B 4 AS 5/22 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Grundsicherung für Arbeitsuchende
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 140 AS 9989/17
Datum
30.04.2019
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 10 AS 802/19
Datum
20.04.2021
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 4 AS 5/22 R
Datum
06.06.2023
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Der Anspruch auf einen Zuschuss zum Beitrag für eine private Krankenversicherung ist auf den Betrag begrenzt, den der privatversicherte Leistungsberechtigte zu zahlen hätte, wenn er bei seinem Krankenversicherungsunternehmen im Basistarif versichert wäre.

2. Die Regelung über den Härtefallmehrbedarf ist nicht einschlägig, wenn es um Bedarfe geht, die der Gesetzgeber außerhalb des Regelbedarfs gesondert geregelt hat.

Die Revision des Klägers gegen das Urteil des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg vom 20. April 2021 wird zurückgewiesen.

Die Beteiligten haben einander außergerichtliche Kosten auch des Revisionsverfahrens nicht zu erstatten.

G r ü n d e :

I

1
Der Kläger begehrt weitere Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II, und zwar einen höheren Zuschuss zu den Beiträgen seiner privaten Krankenversicherung für den Zeitraum vom 1.9.2017 bis zum 28.2.2018.

2
Der 1957 geborene Kläger bezog seit 2014 Grundsicherungsleistungen nach dem SGB II. Im streitbefangenen Zeitraum bezog er außerdem Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung (monatlich Witwerrente iHv 848,54 Euro und Zuschuss zur privaten Krankenversicherung iHv 61,95 Euro). Seit dem 1.3.2018 bezieht der Kläger eine Rente wegen Alters für schwerbehinderte Menschen. Im streitbefangenen Zeitraum hatte der allein lebende Kläger Kosten für Unterkunft und Heizung iHv monatlich insgesamt 1051,45 Euro.

3
Der Kläger war bei der DKV Deutschen Krankenversicherung AG (DKV) privat kranken- und pflegeversichert, allerdings nicht im Basistarif. Seine Krankenversicherungsbeiträge betrugen ab dem 1.4.2017 484,47 Euro monatlich, die Pflegeversicherungsbeiträge 40,35 Euro monatlich. Bis zum 31.8.2016 gewährte der Beklagte dem Kläger einen Zuschuss zu seiner privaten Krankenversicherung iHv monatlich 351 Euro, zwischen dem 1.9.2016 und dem 31.8.2017 iHv monatlich 319,69 Euro.

4
Die DKV teilte dem Beklagten unter anderem mit, welche Höhe der halbierte Beitrag des Basistarifs bei nachgewiesener Hilfebedürftigkeit nach § 152 Abs 4 VAG ab dem 1.1.2016 habe; ab dem 1.1.2017 betrage er 191,84 Euro monatlich (Schreiben vom 8.2.2017). Daraufhin hob der Beklagte die Leistungsbewilligung mit Wirkung ab dem 1.1.2016 teilweise auf (Bescheide vom 19.5.2017 und 3.8.2017).

5
Der Beklagte gewährte dem Kläger für den Zeitraum vom 1.9.2017 bis zum 31.8.2018 Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts iHv insgesamt 812,15 Euro monatlich, inklusive eines Zuschusses zu den Beiträgen zur Krankenversicherung iHv 191,84 Euro monatlich

(Bescheid vom 5.7.2017). Den Widerspruch des Klägers wies der Beklagte zurück (Widerspruchsbescheid vom 25.7.2017).

6
Während des Klageverfahrens hat der Beklagte aufgrund der Änderung des Regelbedarfs dem Kläger für den Zeitraum vom 1.1. bis zum 31.8.2018 Grundsicherungsleistungen in monatlicher Höhe von nunmehr 819,15 Euro und hierbei den Zuschuss zu den Beiträgen zur privaten Krankenversicherung in unveränderter Höhe bewilligt (Änderungsbescheid vom 25.11.2017). Nachdem dem Kläger ab dem 1.3.2018 eine Rente wegen Alters für schwerbehinderte Menschen bewilligt worden war, hat der Beklagte seine Bewilligung mit Wirkung ab dem 1.3.2018 aufgehoben (Bescheid vom 28.11.2017).

7
Das SG hat die Klage abgewiesen (Gerichtsbescheid vom 30.4.2019), das LSG die Berufung des Klägers zurückgewiesen (Urteil vom 20.4.2021).

8
Hiergegen richtet sich die vom Senat zugelassene Revision des Klägers. Er rügt eine Verletzung des § 21 Abs 6 SGB II. Bei dem vom Zuschuss nach § 26 SGB II nicht gedeckten Beitrag zur privaten Krankenversicherung handele es sich um einen im Einzelfall gegebenen besonderen Bedarf, der unabweisbar und seiner Höhe nach erheblich gewesen sei. Ein Wechsel in den Basistarif sei ihm nicht zumutbar gewesen, weil er nahe an der Grenze zum Bezug einer Altersrente gestanden habe. Ein im Mai 2017 oder später vollzogener Wechsel in den Basistarif hätte zur Folge gehabt, dass er dauerhaft und insbesondere auch nach Beginn des Rentenbezugs im Basistarif "gefangen" wäre. Die Erwägungen des Verordnungsgebers in §§ 3 und 6 UnbilligkeitsV zur Unzumutbarkeit einer Inanspruchnahme einer Rente mit Abschlägen seien auf die hiesige Konstellation zu übertragen. Hilfsweise müssten §§ 3 und 6 UnbilligkeitsV analog angewendet werden.

9
Der Kläger beantragt,
das Urteil des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg vom 20. April 2021 und den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Berlin vom 30. April 2019 aufzuheben, sowie den Bescheid des Beklagten vom 5. Juli 2017 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 25. Juli 2017 und in der Fassung des Änderungsbescheids vom 25. November 2017 abzuändern und den Beklagten zu verurteilen, ihm für den Zeitraum vom 1. September 2017 bis 28. Februar 2018 Leistungen nach dem SGB II iHv monatlich weiteren 149,63 Euro zu gewähren und diese an ihn, hilfsweise direkt an die DKV Deutsche Krankenversicherung AG zu zahlen.

10
Der Beklagte beantragt,
die Revision des Klägers zurückzuweisen.

11
Der Beklagte verteidigt die angefochtene Entscheidung des LSG.

II

12
Die Revision des Klägers, über die der Senat aufgrund des Einverständnisses der Beteiligten durch Urteil ohne mündliche Verhandlung entscheiden konnte (§ 124 Abs 2 SGG), ist unbegründet und zurückzuweisen (§ 170 Abs 1 Satz 1 SGG). Das LSG hat die Berufung des Klägers zu Recht zurückgewiesen, nachdem das SG die Klage abgewiesen hatte. Der Kläger hat keinen Anspruch auf höhere Leistungen nach dem SGB II.

13
1. Gegenstand des Revisionsverfahrens ist neben den vorinstanzlichen Entscheidungen der Bescheid des Beklagten vom 5.7.2017 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 25.7.2017 (§ 95 SGG) und in der Fassung des Änderungsbescheids vom 25.11.2017 (§ 96 Abs 1 SGG). Streitgegenständlich ist der Regelbedarf sowie das Bestehen eines Mehrbedarfs nach § 26 Abs 1 Satz 1 SGB II oder § 21 Abs 6 SGB II, da es sich nach der Rechtsprechung des BSG bei diesen Bedarfen nicht um abtrennbare Streitgegenstände handelt (zu § 21 Abs 6 SGB II zuletzt BSG vom 26.1.2022 - B 4 AS 3/21 R - SozR 44200 § 21 Nr 36 RdNr 11 mwN; zu § 26 SGB II zuletzt BSG vom 15.2.2023 B 4 AS 2/22 R RdNr 17 mwN zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen; anders zu § 32 SGB XII BSG vom 10.11.2011 - B 8 SO 21/10 R - BSGE 109, 281 = SozR 43500 § 32 Nr 1, RdNr 12), sowie der Bedarf für Unterkunft und Heizung. Zwar handelt es sich bei dem Bedarf für Unterkunft und Heizung um einen abtrennbaren Streitgegenstand (zuletzt etwa BSG vom 5.8.2021 - B 4 AS 82/20 R - RdNr 13 mwN zur Veröffentlichung in SozR 44200 § 22 Nr 119 vorgesehen); hier würde sich ein Anspruch auf einen Härtefallmehrbedarf wegen des zu berücksichtigenden Einkommens aber auf die Höhe der Leistungen für Unterkunft und Heizung auswirken (vgl § 19 Abs 3 SGB II), was bei sachgerechter Auslegung des Begehrens des Klägers einer Beschränkung des Streitgegenstands entgegensteht. Streitbefangen sind schon aufgrund des entsprechend begrenzten Begehrens nur die Leistungen für den Zeitraum vom 1.9.2017 bis zum 28.2.2018.

14
2. Der Kläger, der nach dem Gesamtzusammenhang der Feststellungen des LSG im streitigen Zeitraum die Leistungsvoraussetzungen des § 7 Abs 1 Satz 1 SGB II erfüllte und bei dem ein Ausschlusstatbestand nicht vorlag, hat keinen Anspruch auf weitere Grundsicherungsleistungen.

15
a) Der Regelbedarf für den allein lebenden Kläger ist in zutreffender Höhe den Bewilligungsbescheiden zugrunde gelegt worden. Er betrug im Jahr 2017 monatlich 409 Euro (§ 20 Abs 1a SGB II iVm § 8 Abs 1 Nr 1 Regelbedarfs-Ermittlungsgesetz vom 22.12.2016, BGBl I 3159) und im Jahr 2018 monatlich 416 Euro (§ 20 Abs 1a SGB II iVm Regelbedarfsstufen-Fortschreibungsverordnung 2018 vom 8.11.2017, BGBl I 3767).

16
b) Ebenso zu Recht hat der Beklagte als Bedarf einen Zuschuss zur privaten Krankenversicherung iHv 191,84 Euro monatlich berücksichtigt.

Dies findet seine Grundlage in § 26 Abs 1 Satz 1 SGB II (in der seit dem 1.1.2017 geltenden Fassung des Gesetzes vom 26.7.2016, BGBl I 1824). Der Kläger hat aufgrund dieser Norm keinen Anspruch auf einen höheren Zuschuss zu seinen Beiträgen zur privaten Krankenversicherung.

17
aa) Gemäß § 26 Abs 1 Satz 1 SGB II wird für Bezieherinnen und Bezieher von Alg II oder Sozialgeld (seit dem 1.1.2023: Bürgergeld), die gegen das Risiko Krankheit bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen im Rahmen von Versicherungsverträgen, die der Versicherungspflicht nach § 193 Abs 3 des VVG genügen, versichert sind, für die Dauer des Leistungsbezugs ein Zuschuss zum Beitrag geleistet; der Zuschuss ist begrenzt auf die Höhe des nach § 152 Abs 4 VAG halbierten Beitrags für den Basistarif in der privaten Krankenversicherung, den Hilfebedürftige zu leisten haben. Gemäß § 152 Abs 1 Satz 1 VAG haben Versicherungsunternehmen mit Sitz im Inland, die die substitutive Krankenversicherung betreiben, einen branchenweit einheitlichen Basistarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe jeweils den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, auf die ein Anspruch besteht, vergleichbar sind. Nach § 152 Abs 3 Satz 1 VAG darf der Beitrag für den Basistarif ohne Selbstbehalt und in allen Selbstbehaltsstufen den Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung nicht überschreiten. Der Beitrag für den Basistarif vermindert sich nach § 152 Abs 4 Satz 1 VAG ua bei Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II für deren Dauer um die Hälfte.

18
Zu Recht sind die Vorinstanzen davon ausgegangen, dass der Anspruch aus § 26 Abs 1 Satz 1 SGB II auf den Betrag begrenzt ist, den der privat krankenversicherte Leistungsberechtigte zu zahlen hätte, wenn er bei seiner privaten Krankenversicherung im Basistarif versichert wäre (zustimmend auch Bittner in Schlegel/Voelzke, jurisPKSGB II, 5. Aufl 2020, § 26 RdNr 38.1; ebenso Rolfs in BeckOGK, § 26 SGB II RdNr 48, Stand 1.2.2023; wohl auch Marschner in Estelmann, SGB II, § 26 RdNr 14, Stand Juni 2019; in diesem Sinne bereits BSG vom 29.4.2015 B 14 AS 8/14 R BSGE 119, 7 = SozR 44200 § 21 Nr 22, RdNr 16). Dieser Beitrag für den Basistarif des Versicherungsunternehmens, bei dem der Kläger versichert war, betrug nach den Feststellungen des LSG 191,84 Euro. In dieser Höhe wurde der Anspruch des Klägers auf einen Zuschuss nach § 26 Abs 1 Satz 1 SGB II bei den streitgegenständlichen Bewilligungen berücksichtigt.

19
Nicht maßgeblich ist hingegen der Betrag, der sich aus der Halbierung des Höchstbeitrags der gesetzlichen Krankenversicherung ergibt, den nach § 152 Abs 3 VAG der Beitrag für den Basistarif nicht überschreiten darf. Dieser hälftige Höchstbeitrag belief sich im Jahr 2017 auf 341,48 Euro (allgemeiner Beitragssatz von 14,6 Prozent gemäß § 241 SGB V in der seit dem 1.1.2015 geltenden Fassung und durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz von 1,1 Prozent gemäß § 242a SGB V in der seit dem 1.8.2014 geltenden Fassung iVm mit der Bekanntmachung des Bundesministeriums für Gesundheit vom 21.10.2016, BAnz AT 27.10.2016 B5 = 682,95 Euro/2 bei einer monatlichen Beitragsbemessungsgrenze von 4350 Euro gemäß § 223 Abs 3 SGB V in der seit dem 1.1.2003 geltenden Fassung iVm § 6 Abs 7 SGB V iVm § 4 Abs 2 der Sozialversicherungs-Rechengrößenverordnung 2017, BGBl I 2016, 2665) und im Jahr 2018 auf 345,15 Euro (allgemeiner Beitragssatz von 14,6 Prozent gemäß § 241 SGB V in der seit dem 1.1.2015 geltenden Fassung und durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz von 1,0 Prozent gemäß § 242a SGB V in der seit dem 1.8.2014 geltenden Fassung iVm mit der Bekanntmachung des Bundesministeriums für Gesundheit vom 23.10.2017, BAnz AT 26.10.2017 B3 = 690,30 Euro/2 bei einer monatlichen Beitragsbemessungsgrenze von 4425 Euro gemäß § 223 Abs 3 SGB V in der seit dem 1.1.2003 geltenden Fassung iVm § 6 Abs 7 SGB V iVm § 4 Abs 2 der Sozialversicherungs-Rechengrößenverordnung 2018, BGBl I 2017, 3778). § 152 Abs 4 VAG, auf den § 26 Abs 1 Satz 1 SGB II Bezug nimmt, regelt nicht den Höchstbeitrag, den ein privates Krankenversicherungsunternehmen für den Basistarif verlangen darf dieser ist abschließend in § 152 Abs 3 VAG normiert , sondern den vom Versicherten individuell zu leistenden Beitrag. Dieser auf das Individuum bezogene Charakter des § 152 Abs 4 VAG wird nicht zuletzt dadurch deutlich, dass er in seinem Halbsatz 2 auch den Nachweis der Hilfebedürftigkeit im Einzelfall regelt. Daraus ergibt sich, dass § 152 Abs 4 VAG nicht die Höhe des zulässigen Höchstbeitrags halbieren soll, sondern die Höhe des vom Hilfebedürftigen individuell zu tragenden Beitrags.

20
Auch in den Gesetzesmaterialien zu § 26 Abs 1 Satz 1 SGB II wird ausgeführt, dass der Zuschuss "auf den halbierten Beitrag für den Basistarif, den Hilfebedürftige im Sinne des SGB II für eine Absicherung im bundesweit einheitlichen Basistarif der privaten Krankenversicherung im Einzelfall zu leisten haben" begrenzt bleibt (Begründung des Gesetzentwurfs der Bundesregierung, BTDrucks 18/8041, S 43 Hervorhebung hinzugefügt), also nicht auf den halbierten Betrag des nach § 152 Abs 3 VAG möglichen Höchstbeitrags.

21
bb) Der Senat lässt offen, ob der Anspruch nach § 26 Abs 1 Satz 1 SGB II dem Grunde und der Höhe nach davon abhängig ist, ob der SGB II-Leistungsträger den Hilfebedürftigen hinsichtlich des Wechsels in den Basistarif beraten hat. Insofern ist beachtlich, dass die Norm die Höhe des Anspruchs begrenzt, ohne dies von zusätzlichen Voraussetzungen abhängig zu machen. Während etwa § 22 Abs 1 Satz 1 SGB II die grundsätzliche Übernahme der tatsächlichen Kosten anordnet und den Anspruch in einem zweiten Schritt unter bestimmten Voraussetzungen auf die angemessenen Kosten beschränkt, sodass sich die Frage der Kostensenkung stellt, begrenzt § 26 Abs 1 Satz 1 SGB II den Anspruch von vorneherein betragsmäßig (vgl BSG vom 16.10.2012 B 14 AS 11/12 R SozR 44200 § 26 Nr 3 RdNr 25). Auch eine Karenzzeit sieht § 26 Abs 1 Satz 1 SGB II anders als § 22 Abs 1 Satz 3 SGB II nicht vor. Soweit das BSG eine Beratungspflicht des SGB II-Leistungsträgers im Kontext von privaten Krankenversicherungsunternehmen angenommen hat, geschah dies mit Blick auf Tarife mit Selbstbehalt und zudem im Rahmen des Tatbestandsmerkmals "unabweisbar" in § 21 Abs 6 SGB II (BSG vom 29.4.2015 B 14 AS 8/14 R BSGE 119, 7 = SozR 44200 § 21 Nr 22, RdNr 20 ff). Ein solches Tatbestandsmerkmal enthält § 26 Abs 1 Satz 1 SGB II nicht. Hierauf kommt es aber letztlich nicht an, weil der Kläger jedenfalls aufgrund des Bescheids vom 19.5.2017 wusste, dass er Anspruch nur auf Übernahme der Kosten des hälftigen Basistarifs bei seiner privaten Krankenversicherung hat und daher jedenfalls bis zum Beginn des streitbefangenen Zeitraums in diesen Tarif hätte wechseln können.

22
cc) § 26 Abs 1 Satz 1 SGB II stellt die Begrenzung des Beitragszuschusses auch nicht unter den Vorbehalt, dass dem Leistungsberechtigten ein Wechsel in den Basistarif zumutbar ist. Für eine solche Einschränkung gibt der Normwortlaut nichts her (vgl zu § 12 Abs 1c Satz 1 und 4 VAG aF, § 204 Abs 1 Satz 1 Nr 1 Buchst b VVG aF BSG vom 16.10.2012 B 14 AS 11/12 R SozR 44200 § 26 Nr 3 RdNr 24).

23
Dass es nach dem Willen des Gesetzgebers des Jahres 2020 hierauf nicht ankommt, ergibt sich im Übrigen im Umkehrschluss aus der

Neufassung des § 204 Abs 2 VVG mit Wirkung zum 23.5.2020 (durch Art 6 Nr 1 des Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 19.5.2020, BGBl I 1018). Nunmehr besteht für Versicherungsnehmer, die aufgrund bestehender Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II oder des SGB XII nach dem 15.3.2020 in den Basistarif nach § 152 VAG gewechselt sind, und deren Hilfebedürftigkeit innerhalb von zwei Jahren nach dem Wechsel endet, ein Anspruch auf Fortsetzung des Versicherungsvertrags in dem dem Wechsel vorhergehenden Tarif, wenn der Betroffene dies innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Hilfebedürftigkeit in Textform vom Versicherer verlangt. Der Gesetzgeber ging dabei von der Prämisse aus, dass die privat Krankenversicherten in ihrem bisherigen Versicherungstarif verbleiben können und nicht in den Basistarif ihres Versicherungsunternehmens wechseln müssen, um einen Zuschuss zu erhalten. U?bersteige allerdings der monatliche Beitrag im bisherigen Tarif den halbierten Beitrag, der bei Hilfebedu?rftigkeit im Basistarif zu zahlen sei, entstehe entweder eine Finanzierungslu?cke zulasten des Versicherungsnehmers, die er selbst zu schließen habe, oder er müsse in den Basistarif seines Versicherungsunternehmens wechseln (siehe die Begründung des Gesetzentwurfs vom 5.5.2020, BTDrucks 19/18967, S 78 auch zum Folgenden). § 204 Abs 1 VVG habe bislang nur ein erschwertes Ru?ckkehrrecht aus dem Basistarif in einen anderen Tarif vorgesehen. Insbesondere könne das Versicherungsunternehmen eine erneute Gesundheitspru?fung als Voraussetzung für den Ru?ckwechsel in den vorherigen Tarif machen. Gerade bei langjährig Versicherten könne dies bei der Neuberechnung der Pra?mienho?he de facto zu einem Ausschluss der Ru?ckwechseloption in ihren vorherigen Tarif führen. Um Personen, die aufgrund einer vorübergehenden finanziellen Notsituation hilfebedu?rftig geworden sind und die ihre Hilfebedu?rftigkeit überwinden konnten, zu stärken, werde daher das Wechselrecht in den vorherigen Tarif deutlich verbessert. Das Ru?ckkehrrecht gelte dabei nicht für Bestandsfa?lle im Basistarif.

24
Dieser Regelung hätte es nicht bedurft, wenn bereits bislang die Frage der Zumutbarkeit des Wechsels in den Basistarifs für den Fall der Hilfebedürftigkeit von Bedeutung gewesen wäre. Zwar kann in der Neufassung des § 204 VVG und den dahinterstehenden Motiven des Gesetzgebers keine authentische Interpretation des § 26 SGB II in der für den hier streitigen Zeitraum maßgeblichen Fassung liegen (vgl BVerfG vom 21.7.2010 1 BvL 11/06 ua BVerfGE 126, 369 [392] = SozR 45050 § 22b Nr 9 RdNr 73). Es sind aber keinerlei Anhaltspunkte dafür ersichtlich, dass der Gesetzgeber des § 26 SGB II eine andere Regelungsintention gehabt hätte oder die Auffassung des Gesetzgebers des § 204 VVG nF fehlsam wäre. Insbesondere liegt kein Fall vor, in dem der Gesetzgeber auf eine bestimmte Rechtsprechung sei es (teilweise) positivierend, sei es (teilweise) korrigierend reagiert hat und deswegen eine besonders zu würdigende Motivlage gegeben wäre, bei der aus dem Tätigwerden des Gesetzgebers nicht ohne Weiteres ein Auslegungsargument für die vorherige Normfassung gewonnen werden könnte.

25
Dass der Kläger von der Neuregelung nicht profitiert, ist Folge der Stichtagsregelung. Es ist dem Gesetzgeber auch verfassungsrechtlich nicht verwehrt, zur Regelung bestimmter Sachverhalte Stichtage einzuführen, auch wenn jeder Stichtag unvermeidlich gewisse Härten mit sich bringt (siehe BVerfG [Kammer] vom 20.4.2016 2 BvR 1488/14 juris RdNr 17 mwN auch zum Folgenden). Voraussetzung ist allerdings, dass sich die Einführung des Stichtags und die Wahl des Zeitpunkts am gegebenen Sachverhalt orientieren und damit vertretbar sind. Anhaltspunkte, dass die in Anlehnung an die Ausbreitung des Covid 19-Virus in Deutschland erfolgte Wahl des 15.3.2020 sachwidrig wäre, liegen nicht vor.

26
dd) Dass der Gesetzgeber Leistungsberechtigte mit dieser Konzeption faktisch (nicht rechtlich zwingend) darauf verweist, den Basistarif ihrer privaten Krankenversicherung in Anspruch zu nehmen, unterliegt keinen durchgreifenden (verfassungs-)rechtlichen Bedenken. Denn auch dieser garantiert nach dem oben Gesagten eine Versorgung auf dem Niveau der gesetzlichen Krankenversicherung, wie es dem größten Teil der inländischen Bevölkerung zur Verfügung steht. Dass dies das Grundrecht auf ein menschenwürdiges Existenzminimum nicht gewährleisten könnte, erscheint fernliegend (in diesem Sinne schon BSG vom 16.10.2012 B 14 AS 11/12 R SozR 44200 § 26 Nr 3 RdNr 24).

27
ee) Einen höheren Anspruch kann der Kläger auch mit Hinweis auf die ursprüngliche Höhe der Bewilligungen bis zum Mai 2017 nicht auf Vertrauensschutzgesichtspunkte stützen. Solche bilden isoliert keine Anspruchsgrundlage, sondern verwirklichen sich allein in den insofern geregelten Tatbeständen (insbesondere §§ 45 ff SGB X).

28
c) Der Kläger hat auch keinen Anspruch auf einen Härtefallmehrbedarf aus § 21 Abs 6 SGB II. Der Anwendungsbereich der Norm ist nicht eröffnet; § 26 Abs 1 Satz 1 SGB II ist vorrangig.

29
aa) § 21 Abs 6 SGB II ist nicht anwendbar, wenn es um Bedarfe geht, die der Gesetzgeber außerhalb des Regelbedarfs in einer gesonderten Norm geregelt hat (so bereits BSG vom 12.5.2021 B 4 AS 88/20 R SozR 44200 § 21 Nr 35 RdNr 18 mwN). § 21 Abs 6 SGB II dient dazu, Bedarfe zu erfassen, die aufgrund ihres individuellen Charakters bei der pauschalierenden Regelbedarfsbemessung der Art oder der Höhe nach nicht erfasst werden können (vgl BVerfG vom 9.2.2010 1 BvL 1/09 BVerfGE 125, 175 [252 ff] = SozR 44200 § 20 Nr 12 RdNr 204 ff; Beschlussempfehlung und Bericht des Haushaltsausschusses des Bundestages, BT-Drucks 17/1465, S 8; zuletzt BSG vom 26.1.2022 B 4 AS 3/21 R SozR 44200 § 21 Nr 36 RdNr 14 mwN). An der Notwendigkeit und damit an der Rechtfertigung für einen Rückgriff auf die Härtefallklausel fehlt es, wenn der Gesetzgeber die Deckung bestimmter Bedarfe wie hier außerhalb des Regelbedarfs festgelegt hat.

30
Dies steht nicht im Widerspruch zum Urteil des BSG vom 29.4.2015 (B 14 AS 8/14 R BSGE 119, 7 = SozR 44200 § 21 Nr 22). Das BSG nahm hier an, dass sich § 26 Abs 2 Satz 1 Nr 1 SGB II aF nicht auf Aufwendungen erstreckt, die in den in der privaten Krankenversicherung vereinbarten Selbstbehalt von SGB II-Leistungsbeziehern fallen (aaO, RdNr 13; zu § 26 SGB II nF RdNr 18), sodass deswegen § 21 Abs 6 SGB II nicht durch § 26 SGB II verdrängt wurde. Die hier streitigen Zuschüsse zu Versicherungsbeiträgen sind dagegen in § 26 SGB II abschließend geregelt.

31
bb) Vor diesem Hintergrund kommt es auf die vom Kläger aufgeworfene Frage, ob und in welcher Weise die Regelungen der §§ 3 und 6 UnbilligkeitsV bei der Anwendung des § 21 Abs 6 SGB II im hiesigen Kontext zu berücksichtigen sind, nicht an. Insoweit weist der Senat aber

darauf hin, dass die UnbilligkeitsV lediglich die Ausnahmetatbestände regelt, unter denen Leistungsberechtigte nach Vollendung des 63. Lebensjahrs ausnahmsweise zur Vermeidung von Unbilligkeiten nicht verpflichtet sind, eine Rente wegen Alters vorzeitig in Anspruch zu nehmen. Ihre Tatbestandsvoraussetzungen sind abschließend (BSG vom 24.6.2020 B 4 AS 12/20 R juris RdNr 20; BSG vom 22.9.2022 B 4 AS 60/21 R RdNr 18 zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen); entsprechendes gilt für die angeordnete Rechtsfolge.

32
Die UnbilligkeitsV beruht im Übrigen auf der Ermächtigungsgrundlage des § 13 Abs 2 SGB II, wonach das BMAS ermächtigt wird, ohne Zustimmung des Bundesrates durch Rechtsverordnung zu bestimmen, unter welchen Voraussetzungen und für welche Dauer Leistungsberechtigte nach Vollendung des 63. Lebensjahres ausnahmsweise zur Vermeidung von Unbilligkeiten nicht verpflichtet sind, eine Rente wegen Alters vorzeitig in Anspruch zu nehmen. Schon diese wegen Art 80 Abs 1 Satz 2 GG notwendigerweise begrenzte (vgl dazu etwa BVerfG vom 19.9.2018 2 BvF 1/15, 2 BvF 2/15 BVerfGE 150, 1 [99, RdNr 199 ff]) Ermächtigung, schließt es aus, die UnbilligkeitsV analog auf die hiesige Thematik anzuwenden. Die Vorgabe des Art 80 Abs 1 Satz 2 GG würde jedenfalls dann unterlaufen, wenn Regelungen einer Rechtsverordnung auf Sachverhalte analog angewendet würden, die von der Ermächtigung zum Erlass der Rechtsverordnung gar nicht erfasst werden. Die Befugnis der rechtsprechenden Gewalt zur Rechtsfortbildung reicht jedenfalls nicht weiter als die durch die Ermächtigungsgrundlage begrenzte Normgebungsbefugnis des Verordnungsgebers (vgl auch BFH vom 16.9.1976 V B 74/75 BFHE 120, 92 [94 f] = juris RdNr 10). Im Übrigen kann eine analoge Anwendung allenfalls bewirken, dass eine im Gesetz vorgesehene Rechtsfolge auf einen im Gesetz nicht geregelten, aber gleich gelagerten Sachverhalt erstreckt wird (vgl dazu BSG vom 3.11.2021 B 11 AL 2/21 R SozR 44300 § 131a Nr 1 RdNr 23 f; BSG vom 25.5.2022 B 11 AL 29/21 R SozR 44300 § 131a Nr 3 RdNr 19). §§ 3 und 6 UnbilligkeitsV begründen aber keine Leistungsansprüche, wie sie der Kläger hier geltend macht.

33
d) Der Beklagte hat zu Recht einen Bedarf des Klägers in Gestalt eines Zuschusses zur privaten Pflegeversicherung iHv monatlich 40,35 Euro berücksichtigt; Rechtsgrundlage hierfür ist § 26 Abs 3 Satz 1 SGB II. Danach wird für Bezieherinnen und Bezieher von Alg II oder Sozialgeld (seit dem 1.1.2023: Bürgergeld), die gegen das Risiko Pflegebedürftigkeit bei einem privaten Versicherungsunternehmen in Erfüllung ihrer Versicherungspflicht nach § 23 SGB XI versichert sind, für die Dauer des Leistungsbezugs ein Zuschuss zum Beitrag der privaten Pflegeversicherung geleistet; der Zuschuss ist begrenzt auf die Hälfte des Höchstbeitrags in der sozialen Pflegeversicherung. Dieser monatliche Höchstbeitrag betrug im Jahr 2017 110,93 Euro (Beitragssatz von 2,55 Prozent gemäß § 55 Abs 1 Satz 1 SGB XI in der vom 1.1.2017 bis 31.12.2018 geltenden Fassung bei einer Beitragsbemessungsgrenze von 4350 Euro gemäß § 55 Abs 2 SGB XI in der vom 1.1.2017 bis 31.12.2018 geltenden Fassung iVm § 6 Abs 7 SGB V iVm § 4 Abs 2 der Sozialversicherungs-Rechengrößenverordnung 2017, BGBl I 2016, 2665) und im Jahr 2018 112,84 Euro (Beitragssatz von 2,55 Prozent gemäß § 55 Abs 1 Satz 1 SGB XI in der vom 1.1.2017 bis 31.12.2018 geltenden Fassung bei einer Beitragsbemessungsgrenze von 4425 Euro gemäß § 55 Abs 2 SGB XI in der vom 1.1.2017 bis 31.12.2018 geltenden Fassung iVm § 6 Abs 7 SGB V iVm § 4 Abs 2 der Sozialversicherungs-Rechengrößenverordnung 2018, BGBl I 2017, 3778), sodass dessen Hälfte 55,47 Euro bzw 56,42 Euro betrug. Die tatsächlichen Beitragskosten des Klägers lagen mit 40,35 Euro darunter und waren daher in voller Höhe zu berücksichtigen.

34
e) Nach dem Gesamtzusammenhang der Feststellungen des LSG war zudem ein Bedarf für Unterkunft und Heizung iHv monatlich 1051,45 Euro zu berücksichtigen (§ 22 Abs 1 Satz 1 SGB II).

35
f) Von dem so ermittelten Bedarf (September bis Dezember 2017: 1692,64 Euro monatlich; Januar und Februar 2018: 1699,64 Euro monatlich) des Klägers hat der Beklagte zu Recht dessen Witwerrente iHv 848,54 Euro abzüglich der Versicherungspauschale iHv 30 Euro (§ 11b Abs 1 Satz 1 Nr 3 SGB II iVm § 6 Abs 1 Nr 1 Alg II-V) als zu berücksichtigendes Einkommen abgezogen. Auch der Zuschuss der Rentenversicherung zur privaten Krankenversicherung iHv 61,95 Euro ist vom Bedarf insgesamt abzuziehen; er reduziert nicht spezifisch den Anspruch aus § 26 Abs 1 Satz 1 SGB II (vgl BSG vom 16.10.2012 B 14 AS 11/12 R SozR 44200 § 26 Nr 3 RdNr 15, 36). Der vom Zuschuss nicht gedeckte Teil der Kosten der privaten Krankenversicherung stellt auch keine Abzugsposition nach § 11b Abs 1 Satz 1 Nr 3 SGB II dar (BSG vom 16.10.2012 B 14 AS 11/12 R SozR 44200 § 26 Nr 3 RdNr 44 ff zu § 11 Abs 2 Satz 1 Nr 3 SGB II aF; vgl auch BSG vom 1.6.2010 B 4 AS 67/09 R SozR 44200 § 11 Nr 28 RdNr 23). Hieraus ergibt sich ein monatlicher Anspruch iHv 812,15 Euro (September bis Dezember 2017) bzw 819,15 Euro (Januar und Februar 2018). Dies entspricht den Bewilligungen in den streitgegenständlichen Bescheiden.

36
3. Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Abs 1 Satz 1, Abs 4 SGG.

Rechtskraft
Aus
Saved
2023-09-06