein - auf der EVS 1998 beruhender - Betrag in Höhe von 20,74 EUR für Strom- bzw. Haushaltsenergie enthalten; Erhöhungen der Regelleistung wirken sich gleichmäßig auf alle in die Regelleistung eingeflossenen Bedarfe, also auch auf die für Haushaltsenergie, aus. Die internen Verschiebungen des prozentualen Anteils der einzelnen Rechnungsposten der EVS 2003 haben bei der Erhöhung der Regelleistung zum 1. Juli 2007 zu keiner Regelleistungserhöhung geführt (so ausdrücklich BSG, Urteil vom 22. September 2009, [a.a.O.](#), Rdnr. 30). Die Regelsatzleistung des [§ 20 SGB II](#) wurde nämlich jeweils nach [§ 20 Abs. 4 Satz 1 SGB II](#) durch Bekanntmachung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales dynamisiert. Für eine Neubemessung des Regelsatzes, also dessen strukturelle Änderung, wäre aber ein gesetzgeberischer Akt erforderlich gewesen. Nach [§ 20 Abs. 4 Satz 2 SGB II](#) findet für die Neubemessung des SGB II - Regelsatzes nämlich ausdrücklich nur [§ 28 Abs. 3 Satz 5 SGB XII](#) entsprechende Anwendung, wonach die Bemessung überprüft und weiterentwickelt wird, sobald die Ergebnisse einer neuen EVS vorliegen. Anders als im SGB XII ist keine Neubemessung auf allein untergesetzlicher Ebene vorgesehen. Eine Neubemessung des SGB II - Regelsatzes für den fraglichen Zeitraum erfolgte - ohne Beachtung der EVS 2003 - durch den Gesetzgeber letztmalig bei Anpassung der Regelsätze Ost und West mit dem "Gesetz zur Änderung des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze" vom 24. März 2006 ([BGBl. 2006 I, S. 558](#)). Im Verhältnis der Erhöhung der Regelleistung von 345,00 EUR ergibt sich damit ein relativer Anstieg unter Einbeziehung der Rundungen zum 1. Juli 2007 um 0,579 %. Dementsprechend ist auch der für Haushaltsenergie

anerkannte Betrag in Höhe von 20,74 EUR um 0,579 % zu dynamisieren. Daraus ergibt sich bei voller Regelleistung von 347 EUR ein Betrag für Haushaltsenergie in Höhe von monatlich 20,86 EUR. Die Beklagte hat im streitigen Zeitraum aber einen Betrag für Haushaltsenergie in Höhe von 21,75 EUR in Ansatz gebracht. Nachdem der Kläger im streitigen Zeitraum kein Einkommen erzielt hat, errechnet sich für die Zeit von März bis Juni 2007 ein monatlicher Bedarf in Höhe von 853,26 EUR, für die Monate Juli und August 2007 in Höhe von monatlich 855,14 EUR.

Unter Berücksichtigung der Rundungsvorschrift des [§ 41 Abs. 2 SGB II](#) a. F., wonach Beträge, die nicht voller Euro ergeben, bis zu 0,49 EUR abzurunden und von 0,50 EUR an aufzurunden sind, hatte der Kläger in den Monaten März bis Juni 2007 jeweils Anspruch auf Leistungen in Höhe von 853,00 EUR und in den Monaten Juli und August 2007 in Höhe von 855,00 EUR und damit jeweils in Höhe weiterer 0,75 EUR.

Der Kläger hat keinen Anspruch auf den beantragten Zuschuss zur den Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen. Gemäß [§ 26 Abs. 2 SGB II](#) in der bis zum 30. April 2007 geltenden Fassung vom 20. Juli 2006 und in der ab dem 1. Mai 2007 bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung erhalten Bezieher von Arbeitslosengeld II, die 1. nach § 8 Abs. 1 Nr. 1a des Fünften Buches von der Versicherungspflicht befreit sind, 2. nach § 22 Abs. 1 des Elften Buches oder nach Artikel 42 des Pflege-Versicherungsgesetzes von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreit oder nach § 23 Abs. 1 des Elften Buches 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. Der Zuschuss ist auf die Höhe des Betrages begrenzt, der ohne die Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung oder in der sozialen Pflegeversicherung zu zahlen wäre. Hierbei sind zugrunde zu legen: 1. für die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung der durchschnittliche ermäßigte Beitragssatz der Krankenkassen (§ 246 des Fünften Buches); der zum 1. Oktober des Vorjahres festgestellte Beitragssatz gilt jeweils vom 1. Januar bis zum 31. Dezember des laufenden Kalenderjahres, 2. für die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung der Beitragssatz nach § 55 Abs. 1 Satz 1 des Elften Buches. Eine Befreiung von der Versicherungspflicht nach [§ 8 Abs. 1 Nr. 1a SGB II](#) in der Fassung vom 5. Dezember 2006 ist im Falle des Klägers nicht anzunehmen. Nach dieser Vorschrift wird auf Antrag von der Versicherungspflicht befreit, wer versicherungspflichtig wird durch den Bezug von Arbeitslosengeld, Unterhaltsgeld (§ 5 Abs. 1 Nr. 2) oder Arbeitslosengel (§ 4 Abs. 1 Nr. 2a) und in den letzten fünf Jahren vor dem Leistungsbezug nicht gesetzlich krankenversichert war, wenn er bei einem Krankenversicherungsunternehmen versichert ist und Vertragsleistungen erhält, die der Art und dem Umfang nach den Leistungen des SGB V entsprechen. Der erforderliche Antrag ist gemäß [§ 8 Abs. 2 SGB V](#) innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht bei der Krankenkasse zu stellen. Die Befreiung wirkt vom Beginn der Versicherungspflicht an, wenn seit diesem Zeitpunkt noch keine Leistungen in Anspruch genommen wurden, sonst vom Beginn des Kalendermonats an, der auf die Antragstellung folgt. Die Befreiung kann nicht widerrufen werden.

Aus den vorliegenden Unterlagen ergeben sich keinerlei Hinweise dafür, dass der Kläger bei der zuständigen Krankenkasse den nach [§ 8 Abs. 2 SGB V](#) zwingend erforderlichen Befreiungsantrag gestellt hat. Soweit er vorträgt, bei der C. KV AG versichert zu sein, findet sich in den Akten lediglich ein Versicherungsschein aus dem Jahr 2003 über den Abschluss der privaten Krankenversicherung mit Wirkung zum 1. August 2003. Nachweise über tatsächliche Beitragszahlungen oder Belege für einen durchgängig bestehenden Versicherungsschutz in der privaten Krankenversicherung wurden durch den Kläger nicht vorgelegt. Der Kläger hat vielmehr selbst vorgetragen, die Prämien nicht mehr erbracht und daher nicht mehr bei der C. KV AG versichert zu sein. Auch für das Bestehen einer privaten Pflegeversicherung hat der Kläger keinerlei Nachweise vorgelegt.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#); der Senat hat im Rahmen des ihm eingeräumten Ermessens berücksichtigt, dass die Klage im Ergebnis ohne wesentlichen Erfolg geblieben ist.

Gründe für die Zulassung der Revision sind nicht gegeben.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2013-08-30