

## L 19 AS 2130/10

Land  
Nordrhein-Westfalen  
Sozialgericht  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Sachgebiet  
Grundsicherung für Arbeitsuchende  
Abteilung  
19  
1. Instanz  
SG Aachen (NRW)  
Aktenzeichen  
S 4 AS 400/10  
Datum  
18.11.2010  
2. Instanz  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Aktenzeichen  
L 19 AS 2130/10  
Datum  
16.05.2011  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
B 14 AS 110/11 R  
Datum  
-

Kategorie

Urteil

Auf die Berufung des Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Aachen vom 18.11.2010 geändert. Der Beklagte wird unter Änderung der Bescheide vom 08.12.2009 und vom 10.03.2010, beide in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 11.03.2010, verurteilt, dem Kläger einen Zuschuss zur privaten Pflegeversicherung in Höhe von 36,31 EUR monatlich für die Zeit vom 01.01. bis 30.06.2010 zu gewähren. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen. Der Beklagte trägt 90% der Kosten des Verfahrens. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Höhe des Zuschusses zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung nach [§ 26 Abs. 2 und Abs. 3](#) Zweites Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) streitig.

Der am 00.00.1955 geborene Kläger lebt von seiner Ehefrau dauernd getrennt. Seit dem 01.09.2002 ist er bei der B Krankenversicherung AG (B) privat kranken- und pflegeversichert. Der Beitrag zur privaten Krankenversicherung nach dem Tarif "EL" betrug ab dem 01.01.2010 379,28 EUR mtl. sowie zur privaten Pflegeversicherung nach dem Tarif "PVN" 36,31 EUR mtl. ... Zum 01.05.2010 wechselte der Kläger vom Tarif "EL" zum Tarif "EL400", der mit einer Selbstbeteiligung von jährlich (maximal) 400,00 EUR verbunden war. Der monatliche Beitrag zur privaten Krankenversicherung betrug ab dem 01.05.2010 263,95 EUR mtl. sowie zur privaten Pflegeversicherung nach dem Tarif "PVN" 36,31 EUR mtl. ...

Der Kläger bewohnt eine 45,80 qm große Wohnung. Die Grundmiete beträgt 230,00 EUR. Die Betriebskostenvorauszahlung beläuft sich auf 31,00 EUR mtl. sowie die Vorauszahlung der Heizkosten auf 58,66 EUR mtl. ... Das Warmwasser wird zentral über die Heizung erzeugt.

Im Jahr 2009 gab der Kläger seine selbständige Tätigkeit auf. Seit dem 09.06.2009 bezieht er Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II. Durch Bescheid vom 08.12.2009 bewilligte die Gemeinde B dem Kläger Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts in Höhe von 672,00 EUR mtl. (359,00 EUR Regelleistung + 312,87 EUR Kosten der Unterkunft und Heizung) für die Zeit vom 01.01. bis 30.06.2010. Die Leistungen nach [§ 22 Abs. 1 SGB II](#) setzten sich aus einer Grundmiete von 230,00 EUR mtl., Betriebskosten von 31,00 EUR mtl. und Heizkosten von 51,87 EUR mtl. (58,66 EUR Heizkostenvorauszahlung abzüglich 6,79 EUR Warmwasserkostenabschlag) zusammen. Des weiteren gewährte die Gemeinde B einen Zuschuss zur privaten Krankenversicherung in Höhe von 124,32 EUR mtl. und zur privaten Pflegeversicherung in Höhe von 17,79 EUR mtl. nach [§ 26 SGB II](#).

Gegen die Höhe des nach [§ 26 Abs. 2 und Abs. 3 SGB II](#) gewährten Zuschusses legte der Kläger Widerspruch ein. Er beehrte die volle Übernahme des Monatsbeitrages von 415,59 EUR. Durch Änderungsbescheid vom 10.03.2010 bewilligte die Gemeinde B dem Kläger Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts für Januar 2010 in Höhe von 672,00 EUR und für die Zeit vom 01.02. bis 30.06.2010 in Höhe von 673,00 EUR mtl. ... Dabei ging sie von berücksichtigungsfähigen Heizkosten für Zeit ab dem 01.02.2010 in Höhe von 52,19 EUR mtl. (58,66 EUR abzüglich 6,47 EUR Warmwasserkostenabschlag) aus. Sie gewährte dem Kläger einen Zuschuss zur privaten Krankenversicherung in Höhe von 126,05 EUR mtl. nach [§ 26 Abs. 2 SGB II](#) sowie zur privaten Pflegeversicherung in Höhe von 18,04 EUR mtl. nach [§ 26 Abs. 3 SGB II](#) für die Zeit ab dem 01.01.2010. Im Übrigen wies der Beklagten durch Widerspruchsbescheid vom 11.03.2010 den Widerspruch als unbegründet zurück.

Mit der am 12.04.2010 erhobenen Klage hat der Kläger die volle Übernahme der Beiträge zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung begehrt.

Er hat vorgetragen, dass der von ihm ab dem 01.05.2010 gewählte Tarif zur privaten Krankenversicherung von 263,95 EUR mtl. zuzüglich

des Tarifs zur Pflegeversicherung von 36,31 EUR mtl. günstiger sei als der hälftige Basistarif von 290,63 EUR mtl. zuzüglich des Beitrags zur Pflegeversicherung von 36,31 EUR mtl. ... Nach seinem Tarifwechsel mit der Vereinbarung eines Selbstbehalts belaufe sich seine tatsächliche Beitragspflicht auf einen Gesamtbeitrag von 326,99 EUR mtl. bei besserem Leistungsumfang.

Der Beklagte ist der Ansicht gewesen, dass der Kläger lediglich einen Zuschuss zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung in Höhe des Beitrags zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung beanspruchen könne. Der vom Kläger zum 01.05.2010 gewählte Tarif sei unter Beachtung des Selbstbehalts von jährlich (maximal) 400,00 EUR bei entsprechender Umrechnung auf einen Anteil von monatlich 33,33 EUR insgesamt teurer als der Beitrag zum halbierten Basistarif.

Durch Urteil vom 18.11.2010 hat das Sozialgericht Aachen den Beklagten unter teilweiser Abänderung des Bescheides vom 08.12.2009 in der Gestalt des Änderungsbescheides vom 10.03.2010 und des Widerspruchsbescheides vom 11.03.2010 verurteilt, dem Kläger einen monatlichen Zuschuss zur Krankenversicherung für den Zeitraum vom 01.01. bis 30.04.2010 in Höhe von 290,63 EUR und einen monatlichen Zuschuss zur Krankenversicherung für den Zeitraum vom 01.05. bis 30.06.2010 in Höhe von 263,95 EUR zuzüglich eines anteiligen Selbstbehalts von monatlich 26,68 EUR sowie für den Zeitraum vom 01.01. bis 30.06.2010 einen monatlichen Zuschuss zur Pflegeversicherung von 36,31 EUR unter Anrechnung bereits gewährter Zuschüsse zu gewähren. Im Übrigen hat es die Klage abgewiesen und den Beklagten die außergerichtlichen Kosten des Klägers dem Grunde nach auferlegt. Auf die Gründe wird Bezug genommen.

Gegen das ihm am 26.11.2010 zugestellte Urteil hat der Beklagte am 09.12.2010 Berufung eingelegt.

Er trägt vor, dass auch unter Berücksichtigung der Entscheidung des Bundessozialgerichts (BSG) vom 18.01.2011 - [B 4 AS 108/10 R](#) - die Frage, inwieweit bei der Bemessung des Zuschusses nach [§ 26 Abs. 2 SGB II](#) ein vereinbarter Selbstbehalt zu berücksichtigen sei, noch nicht geklärt sei. Ebenfalls sei nicht geklärt, nach welchen Grundsätzen der Zuschuss zu den Beiträgen zur privaten Pflegeversicherung nach [§ 26 Abs. 3 SGB II](#) zu berechnen sei.

Der Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Aachen vom 18.11.2010 zu ändern und die Klage abzuweisen insoweit der Kläger unter Änderung der Bescheide vom 08.12.2009 und vom 10.03.2010, beide in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 11.03.2010, die Gewährung eines höheren Zuschusses zum Beitrag zur privaten Krankenversicherung als die anerkannten 263,95 EUR monatlich für die Zeit vom 01.05. bis 30.06.2010 und eines Zuschusses zur privaten Pflegeversicherung in Höhe von 36,31 EUR für die Zeit vom 01.01. bis 30.06.2010 begehrt.

Der Kläger beantragt

die Berufung zurückzuweisen.

Er hält das erstinstanzliche Urteil für zutreffend.

Der Beklagte hat in Ausführung der Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 18.01.2011 - [B 4 AS 108/10 R](#) - in der mündlichen Verhandlung anerkannt, dem Kläger einen Zuschuss zur privaten Krankenversicherung in Höhe von 290,63 EUR mtl. für die Zeit vom 01.01. bis 30.04.2010 sowie von 263,96 EUR mtl. für die Zeit vom 01.05. bis 30.06.2010 zu gewähren. Der Kläger hat das Teilerkenntnis angenommen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen, deren wesentlicher Inhalt Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung des Beklagten ist teilweise begründet.

Die Berufung ist nach [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthaft. Sie betrifft eine Geldleistung - die Höhe des Zuschusses nach [§ 26 Abs. 2 und Abs. 3 SGB II](#) -, die den Betrag von 750,00 EUR überschreitet. Bei Einlegung der Berufung hat sich der Beklagte gegen die Verurteilung zur Gewährung eines höheren Zuschusses nach [§ 26 Abs. 2 und Abs. 3 SGB II](#) als bewilligt, nämlich 326,94 EUR anstelle von 144,09 EUR, für die Dauer von sechs Monaten gewandt.

Gegenstand des Verfahrens sind die Bescheide vom 08.12.2009 und vom 10.03.2010, wobei letzterer den Bescheid vom 08.12.2009 nach [§ 86 SGG](#) ersetzt hat, beide in der Fassung der Widerspruchsbescheides vom 11.03.2010, mit denen die Gemeinde B dem Kläger für den Zeitraum vom 01.01 bis 30.06.2010 Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II einschließlich eines Zuschusses nach [§ 26 Abs. 2 und Abs. 3 SGB II](#) bewilligt hat. Gegen diese Bescheide hat der Kläger in zulässiger Weise eine Anfechtungs- und Leistungsklage nach [§ 54 Abs. und Abs. 4 SGG](#) erhoben, mit der er die Übernahme des vollen Beitrags zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung durch den Beklagten und damit die Gewährung von weiteren Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts in Höhe von 273,48 EUR mtl. begehrt hat (vgl. hierzu BSG Urteil vom 18.01.2011 - [B 4 AS 108/10 R](#) = juris Rn 13), wonach der Zuschuss nach [§ 26 SGB II](#) kein abtrennbarer Streitgegenstand ist, sondern nur zusammen mit den Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts überprüft werden kann). Die Beteiligten streiten im Berufungsverfahren nur noch über die Gewährung von weiteren Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts in Höhe von 18,27 EUR mtl. für die Zeit vom 01.01. bis 30.04.2010 sowie von 44,55 EUR mtl. für die Zeit vom 01.05. bis 30.06.2010. Denn der Kläger hat sich mit dem ihm möglichen Rechtsmittel der Berufung nicht gegen das erstinstanzliche Urteil gewandt und der Beklagte im Berufungsverfahren die Gewährung eines Zuschusses nach [§ 26 Abs. 2 SGB II](#) in Höhe von 290,63 EUR mtl. für die Zeit vom 01.01. bis 30.04.2010 sowie in Höhe von 263,95 EUR mtl. für die Zeit vom 01.05. bis 30.06.2010 anerkannt. Der Kläger hat das Anerkenntnis angenommen.

Richtiger Beklagter ist der Kreis E. Er ist nach [§ 6b Abs. 1 SGB II](#) als zugelassener kommunaler Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende i.S.v. [§ 6a SGB II](#) Rechtsträger der Leistungen nach dem SGB II. Die kreisangehörige Gemeinde B nimmt die dem Kreis E als

Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende obliegenden Aufgaben seit dem 01.01.2011 nicht mehr im eigenen Namen wahr. Die nach [§ 6 Abs. 2 S. 1 SGB II](#) i.V.m. § 5 Abs. 2 u. 3 des Gesetzes zur Ausführung des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch für das Land Nordrhein-Westfalen (AG-SGB II NRW i.d.F. vom 16.12.2004, GVBl NRW 821), § 5 Kreisordnung für das Land Nordrhein-Westfalen (KrO NW i.d.F. vom 14.07.1994, GVBl NRW 646) erlassene Satzung über die Durchführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) im Kreis E vom 27.03.2007 (Durchführungssatzung SGB II), wonach den kreisangehörigen Gemeinden die Durchführung der dem Kreis E als Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende obliegenden Aufgaben eigenen Namen übertragen worden war (§ 1), ist mit Wirkung zum 31.12.2010 aufgehoben worden (Satzung zur Aufhebung der Satzung über die Durchführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) im Kreis E vom 10.02.2010). Mithin ist kraft Funktionsanachfolge ein Beteiligtenwechsel eingetreten. Dieser Beteiligtenwechsel stellt keine unzulässige Klageänderung i.S.v. von [§§ 99, 153 Abs. 1 SGG](#) dar (vgl. Leitherer in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 9. Aufl., § 99 Rn 6a m.w.N.). Das Passivvrbum ist entsprechend von Amts wegen zu berichtigen gewesen.

Der Beklagte ist nach [§ 26 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB II](#) nicht verpflichtet, dem Kläger neben dem anerkannten Zuschuss nach [§ 26 Abs. 2 SGB II](#) in Höhe von 290,63 EUR mtl. bzw. von 263,95 EUR mtl. ab dem 01.05.2010 einen anteiligen Selbstbehalts von 26,68 EUR mtl. für die Zeit vom 01.05.2010 zu übernehmen (I). Das Sozialgericht hat den Beklagten zu Recht verurteilt, dem Kläger für die Zeit vom 01.01. bis 30.06.2010 einen Zuschuss zum Beitrag zur privaten Pflegeversicherung in Höhe von 36,31 EUR mtl. und damit weitere Leistungen nach dem SGB II in Höhe von 18,27 EUR mtl. zu gewähren (II).

Die Gemeinde B ist nach § 1 Abs. 1 der Durchführungssatzung SGB II sachlich für den Erlass der Bescheide vom 08.12.2009 und vom 10.03.2010 zuständig gewesen, da sie im Außenverhältnis nach § 1 Durchführungssatzung SGB II materiell zur Bewilligung von Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts, einschließlich der Zuschüsse nach [§ 26 SGB II](#) bis zum 31.12.2010 zuständig gewesen ist. Der Beklagte ist sachlich für den Erlass des Widerspruchsbescheides vom 11.03.2010 zuständig gewesen, da er sich in § 3 Abs. 2 der Durchführungssatzung SGB II den Erlass von Widerspruchsbescheiden nach [§ 85 SGG](#) vorbehalten hat.

I. Der Kläger hat gegenüber dem Beklagten einen Anspruch auf Gewährung eines Zuschusses zum Beitrag zu seiner privaten Krankenversicherung in Höhe der Hälfte des Basistarifs, d.h. von 290,63 EUR mtl., für die Zeit vom 01.01. bis 30.04.2010 bzw. von 263,95 EUR mtl. für die Zeit vom 01.05. bis 30.06.2010 nach [§ 26 Abs. 2 SGB II](#) in der ab dem 01.01.2009 geltenden Fassung (Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) vom 26.03.2007; [BGBl. I, 378](#); gültig bis zum 31.12.2010) zu gewähren. Der Beklagte ist nicht verpflichtet, dem Kläger daneben einen Zuschuss zu dem mit der B vereinbarten Selbstbehalt von maximal 400,00 EUR jährlich in Höhe der Differenz zwischen dem monatlichen Beitrag nach dem Tarif "EL400" von 263,95 EUR und der Hälfte des Basistarifs von 290,63 EUR zu gewähren. Eine solche Verpflichtung ergibt sich weder aus [§ 26 Abs. 2 SGB II](#) noch aus der Härtefallregelung.

[§ 26 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB II](#) i.d.F. ab dem 01.01.2009 bestimmt für Bezieher von Arbeitslosengeld II, die in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht versicherungspflichtig und nicht familienversichert sind und die für den Fall der Krankheit bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, dass die Vorschriften zur Übernahme von Beiträgen zur privaten Krankenversicherung nach [§ 12 Abs. 1c Satz 5](#) und 6 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) i.d.F. ab dem 01.01.2009 (GKV-WSG vom 26.03.2007, [BGBl. I, 1066](#), gültig bis zum 31.12.2010) gelten. Danach hat der Kläger dem Grunde nach einen Anspruch auf Übernahme seiner Beiträge zur privaten Krankenversicherung, ohne dass seine Hilfebedürftigkeit durch die Übernahme der Beiträge zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung durch den Beklagten entfallen konnte. Denn er hat im streitigen Zeitraum vom Beklagten Arbeitslosengeld II bezogen. Er ist weder in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig noch familienversichert gewesen. Insoweit nimmt der Senat auf die zutreffenden Ausführungen des Sozialgerichts Bezug ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

Der Beklagte hat einen Zuschuss in Höhe der Hälfte des Basistarifs für die Zeit ab dem 01.01.2010 und in Höhe des Beitrags nach dem Tarif "EL 400" von 263,95 EUR mtl. für die Zeit ab dem 01.05.2010 anerkannt.

Entgegen der Auffassung des Sozialgerichts ist der Beklagte aus [§ 26 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB II](#) i.d.F. ab dem 01.01.2009 nicht verpflichtet, neben dem Beitrag zur privaten Krankenversicherung von 263,95 EUR mtl. ab dem 01.05.2010 einen Zuschuss zu dem mit der B vereinbarten Selbstbehalt von maximal 400,00 EUR jährlich in Höhe der Differenz zwischen dem monatlichen Beitrag nach dem Tarif "EL400" und der Hälfte des Basistarifs von 290,63 EUR zu gewähren. Diese ergibt sich schon aus dem Wortlaut des [§ 26 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB II](#), wonach nur ein Zuschuss zu einem "Beitrag" zu gewähren ist. Bei dem vertraglich vereinbarten Selbstbehalt handelt es sich aber nicht um einen Beitrag zur privaten Krankenversicherung, sondern um eine vertraglich vereinbarte Eigenbeteiligung des Klägers an seinen Gesundheitskosten in Höhe von 400,00 EUR jährlich. Unter einem Beitrag ist ein Geldbetrag zu verstehen, der für die Mitgliedschaft in einem Verein, die Teilnahme an einer Veranstaltung oder dergleichen gezahlt werden muss (vgl. Duden, Das Bedeutungswörterbuch, 3. Aufl., Stichwort "Beitrag"). Vorliegend muss der Selbstbehalt von 400,00 EUR jährlich nicht aufgrund einer Zahlungsverpflichtung des Klägers an das private Krankenversicherungsunternehmen geleistet werden, um Krankenversicherungsschutz zu erlangen. Es handelt sich vielmehr um eine Kostenbeteiligung des Klägers als Versicherungsnehmer an seinen Gesundheitskosten. Dieser Selbstbehalt bildet die Kalkulationsgrundlage für den, was die Höhe des Beitrages angeht, im Vergleich zum dem Tarif "EL" günstigeren Tarif "EL400". Durch die Vereinbarung eines jährlichen Selbsthalts von 400,00 EUR verringert sich die monatliche Beitragslast des Klägers vom 379,28 EUR auf 263,95 EUR, d.h. um mehr als 100,00 EUR mtl.

Aus der Tatsache, dass der an das private Krankenversicherungsunternehmen zu zahlende Beitrag aufgrund einer vertraglich vereinbarten Kostenbeteiligung des Versicherungsnehmers geringer als die Hälfte des Basistarifs ist, lässt sich keine Verpflichtung des Beklagten ableiten, sich an den Kosten der privaten Krankenversicherungsschutzes bis zur Hälfte des Basistarifs zu beteiligen. Eine Einstandspflicht des Beklagten als Leistungsträgers des SGB II für eine über den Rahmen des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V) hinausgehende Versorgung der Leistungsberechtigten sieht das Gesetz nicht vor (vgl. BSG Urteil vom 19.09.2008 - B [14/7b AS 10/07](#) R = juris Rn 26; Urteil vom 15.12.2010 - B [14 AS 44/09](#) R = juris Rn 20; Urteil vom 27.02.2008 - B [14/7b AS 64/06](#) = juris Rn 31). Eine solche Verpflichtung ergibt sich auch nicht aus dem Grundrecht auf Gewährung des menschenwürdigen Existenzminimums aus [Art. 1 Abs. 1](#) Grundgesetz (GG) i.V.m. [Art. 20 Abs. 1 GG](#), das auch die Sicherstellung einer ausreichenden medizinischen Versorgung umfasst (BVerfG Urteil vom 09.02.2010 - [1 BvL 1/09](#) = juris Rn 135). Eine Versorgung im Rahmen des SGB V ist bei Leistungsbeziehern, die privat krankenversichert sind, durch den sog. "Basistarif" gewährleistet, dessen Vertragsleistungen nach [§ 12 Abs. 1a VAG](#) in Art, Umfang und Höhe den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des SGB V, auf die ein Anspruch besteht, jeweils vergleichbar sein müssen, und für dessen Abschluss ein Kontrahierungszwang für

die privaten Krankenversicherungsunternehmen besteht (vgl. zum Basistarif: BVerfG Urteil vom 10.06.2009 - [1 BvR 706/08](#) u.a.). Deshalb rechtfertigt der vom Kläger angeführte Gesichtspunkt, dass die Vertragsleistungen in dem von ihm gewählten Tarif "EL400" besser als die Vertragsleistungen nach dem Basistarif sind, nicht, den Beklagten an den Kosten eines Krankenversicherungsschutzes, der in Art, Umfang oder Höhe über den des Dritten Kapitels des SGB V hinausgeht, zu beteiligen. Einem Leistungsberechtigten steht zwar ein Wahlrecht zu, ob er den Basistarif, dessen Kosten der Beklagte im Falle der Hilfebedürftigkeit in Höhe der Hälfte des Basistarifs nach [§ 26 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB II](#) entsprechend zu tragen hat (vgl. BSG Urteil vom 18.01.2011 - [B 4 AS 108/10 R](#)), oder einen anderen Tarif mit seinem Versicherungsunternehmen zur Gewährleistung seines Krankenversicherungsschutzes vereinbart. Falls er eine andere Tarifform als den Basistarif wählt, hat der Leistungsberechtigte die sich daraus ergebenden finanziellen Belastungen, wie z.B. den vertraglich vereinbarten Selbstbehalt, selbst zu tragen, weil es sich bei diesen finanziellen Belastungen nicht um Beiträge handelt. Es kann dabei offen bleiben, ob der Zuschussbetrag generell auf die Höhe des hälftigen Basistarifs begrenzt ist. Gegen eine Beteiligung des Leistungsträgers an dem Selbstbehalt in Form einer anteiligen monatlichen Umlage, vorliegend 400,00 EUR: 12 Monate = 33,33 EUR mtl., spricht auch, dass das SGB II lediglich die Beteiligung des Leistungsträgers an den tatsächlich im Bewilligungszeitraum anfallenden Aufwendungen für einen ausreichenden Krankenversicherungsschutz bis zu einer bestimmten Höhe vorsieht. Demgegenüber realisieren sich die finanziellen Belastungen des Selbstbehalts erst bei Anfall von Gesundheitskosten, d.h. bei Inanspruchnahme der vertraglich vereinbarten Leistungen.

Ebenso ergibt sich aus der vom Bundesverfassungsgericht in der Entscheidung vom 09.02.2010 angeordneten Härtefallregelung ([1 BvL 1/09](#) = juris Rn 207 f.) bzw. aus der ab dem 03.06.2010 geltenden Bestimmung des [§ 21 Abs. 6 SGB II](#) kein Anspruch des Klägers auf Übernahme der Kosten für einen privaten Krankenversicherungsschutz zumindest bis zur Hälfte des Basistarifs, die über den vertraglich vereinbarten Beitrag zur privaten Krankenversicherung hinausgehen. Die Voraussetzungen der Härtefallregelung sind nicht gegeben. Diese setzt das Bestehen eines über den Regelbedarf hinausgehenden unabweisbaren, laufenden, nicht nur einmaligen, besonderen Bedarfes voraus. Offenbleiben kann, ob es sich beim Selbstbehalt, also der Beteiligung des Klägers an seinen Gesundheitskosten in Höhe von maximal 400,00 EUR jährlich, um einen laufenden, d.h. wiederkehrenden Bedarf, handelt oder um einen einmaligen Bedarf, der erst bei Entstehen der Gesundheitskosten, d. h. bei Inanspruchnahme der vertraglich vereinbarten Leistungen bis zu 400,00 EUR entsteht. Denn der sich aus dem Selbstbehalt ergebende Bedarf ist nicht unabweisbar, da seine Entstehung auf der Ausübung eines Gestaltungsrechts des Klägers beruht und für den Kläger die Möglichkeit bestanden hat, einen ausreichenden Krankenversicherungsschutz durch die Vereinbarung des Basistarifs mit seinem Versicherungsunternehmen ohne Kostenbeteiligung zu erlangen. Auch die Tatsache, dass in dem Bewilligungszeitraum noch nicht geklärt gewesen ist, dass der Beklagte einen Zuschuss nach [§ 26 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB II](#) in Höhe der Hälfte des Basistarifs zu leisten hat, vielmehr der Beklagte seine Leistungspflicht aus [§ 26 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB II](#) auf einen Betrag in Höhe von 124,32 EUR mtl. begrenzt hat, begründet für den Kläger keinen unabweisbaren Bedarf aus subjektiver Sicht, da die sich aus der Vereinbarung des Tarifs "EL400" ergebenden finanziellen Belastungen (Beitragszahlung + Kostenbeteiligung in Form eines Selbsthalts) höher gewesen sind als jährliche Beitragsbelastung aus dem Basistarif.

Auch aus [§ 73](#) Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) lässt sich ein Anspruch des Klägers auf Beteiligung an den sich aus dem vertraglich vereinbarten Selbsthalt ergebenden finanziellen Belastungen nicht herleiten. Es handelt sich nicht um eine besondere Bedarfslage (vgl. BSG Urteil vom 15.12.2010 - [B 14 AS 44/09 R](#) = juris Rn 18ff).

II. Nach [§ 26 Abs. 3 Satz 1 SGB II](#) i.d.F. ab dem 01.01.2009 werden für Bezieher von Arbeitslosengeld II und Sozialgeld, die in der sozialen Pflegeversicherung nicht versicherungspflichtig und nicht familienversichert sind, für die Dauer des Leistungsbezugs die Aufwendungen für eine angemessene private Pflegeversicherung im notwendigen Umfang übernommen.

Der Kläger erfüllt die Voraussetzungen für die Gewährung eines Zuschusses nach [§ 26 Abs. 3 SGB II](#) i.d.F. ab dem 01.01.2009. Er ist nicht in der sozialen Pflegeversicherung nach [§ 20ff](#) Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) versicherungspflichtig, da er im Bewilligungszeitraum kein versicherungspflichtiges Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung gewesen ist. Er ist auch nicht familienversichert gewesen. Vielmehr ist er als Person, die gegen das Risiko Krankheit bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen versichert ist, nach [§ 23 Abs. 1 Satz 1 SGB XI](#) gesetzlich verpflichtet gewesen, zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit einen Versicherungsvertrag mit seinem Krankenversicherungsunternehmen, der B, abzuschließen und aufrechtzuerhalten (vgl. hierzu Peters in Kasseler Kommentar, [§ 23 SGB XI](#) Rn 5 m.w.N.).

Entgegen der Auffassung des Beklagten ist die Höhe des zu gewährenden Zuschusses nach [§ 26 Abs. 3 Satz 1 SGB II](#) nicht auf die Höhe des Mindestbeitrags zur sozialen Pflegeversicherung, der sich im Jahr 2010 auf 18,04 EUR mtl. belaufen hat, begrenzt. Vielmehr hat der Beklagte einen Zuschuss in Höhe des sich aus dem vertraglich vereinbarten Tarif "PVN" ergebenden Beitrags von 36,31 EUR mtl. zu leisten.

Nach den Bestimmungen des SGB XI ist zwar der von dem Leistungsträger zu tragende Beitrag zur privaten Pflegeversicherung höhenmäßig auf den Mindestbeitrag nach [§§ 246, 243 SGB V](#) begrenzt. Die privaten Versicherungsunternehmen sind nach [§ 110 Abs. 1 SGB XI](#) verpflichtet, mit dem Personenkreis i.S.v. [§ 23 SGB XI](#) einen Versicherungsvertrag zur Absicherung des Pflegerisikos zu schließen. Die Prämienhöhe darf den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung nicht übersteigen ([§ 110 Abs. 1 Nr. 2e SGB XI](#)). Für Personen, die im Basistarif einer privaten Krankenversicherung nach [§ 12 VAG](#), wie z.B. Arbeitslosengeld II-Bezieher, versichert sind und wegen des Beitrags hilfebedürftig würden oder die unabhängig vom Beitrag hilfebedürftig sind, halbiert sich der Höchstbeitrag ([§ 110 Abs. 2 Satz 3 SGB XI](#); siehe hierzu Gürtner in Kasseler Kommentar, [§ 110 SGB XI](#) Rn 20d). Der Höchstbeitrag betrug im Jahr 2010 73,12 EUR (3.750,00 EUR x 1,95%). Durch das Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflegerweiterentwicklungsgesetz) vom 28.05.2008 ([BGBl. I, 874](#)) wurde die Bestimmung des [§ 110 Abs. 2 SGB XI](#) dahingehend ergänzt, dass in [§ 110 Abs. 2 Satz 4 SGB XI](#) nunmehr auf [§ 12 Abs. 1c Satz 5 oder 6 VAG](#) verwiesen wird, wobei Satz 6 mit der Maßgabe gilt, dass der zuständige Träger der Grundsicherung den Betrag zahlt, der für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der sozialen Pflegeversicherung zu zahlen ist. Nach [§§ 246, 243 SGB V](#) ist für Bezieher von Arbeitslosengeld II ein ermäßigter Beitragsatz unter Zugrundelegung einer Bemessungsgrundlage nach [§ 232a Nr. 2 SGB V](#) von den Leistungsträgern zur privaten Krankenversicherung zu entrichten. Dieser betrug im Jahr 2010 18,04 EUR mtl. ...

Diese Begünstigung des Leistungsträgers - Pflicht zur Zahlung des Mindestbeitrags - schlägt aber nicht auf die Rechtsbeziehung zwischen Versicherungsunternehmen und Leistungsberechtigten durch. Das Versicherungsunternehmen ist berechtigt, einen Beitrag bis zur Hälfte des Höchstbeitrags zur sozialen Pflegeversicherung von einem Arbeitslosengeld II-Bezieher zu fordern, vom Kläger also einen Beitrag von 36,31 EUR mtl. ... Eine Rechtsgrundlage für die Übernahme des Differenzbetrages zwischen dem Mindestbeitrag von 18,04 EUR und dem vertraglich vereinbarten Beitrag, der sich nach [§ 110 SGB XI](#) bis zur Hälfte des Höchstbeitrages, also im Jahr 2010 bis auf 36,57 EUR (73,12

EUR: 2) belaufen kann, durch den Leistungsträger kann weder den Bestimmungen des VAG noch aus [§ 110 SGB XI](#) entnommen werden (vgl. hierzu Gürtner in Kasseler Kommentar, [§ 110 SGB XI](#) Rn 20e; Brünner in LPK-SGB II, 3. Aufl., § 26 Rn 27). Insoweit besteht unter Zugrundelegung der Bestimmungen des SGB XI eine Deckungslücke wie im Bereich der Beiträge zur privaten Krankenversicherung, die darauf zurückzuführen ist, dass der Verweis in [§ 110 Abs. 2 SGB IX](#) auf die Regelungen des [§ 12 Abs. 1c Satz 5](#) oder 6 VAG nach Erlass des [§ 26 SGB II](#) eingefügt worden ist und damit eine Deckungslücke entstanden ist (vgl. hierzu BSG Urteil vom 18.01.2011 - [B 4 AS 108/10 R](#) = juris Rn 25ff).

Jedoch ist die sich aus [§ 26 Abs. 3 SGB II](#) ergebenden Kostentragungspflicht des Beklagten durch einen materiell-rechtlichen Verweis auf die Vorschrift des [§ 110 Abs. 2 Satz 4 SGB XI](#), abweichend von der Regelung in [§ 26 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB II](#) i.d.F. ab dem 01.01.2009 für den Bereich der privaten Krankenversicherung (vgl. hierzu BSG Urteil vom 18.01.2011 - [B 4 AS 108/10 R](#) = juris Rn 19), nicht begrenzt. Der Beklagte hat den Beitrag zur angemessenen Pflegeversicherung im notwendigen Umfang zu tragen. Für die Bestimmung des "notwendigen Umfangs" ist nicht die Beschränkung der Beitragspflicht des Leistungsträgers in [§ 110 Abs. 2 Satz 4 SGB XI](#) maßgebend, sondern die Höhe der rechtsgültigen Zahlungsverpflichtung, der ein Arbeitslosengeld II-Bezieher in Erfüllung seiner aus [§ 23 Abs. 1 Satz 1 SGB XI](#) ergebenden gesetzlichen Verpflichtung zum Abschluss eines Pflegeversicherungsvertrages mit seinem Krankenversicherungsunternehmen ausgesetzt ist. Es ist nicht erkennbar, dass der Gesetzgeber bewusst und gewollt privat krankenversicherten Leistungsbeziehern einen Beitrag zur privaten Pflegeversicherung - also auch die Differenz zwischen dem Mindestbeitrag und dem vertraglich vereinbarten Tarif unter Beachtung der Vorschrift des [§ 110 Abs. 2 Satz 3 SGB XI](#) - aufbürden wollte, den diese aufgrund ihrer finanziellen Verhältnisse nicht tragen können. Denn die sich aus der Verpflichtung des [§ 23 Abs. 1 Satz 1 SGB XI](#) ergebenden finanziellen Belastungen für einen Leistungsberechtigten sind von der Regelleistung nach [§ 20 SGB II](#) nicht erfasst. Auch unter Berücksichtigung des Grundrechts auf Gewährung des menschenwürdigen Existenzminimums aus [Art. 1 Abs. 1 GG](#) i.V.m. [Art. 20 Abs. 1 GG](#) ist der Wortlaut der Vorschrift des [§ 26 Abs. 3 SGB II](#) - angemessene private Pflegeversicherung im notwendigen Umfang - dahingehend verfassungskonform auszulegen, dass der Leistungsträger verpflichtet ist, einen Zuschuss zur privaten Pflegeversicherung bis zur Hälfte des Höchstbeitrags zur sozialen Pflegeversicherung zu gewähren.

Da der sich aus dem vertraglich vereinbarten Tarif "PVN" ergebende Beitrag zur privaten Pflegeversicherung vorliegend betragsmäßig geringer ist als die Hälfte des Höchstbeitrags ist, ist der Beklagte verpflichtet, dem Kläger einen Zuschuss nach [§ 26 Abs. 3 SGB II](#) in Höhe von 36,31 EUR mtl. zu gewähren.

Selbst wenn die Vorschrift des [§ 26 Abs. 3 SGB II](#) dahingehen auszulegen ist, dass der notwendige Umfang einer angemessenen Pflegeversicherung sich nach der Bestimmung des [§ 110 Abs. 2 Satz 4 SGB XI](#) richtet und damit die Höhe des Zuschusses auf den Mindestbeitrag zur sozialen Pflegeversicherung beschränkt ist, ergibt sich zumindest ab dem 09.02.2010 eine Pflicht des Beklagten zur Tragung der Differenz zwischen dem Mindestbeitrag von 18,04 EUR und dem vertraglich vereinbarten Tarif von 36,31 EUR mtl. aus der vom Bundesverfassungsgericht in der Entscheidung vom 09.02.2010 angeordneten Härtefallregelung ([1 BvL 1/09](#) = juris Rn 207f.) bzw. aus der ab dem 03.06.2010 geltenden Bestimmung des [§ 21 Abs. 6 SGB II](#). Denn es handelt sich um einen laufenden, d.h. einem monatlich wiederkehrenden Bedarf im Bewilligungszeitraum, der für den Kläger unabweisbar ist. Der Kläger ist nach [§ 23 Abs. 1 Satz 1 SGB XI](#) gesetzlich verpflichtet, den Pflegeversicherungsvertrag mit seinem Krankenversicherungsunternehmen aufrechtzuerhalten und den vertraglich vereinbarten Monatsbeitrag, dessen Höhe sich im Rahmen der Bestimmung des [§ 110 Abs. 2 S. 3 SGB XI](#) hält, zu erbringen. Ihm steht keine rechtliche Möglichkeit zur Verfügung, die Beitragslast zu verringern. Der sich durch die Deckungslücke in den Bestimmungen des [§ 110 SGB XI](#) ergebende Bedarf stellt ein überdurchschnittlich hoher Bedarf dar, der auf ein gesetzgeberischen Handeln zurückzuführen ist.

Demnach ist der Beklagte verpflichtet, dem Kläger weitere Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts in Höhe der Differenz zwischen bewilligten Zuschuss zum Beitrag zur privaten Pflegeversicherung von 18,04 EUR mtl. und dem ihm zustehenden Zuschuss in Höhe von 36,31 EUR, also von 18,27 EUR mtl. zu gewähren. Aus keinem anderen Rechtsgrund sind niedrigere Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts im streitigen Zeitraum an den Kläger zu erbringen. Dieser hat in diesem Zeitraum die Leistungsvoraussetzungen des [§ 7 Abs. 1 Satz 1 SGB II](#) erfüllt. Er hat seinen gewöhnlichen Aufenthalt in der Bundesrepublik gehabt (Nr. 4) sowie das 15. Lebensjahr vollendet und die Altersgrenze des [§ 7a SGB II](#) noch nicht erreicht gehabt (Nr. 1). Er ist auch erwerbsfähig i.S.v. [§ 8 Abs. 1 SGB II](#) gewesen (Nr. 2). Es sind keine Anhaltspunkte dafür ersichtlich, dass er nicht in der Lage gewesen ist, eine Erwerbstätigkeit mit einer Dauer von mindestens 3 Stunden täglich unter den üblichen Bedingungen des Arbeitsmarktes zu verrichten. Ebenso ist er hilfebedürftig gewesen (Nr. 3), da er über kein zu berücksichtigendes Einkommen oder Vermögen i.S.v. [§§ 9, 11, 12 SGB II](#) verfügt hat. Der Beklagte hat dem Kläger zutreffend eine Regelleistung als Alleinstehender in Höhe von 359,00 EUR nach [§ 20 Abs. 2 SGB II](#) gewährt sowie die tatsächlichen Kosten für Unterkunft von 261,00 EUR mtl. und für Heizung nach Abzug der Warmwasserpauschale wegen zentraler Warmwasserbereitung nach [§ 22 Abs. 1 SGB II](#) übernommen. Ein Kostensenkungsverfahren bezüglich der Kosten für Unterkunft und für Heizung hat der Beklagte nicht durchgeführt.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Die Revision wird nach [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#) zugelassen.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2011-07-13