

## L 4 SO 93/13

Land

Hamburg

Sozialgericht

LSG Hamburg

Sachgebiet

Sozialhilfe

Abteilung

4

1. Instanz

SG Hamburg (HAM)

Aktenzeichen

S 52 SO 52/11

Datum

30.09.2013

2. Instanz

LSG Hamburg

Aktenzeichen

L 4 SO 93/13

Datum

15.04.2015

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Bewilligungsbescheide über Folgezeiträume stellen keine Abänderung eines vorangegangenen Bewilligungsbescheides i.S.v. [§ 86 SGG](#) dar.

2. Auch eine analoge Anwendung des [§ 86 SGG](#) auf Bescheide, die Folgezeit-räume betreffen, kommt jedenfalls in Fällen, in denen die fraglichen Bescheide zeitlich nach Inkrafttreten der Änderung des [§ 96 SGG](#) zum 1. April 2008 ergangen sind, nicht in Betracht (Abgrenzung zu BSG, Urt. v. 17.6.2008 - [B 8 AY 11/07 R](#); v. 14.4.2011 - [B 8 SO 12/09 R](#); v. 9.6.2011 - [B 8 SO 11/10 R](#)).

Bemerkung

. Die Entscheidung ist inzwischen mit der Revision angegriffen und unter dem Az.: [B 8 SO 14/15 R](#) beim BSG anhängig.

Beim BSG anhängig Az.: [B 8 SO 14/15 R](#)

Die Berufung wird als unzulässig verworfen. Die Beklagte trägt die notwendigen außergerichtlichen Kosten der Klägerin. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darüber, in welcher Höhe die Beiträge für die private Krankenversicherung der Klägerin von der Beklagten zu übernehmen sind.

Die 1962 geborene Klägerin leidet seit 1999 an einer rezidivierenden depressiven Störung, einer posttraumatischen Belastungsstörung und einer Borderline-Persönlichkeits-störung; seit April 2000 ist sie deswegen nicht mehr berufstätig. Sie ist seit 1987 zu einem individuell auf sie abgestimmten Tarif privat krankenversichert bei der S. Krankenversicherung a.G.

Im Dezember 2003 beantragte die Klägerin Leistungen der Sozialhilfe bei der Beklagten. Die Beklagte bewilligte laufende Hilfe zum Lebensunterhalt, lehnte mit Bescheid vom 29. Dezember 2003 aber die Übernahme des Beitrags zur privaten Krankenversicherung ab, der damals monatlich 553,25 Euro monatlich betrug. Zur Begründung führte sie aus, Beiträge zur privaten Krankenversicherung könnten nur dann übernommen werden, wenn sie nicht höher seien als der Beitrag für freiwillig Versicherte einer gesetzlichen Krankenversicherung; eine Abweichung hiervon sei maximal bis zu 10% möglich. Die Klägerin erhob hiergegen Widerspruch und legte ein Attest des behandelnden Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. S. vor. Dieser führte aus, er halte es für ärztlich geboten, alle Möglichkeiten auszuschöpfen, der Klägerin den Verbleib in ihrer privaten Krankenversicherung zu ermöglichen. Wenn sie gezwungen wäre, ihre Krankenversicherung zu verlassen, wäre ihr nach Besserung ihrer Lebensverhältnisse ein Wiedereintritt nur unter ungleich höheren und im Zweifel nicht finanzierbaren Kosten möglich. Zudem befinde sie sich in verschiedenen fachärztlichen Behandlungen, deren Fortführung bei Kündigung der privaten Krankenversicherung gefährdet wäre bzw. dann erhebliche finanzielle Eigenbeteiligungen erfordern würde. Psychiatrisch wäre der bisherige Umfang häuslicher Betreuung durch einen ambulanten Pflegedienst mit einer gesetzlichen Krankenversicherung nicht mehr zu leisten, sodass dann vermutlich wieder mehr stationäre Behandlungen erforderlich würden. Die Klägerin übersandte ferner ein Attest von Dr. B., Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin im Krankenhaus G ... Dieser teilte mit, dass die Klägerin seit 2000 neunmal stationär im Krankenhaus G. behandelt worden sei. Aufgrund der Privatversicherung habe sie besondere Behandlungsmaßnahmen wahrnehmen können, die für sie - insbesondere angesichts immer wieder bestehender suizidaler Phasen - sehr wichtig seien. Bei einer gesetzlichen Versicherung sei ein derartig umfassendes therapeutisches Netz nicht möglich. Mit Bescheid vom 28. Dezember 2004 half die Beklagte dem Widerspruch ab und übernahm den Beitrag zur privaten Krankenversicherung in voller Höhe.

Im Zeitraum vom 1. Januar 2005 bis zum 31. August 2005 bezog die Klägerin Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch. Ab September 2005 erhielt sie Leistungen der Grundsicherung bei Erwerbsminderung von der Beklagten, die Beiträge für die private Krankenversicherung wurden in diesem Rahmen vollständig übernommen.

Mit Schreiben vom 29. September 2009 wies die Beklagte die Klägerin darauf hin, dass sie grundsätzlich nur noch private Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge für eine Versicherung in dem zum 1. Januar 2009 eingeführten Basistarif übernehme. Der Klägerin werde deshalb empfohlen, spätestens bis zum 31. Dezember 2009 in den Basistarif zu wechseln; nach Ablauf dieser Frist würden Beiträge nur noch entsprechend dem Basistarif übernommen. Die Klägerin bat die Beklagte mit Schreiben vom 18. Oktober 2009, angesichts der besonderen Umstände weiterhin die vollen Beiträge zur Krankenversicherung zu übernehmen. Dies tat die Beklagte zunächst auch. Der Beitrag zur Krankenversicherung betrug ab Januar 2010 monatlich 700,16 Euro.

Am 28. Oktober 2010 schrieb die Beklagte die Klägerin erneut an und teilte mit, sie sei nach umfangreicher Prüfung zu dem Ergebnis gekommen, dass für die Klägerin keine Einzelfallentscheidung zu treffen sei, sondern auch für sie nur die Kosten bis zur Höhe des Basistarifs übernommen werden könnten. Der Klägerin werde daher empfohlen, bis spätestens 1. Dezember 2010 zu wechseln; nach Ablauf dieser Frist würden Beiträge nur noch entsprechend dem Basistarif übernommen.

Die Klägerin nahm hierzu mit Schreiben vom 22. November 2010 Stellung und teilte mit, ein Wechsel in den Basistarif wäre mit der Gefahr einer massiven Verschlechterung ihres Gesundheitszustands verbunden. Die laufende medizinische Behandlung sei dann nicht mehr gewährleistet, da der Basistarif diese nicht abdecke. Im Basistarif sei eine freie Arztwahl im Krankenhaus nicht möglich; diese sei für sie jedoch aufgrund schlechter Erfahrungen mit Ärzten extrem wichtig. Ferner würden im Basistarif viele der Medikamente, die sie jetzt einnehme und auf die sie angewiesen sei, nicht übernommen. Die Klägerin übersandte außerdem zwei Atteste des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. F. vom 8. Oktober 2009 und vom 15. November 2010. Dieser führte aus, die Klägerin werde im Krankenhaus G. durch den Oberarzt Dr. B. behandelt. Eine Fortsetzung dieser Behandlung sei bei der schwer erkrankten Klägerin unbedingt erforderlich, bei einem Wechsel in den Basistarif aber nicht mehr möglich. Die Klägerin sei ferner auf eine freie Auswahl ihrer Behandler im Krankenhaus, auf eine Unterbringung im Einbettzimmer, auf verlässliche Absprachen mit den Behandlern und eine verlässliche ambulante Traumatherapie angewiesen. Im Basistarif sei die Vergütung auf den 1,2fachen Satz begrenzt; zu diesem Satz würde sich aber kein Psychotherapeut zur Behandlung bereitfinden. Ferner nahm Herr Horst vom Gesundheitsamt der Beklagten, Sozialpsychiatrischer Dienst, am 23. Juni 2010 Stellung und legte dar, dass im Rahmen des Basistarifs die immer wieder notwendige fachpsychiatrische Krankenpflege nicht im bisher geleisteten Umfang gewährt würde. Ferner wäre im Basistarif kein Einzelzimmer möglich, das sei aber Voraussetzung, damit sich die Klägerin überhaupt auf eine Therapie einlasse. Außerdem würde die Klägerin störungsbedingt den Wechsel in den Basistarif als zutiefst existenziell bedrohlich erleben, es seien eine massive psychische Dekompensation und akute Suizidalität zu befürchten.

Die Klägerin blieb auch in der Folgezeit in ihrem bisherigen Tarif und wechselte nicht in den Basistarif.

Mit Bescheid vom 24. November 2010 gewährte die Beklagte der Klägerin Leistungen der Grundsicherung für den Zeitraum vom 1. Dezember 2010 bis zum 31. Dezember 2010, wobei sie einen Beitrag zur Krankenversicherung in Höhe von 295,02 Euro berücksichtigte. Unter der Überschrift "Bewilligungszeitraum" heißt es: "Die Bewilligung gilt nur für den angegebenen Zeitraum. Nach Ablauf des Bewilligungszeitraums müssen Sie aber keinen neuen Antrag stellen, da das weitere Vorliegen der Voraussetzungen für Leistungen nach den Bestimmungen des zwölften Sozialgesetzbuches (SGB XII) von Amts wegen überprüft werden wird."

Die Klägerin erhob mit Schreiben vom 26. November 2010 Widerspruch. Sie beantragte, eine amtsärztliche Stellungnahme nach Aktenlage einzuholen, und reichte weitere Atteste von Dr. F. ein.

Am 21. Dezember 2010 bewilligte die Beklagte der Klägerin Leistungen der Grundsicherung für den Zeitraum vom 1. Januar 2011 bis zum 31. Dezember 2011, wiederum unter Berücksichtigung eines Krankenversicherungsbeitrags in Höhe von 295,02 Euro. In dem Bescheid wird ferner ausgeführt: "Der Bescheid vom 24.11.2010 wird gem. [§ 48 \(1\) S. 1 SGB X](#) mit Wirkung ab dem 01.01.2011 aufgehoben, da in den tatsächlichen Verhältnissen, die bei Erlass eines Verwaltungsaktes vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eingetreten ist." In der Rechtsbehelfsbelehrung wird auf die Möglichkeit eines Widerspruchs hingewiesen.

Mit Widerspruchsbescheid vom 12. Januar 2011 wies die Beklagte den Widerspruch gegen den Bescheid vom 24. November 2010 zurück. Zur Begründung führte sie aus, die Klägerin habe keinen Anspruch auf Übernahme des vollen Krankenversicherungsbeitrags. Gemäß [§ 32 Abs. 5 SGB XII](#) würden, sofern eine Krankenversicherung bei einem Versicherungsunternehmen bestehe, die Beiträge für die Kranken- und Pflegeversicherung übernommen, soweit sie angemessen und die Voraussetzungen des [§ 19 Abs. 1 SGB XII](#) erfüllt sind. Bestehe die Leistungsberechtigung voraussichtlich nur für kurze Dauer, könnten zur Aufrechterhaltung einer Krankenversicherung auch höhere Aufwendungen übernommen werden. Die Beiträge für eine private Krankenkasse seien dann angemessen, wenn der Beitragssatz nicht wesentlich höher liege als für freiwillig Versicherte einer gesetzlichen Krankenversicherung und die Versicherung zu gleichen Leistungen wie die gesetzliche Krankenversicherung berechtige. Dies sei beim Basistarif der Fall. Der Beitrag für die private Krankenversicherung der Klägerin übersteige jedoch den Beitrag für den Basistarif in Höhe von 295,02 Euro um gut 130%. Der Hilfebezug sei auch nicht nur kurzfristig. Hinsichtlich der ggf. erforderlichen Maßnahmen nach den Vorschriften über die Eingliederungshilfe, deren Kosten nicht von der Krankenversicherung im Basistarif übernommen würden, könne unter Umständen eine Kostenübernahme durch die Beklagte erfolgen.

Am 27. Januar 2011 hat die Klägerin Klage zum Sozialgericht erhoben. Sie hat ihr Vorbringen aus dem Widerspruchsverfahren wiederholt und ergänzend ausgeführt, es sei zwingend erforderlich, dass sie ihre begonnenen Therapien weiterführe. Andernfalls würde sie dauerhaft arbeitsunfähig bleiben und eine Wiedereingliederung könne nicht erreicht werden; die hieraus entstehenden Kosten seien bei weitem höher als der monatliche Beitrag zum jetzigen Krankenversicherungstarif. Sie hat zahlreiche ärztliche Atteste und Bescheinigungen eingereicht, die teilweise identisch mit denen sind, die im Laufe des Verwaltungs- bzw. Widerspruchsverfahrens vorgelegt wurden, ferner eine genaue Übersicht über die Leistungen in ihrem jetzigen Tarif im Vergleich zu denen des Basistarifs sowie einen ausführlichen Bericht über ihren Krankheitsverlauf. Die Klägerin hat weiter vorgetragen, bislang habe sie mit Hilfe von Darlehen ihrer Eltern und Freunde die Kosten für ihre Krankenversicherung tragen können.

Mit weiterem Leistungsbescheid vom 10. Februar 2011 hat die Beklagte der Klägerin Leistungen der Grundsicherung für den Zeitraum vom

1. März 2011 bis zum 29. Februar 2012 in gleicher Höhe wie mit dem Bescheid vom 21. Dezember 2010 bewilligt.

Das Sozialgericht hat eine gutachterliche Stellungnahme von Dr. F. eingeholt. Dieser hat ausgeführt, dass in und außerhalb H. mehrere Einrichtungen existierten, die für die von der Klägerin benötigte Traumatherapie in Betracht kämen. Es sei hilfreich, wenn die Therapie von einem Arzt durchgeführt werde, der diese bereits in der Vergangenheit durchgeführt habe. Im Falle der Klägerin sei es letztlich nur Dr. B. gelungen, eine tragfähige Beziehung zu ihr zu entwickeln. Dr. B. sei daher der einzige Arzt, der für eine Fortsetzung der Therapie in Frage käme. Die von der Klägerin benötigte Therapie werde vom Leistungsumfang des Basistarifs einer privaten Krankenversicherung nicht abgedeckt. Im Basistarif werde lediglich der 1,2fache Satz übernommen. Dieser liege bei der Psychotherapie noch unter dem, was von der gesetzlichen Krankenversicherung gezahlt werde. Er sei überzeugt, dass die Klägerin zum 1,2fachen Satz nicht im Krankenhaus G. aufgenommen und von Dr. B. nicht behandelt würde.

Mit Urteil vom 30. September 2013 hat das Sozialgericht der Klage stattgegeben und die Beklagte unter Änderung des Bescheids vom 24. November 2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 12. Januar 2011 verpflichtet, die Kosten der privaten Kranken- und Pflegeversicherung in der Höhe zu übernehmen, wie sie sich aus dem Versicherungsschein ergeben.

Zur Begründung hat das Sozialgericht ausgeführt, ein Anspruch ergebe sich aus [§ 32 Abs. 5 Satz 1 SGB XII](#). Zwar seien grundsätzlich nur solche Beiträge zur privaten Krankenversicherung zu übernehmen, die dem Basistarif entsprechen. Eine Abweichung hiervon sei jedoch möglich, wenn der Versicherte substantiiert vortrage, dass und aufgrund welcher konkreten Umstände und gesundheitlichen Gründe er auf weitergehende Leistungen angewiesen sein könnte, die vom Basistarif nicht erfasst sind. Dies sei bei der Klägerin der Fall. Aufgrund ihrer außergewöhnlichen Erkrankung sei sie auf die Behandlung durch einen bestimmten Therapeuten – nämlich Dr. B. – angewiesen, die im Rahmen des Basistarifs nicht möglich sei. Auch weitere Vorzüge des jetzigen Tarifs gegenüber dem Basistarif, insbesondere die freie Arztwahl im Krankenhaus und die Möglichkeit der Unterbringung im Einzelzimmer, seien für die Klägerin von besonderer Bedeutung.

Gegen das ihr am 31. Oktober 2013 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 21. November 2013 Berufung eingelegt. Sie wiederholt ihr Vorbringen aus dem erstinstanzlichen Verfahren und führt ergänzend aus, das Sozialgericht habe nicht geklärt, ob die Behandlung durch Dr. B. nur auf der Grundlage der bestehenden Krankenversicherung oder auch im Basistarif möglich sei. Insoweit enthalte das Urteil nur eine nicht belegte Behauptung.

Die Beklagte beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 30. September 2013 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Sie bezieht sich auf die Ausführungen im erstinstanzlichen Urteil. Auf die Nachfrage des Senats, ob in der Zwischenzeit erneut eine stationäre Behandlung im Krankenhaus G. bei Dr. B. erfolgt sei bzw. ob eine solche konkret geplant sei, hat die Klägerin eine Stellungnahme von Dr. F. vom 22. September 2014 eingereicht. Dieser teilt mit, dass eine stationäre Traumatherapie im G. unter Leitung von Dr. B. angestrebt werde. Die Klägerin sei bisher aber nicht ausreichend stabil, um die Retraumatisierung im Rahmen einer stationären Traumatherapie bewältigen zu können.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Vorbringens der Beteiligten und des Sachverhalts wird auf den Inhalt der Prozessakte und der Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind und bei der Beratung vorgelegen haben.

Entscheidungsgründe:

I. Die Berufung hat keinen Erfolg. Sie ist bereits nicht statthaft und daher nach [§ 158 Satz 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) als unzulässig zu verwerfen.

1. Gemäß [§ 143 SGG](#) findet gegen die Urteile der Sozialgerichte die Berufung an das Landessozialgericht statt, soweit sich aus den Vorschriften des ersten Unterabschnitts des zweiten Abschnitts im zweiten Teil des SGG nichts anderes ergibt. Nach [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) bedarf die Berufung der Zulassung im Urteil des Sozialgerichts oder auf Beschwerde durch Beschluss des Landessozialgerichts, wenn der Wert des Beschwerdegegenstandes bei einer Klage, die eine Geld- oder Sachleistung oder einen hierauf gerichteten Verwaltungsakt betrifft, 750,- Euro nicht übersteigt. Diese Regelung findet nur dann keine Anwendung, wenn die Berufung wiederkehrende oder laufende Leistungen für mehr als ein Jahr betrifft ([§ 144 Abs. 1 Satz 2 SGG](#)).

2. Der Wert des Beschwerdegegenstandes übersteigt nicht den Betrag von 750,- Euro. Bei einer Klage auf Gewährung einer Geldleistung – wie im vorliegenden Fall – bestimmt sich der Beschwerdewert im Sinne von [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) allein nach dem Geldbetrag, den das erstinstanzliche Gericht versagt bzw. zugesprochen hat und durch den der Berufungsführer belastet ist bzw. der von ihm weiter verfolgt wird. Maßgebend ist die Leistung, die im Streit ist (vgl. Leitherer in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 11. Auflage 2014, § 144 Rn. 14, 15).

a. Gegenstand des erstinstanzlichen Verfahrens war der Bescheid der Beklagten vom 24. November 2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12. Januar 2011. Mit diesem Bescheid hat die Beklagte der Klägerin lediglich Leistungen der Grundsicherung für den Monat Dezember 2010 bewilligt. Dieser Zeitraum wird datumsmäßig sowohl im Verfügungssatz ("nach den Bestimmungen d. Sozialgesetzbuches Zwölftes Buch (SGB XII) wird für die auf den folgenden Seiten genannte Person Leistung der Grundsicherung vom 01.12.2010 bis 31.12.2010 bewilligt") als auch unter der Überschrift "Auszahlungen und Zahlungsregelungen" ("Unter diesen Voraussetzungen erhalten Sie folgende Gesamtleistungen vom 01.12.2010 bis 31.12.2010 in Höhe von 1185,65 Euro") genannt. Unter der Überschrift "Bewilligungszeitraum" wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Bewilligung nur für den angegebenen Zeitraum gelte. Ist Streitgegenstand daher nur die Höhe der Leistung für den Monat Dezember 2010, so entspricht der Beschwerdewert der Differenz zwischen dem im Dezember 2010 tatsächlich geschuldeten Beitrag zur privaten Krankenversicherung (700,16 Euro) und dem von der Beklagten bewilligten Betrag (295,02 Euro) und liegt damit unter 750,- Euro.

b. Die Berufung ist auch nicht deshalb zulässig, weil wegen der Einbeziehung weiterer Bewilligungsbescheide, die Folgezeiträume betreffen, der Beschwerdewert erreicht würde oder laufende Leistungen für mehr als ein Jahr betroffen wären.

aa. Der Bescheid vom 21. Dezember 2010, mit dem Leistungen für den Zeitraum vom 1. Januar 2011 bis zum 31. Dezember 2011 bewilligt werden, ist nicht Gegenstand des Verfahrens geworden.

In welchen Fällen Bescheide, die während des Widerspruchsverfahrens ergehen, Gegenstand desselben werden, regelt [§ 86 SGG](#). Nach dieser Vorschrift wird auch ein neuer Verwaltungsakt, der während des Vorverfahrens den ursprünglichen Verwaltungsakt abändert, Gegenstand des Vorverfahrens. Eine Abänderung in diesem Sinne liegt nur dann vor, wenn der neue Bescheid denselben Streitgegenstand wie der Ursprungsbescheid betrifft bzw. wenn er in dessen Regelung eingreift und damit die Beschwer des Betroffenen vermehrt oder vermindert; ein bloßer Sachzusammenhang mit dem anfänglich erhobenen Anspruch ist nicht ausreichend (vgl. BSG, Urteil vom 23.2.2005 – [B 6 KA 45/03 R](#); zu [§ 96 SGG](#) auch BSG, Urteil vom 20.10.2010 – [B 13 R 82/09 R](#), und Urteil vom 20.11.2003 – [B 13 RJ 43/02 R](#) jeweils m.w.N.; Leitherer, a.a.O., § 86 Rn. 3 i.V.m. § 96 Rn. 4 ff.). Ob der neue Bescheid in die Regelung des Erstbescheids eingreift, ist durch Vergleich der in beiden Verwaltungsakten getroffenen Regelungen festzustellen (BSG, Urteil vom 20.7.2005 – [B 13 RJ 23/04 R](#); Leitherer, a.a.O., § 96 Rn. 4a).

Der Bescheid vom 21. Dezember 2010 ändert den Bescheid vom 24. November 2010 nicht in diesem Sinne ab. Zwar verweist der Bescheid vom 21. Dezember 2010 explizit darauf, der Bescheid vom 24. November 2010 werde wegen einer wesentlichen Änderung aufgehoben, und erweckt damit den Anschein, dass es sich um eine Abänderung des Bescheids vom 24. November 2010 handle. Tatsächlich greift der Bescheid vom 21. Dezember 2010 aber nicht in die Regelung des Bescheids vom 24. November 2010 ein, die beiden Bescheide betreffen unterschiedliche Gegenstände. Wie dargelegt regelt der Bescheid vom 24. November 2010 nur die Gewährung von Leistungen für den Monat Dezember 2010. Der Bescheid vom 21. Dezember 2010 bezieht sich hingegen allein auf den Zeitraum ab dem 1. Januar 2011, wie sich aus dem Wortlaut eindeutig ergibt: "nach den Bestimmungen d. Sozialgesetzbuches Zwölftes Buch (SGB XII wird für die auf den folgenden Seiten genannte Person Leistung der Grundsicherung vom 01.01.2011 bis 31.12.2011 bewilligt", "Unter diesen Voraussetzungen erhalten Sie folgende Gesamtleistungen vom 01.01.2011 an monatl. in Höhe von 1190.65 Euro" und "Die Bewilligung gilt nur für den angegebenen Zeitraum". Er trifft keinerlei Regelungen für den Monat Dezember 2010 und ändert daher auch nicht den Bescheid vom 24. November 2010 ab. Die im Bescheid vom 21. Dezember 2010 scheinbar verfügte Aufhebung des Bescheids vom 24. November 2010 geht daher ins Leere; sie kann nicht dazu führen, dass die Voraussetzungen des [§ 86 SGG](#) erfüllt sind.

Auch eine analoge Anwendung des [§ 86 SGG](#) auf Bescheide, die Folgezeiträume betreffen, kommt nach Auffassung des Senats jedenfalls in Fällen, in denen die fraglichen Bescheide wie hier zeitlich nach Inkrafttreten der Änderung des [§ 96 SGG](#) durch das Gesetz zur Änderung des Sozialgerichtsgesetzes und des Arbeitsgerichtsgesetzes vom 26. März 2008 ergangen sind, nicht in Betracht (wie hier Breitkreuz in Breitkreuz/Fichte, SGG, 2. Auflage 2014, § 86 Rn. 3; Binder in LPK-SGG, § 86 Rn. 3; a. A. Leitherer a.a.O., § 86 Rn. 3). [§ 96 SGG](#) lautete zunächst: "Wird nach Klageerhebung der Verwaltungsakt durch einen neuen abgeändert oder ersetzt, so wird auch der neue Verwaltungsakt Gegenstand des Verfahrens". Mit Wirkung ab dem 1. April 2008 wurde die Vorschrift wie folgt geändert: "Nach Klageerhebung wird ein neuer Verwaltungsakt nur dann Gegenstand des Klageverfahrens, wenn er nach Erlass des Widerspruchsbescheides ergangen ist und den angefochtenen Verwaltungsakt abändert oder ersetzt". Durch die Einfügung der Worte "nur dann" sollte sichergestellt werden, dass eine Anwendung auf andere als abändernde oder ersetzende Verwaltungsakte nicht in Betracht kommt (vgl. [BT-Drs. 16/7716 S. 18f.](#), zu Nr. 16). In der Gesetzesbegründung wird ausgeführt, die Sozialgerichte hätten die Vorschrift in der Vergangenheit verschiedentlich extensiv ausgelegt. Künftig solle die Einbeziehung des neuen Verwaltungsaktes – entsprechend der ursprünglichen Zielsetzung der Norm – nur noch möglich sein, wenn nach Klageerhebung der Verwaltungsakt durch einen neuen Verwaltungsakt ersetzt oder abgeändert werde ([BT-Drs. 16/7716 S. 19](#)). Mit der Neufassung des [§ 96 SGG](#) sollte also die in der Praxis vorgenommene Ausdehnung des Anwendungsbereichs dieser Norm beendet werden. Angesichts dessen, dass die Zielsetzung der [§§ 86](#) und [96 SGG](#) gleichgelagert ist, nämlich – so der Gesetzgeber zu [§ 96 SGG](#) – "eine schnelle, erschöpfende Entscheidung über das gesamte Streitverhältnis in einem Verfahren zu ermöglichen, divergierende Entscheidungen zu vermeiden und den Kläger vor Rechtsnachteilen zu schützen, die ihm daraus erwachsen, dass er im Vertrauen auf den eingelegten Rechtsbehelf bezüglich weiterer Verwaltungsakte rechtliche Schritte unterlässt" ([BT-Drs. 16/7716 S. 18 f.](#); zur Zielidentität von § 86 und § 96 vgl. Behrend in Hennig, SGG, § 86 Rn. 3, Stand Oktober 2013; auch Vopel, NZS 2013, 570), ist diese gesetzgeberische Wertung auch auf [§ 86 SGG](#) zu übertragen.

Der achte Senat des Bundessozialgerichts hat in mehreren Urteilen, die allerdings jeweils Konstellationen betrafen, in denen die fraglichen Bescheide zeitlich vor der Änderung des [§ 96 SGG](#) zum 1. April 2008 ergangen waren, die analoge Anwendbarkeit des [§ 86 SGG](#) auf Bescheide, die Folgezeiträume betreffen, bejaht (Urteile vom 17.6.2008 – [B 8 AY 11/07 R](#), vom 14.4.2011 – [B 8 SO 12/09 R](#) und vom 9.6.2011 – [B 8 SO 11/10 R](#)). Er hat dies damit begründet, insoweit gelte nicht der von der Rechtsprechung zu [§ 96 SGG](#) angeführte Einwand fehlender Prozessökonomie, weil bis zum Erlass des Widerspruchsbescheides die Verwaltung ohnedies das Verfahren in der Hand behalte und auch ohne weiteres alle bis zum Erlass des Widerspruchsbescheides ergangenen Bewilligungen überprüfen könne und müsse (Urteil vom 17.6.2008 – [B 8 AY 11/07 R](#)). Die Situation sei insoweit anders als im Fall des Erlasses eines Bescheides für Folgezeiträume erst während des laufenden Gerichtsverfahrens. Dieser Argumentation vermag sich der erkennende Senat nicht anzuschließen. Aus dem Umstand, dass die Verwaltung während des Widerspruchsverfahrens das Verfahren in der Hand behält, ergibt sich lediglich, dass es ihr möglich ist, Bescheide für Folgezeiträume im Rahmen des Widerspruchsverfahrens aufzugreifen und zu überprüfen. Hingegen lässt sich nicht zwangsläufig schließen, dass die Verwaltung dies auch tun muss. Werden Bescheide für Folgezeiträume einbezogen, so sind diese im Widerspruchsbescheid auch ausdrücklich zu nennen; nur so wird klar, welche Regelung nunmehr für welche Zeiträume gelten soll. Im vorliegenden Fall nennt der Widerspruchsbescheid aber ausdrücklich keine weiteren Bescheide als den Bescheid vom 24. November 2010.

Gegen eine analoge Anwendung des [§ 86 SGG](#) auf Bescheide für Folgezeiträume mit der Folge einer automatischen Einbeziehung in das Widerspruchsverfahren spricht ferner, dass diese nicht stets dem Willen des Betroffenen entsprechen muss. Gemessen an dem Normziel einer schnellen erschöpfenden Entscheidung des Rechtsstreits kann die Einbeziehung von Bescheiden für Folgezeiträume sogar kontraproduktiv sein. Gerade bei Leistungen, die wie die Sozialhilfe von den jeweils tatsächlichen Verhältnissen im aktuellen Zeitraum abhängen, erhöht jede Ausdehnung des streitgegenständlichen Zeitraums den Ermittlungsaufwand. Im Prinzip wären die tatsächlichen Verhältnisse (hier: Einkommens- und Vermögenssituation, aber auch psychische Verfassung, möglicherweise auch die Frage der tatsächlichen Behandlungsmöglichkeiten durch Dr. B.) bis zum Erlass des Widerspruchsbescheids durchgängig und lückenlos zu überprüfen. Dies kann einer zügigen Erledigung hinderlich sein, was umso schwerer wiegt, als dass die Rechtswirkung des [§ 86 SGG](#) unabhängig von

Wissen und Wollen der Beteiligten eintritt und damit ihrer Disposition weitgehend entzogen ist. Dem Interesse des Beteiligten wird daher besser Rechnung getragen, wenn die Bescheide für nachfolgende Zeiträume zunächst angefochten werden und die Beteiligten klären, ob zunächst die Entscheidung im ersten Widerspruchsverfahren abgewartet werden soll oder ob die Widerspruchsverfahren miteinander verbunden werden sollen (ähnlich die Argumentation des BSG in einem Urteil vom 7.2.1996 – [6 RKa 61/94](#)).

Nicht zuletzt spricht gegen eine analoge Anwendung von [§ 86 SGG](#) auch, dass diese zu Unklarheiten hinsichtlich der Bestandskraft einzelner Bescheide führen kann; insbesondere, wenn der Widerspruchsbescheid nicht alle Bescheide, die von ihm erfasst werden, ausdrücklich nennt. Unübersichtlich ist die Lage auch dann, wenn Widerspruch gegen den ersten Bescheid nicht vollumfänglich, sondern nur hinsichtlich eines abtrennbaren Streitgegenstandes erhoben wird, z.B. nur ein Mehrbedarf geltend gemacht oder nur die Höhe der anerkannten Unterkunftskosten gerügt wird (vgl. zur Abtrennbarkeit dieser Gegenstände BSG, Urteil vom 9.6.2011 – [B 8 SO 1/10 R](#)). Ein Bescheid für Folgezeiträume würde dann hinsichtlich der angefochtenen Leistung Gegenstand des anhängigen Widerspruchsverfahrens, ein weiterer Widerspruch wäre insoweit unzulässig. Hinsichtlich der übrigen, vom anhängigen Widerspruchsverfahren nicht erfassten Leistungen wäre hingegen – wollte der Betroffene diesbezüglich Einwände erheben – ein erneuter Widerspruch erforderlich, um auch insoweit den Eintritt von Bestandskraft zu verhindern.

bb. Auch der Bescheid vom 10. Februar 2011, der Leistungen für den Zeitraum vom 1. März 2011 bis zum 29. Februar 2012 betrifft, ist nicht Gegenstand des Verfahrens. Er ist nach Erhebung der Klage ergangen, sodass [§ 96 SGG](#) einschlägig ist. [§ 96 SGG](#) in der hier anwendbaren Fassung vom 26. März 2008 sieht eine Einbeziehung aber ausdrücklich nur für Bescheide vor, die den Erstbescheid abändern oder ersetzen, eine analoge Anwendung auf sonstige Verwaltungsakte ist ausgeschlossen. Der Bescheid vom 10. Februar 2011 ändert oder ersetzt den Bescheid vom 24. November 2010 nicht; er greift nicht in dessen Regelungsgehalt ein, sondern betrifft einen anderen Zeitraum.

3. Das Sozialgericht hat die Berufung schließlich nicht zugelassen. Eine Zulassung der Berufung ist weder im Tenor noch in den Entscheidungsgründen des angefochtenen Urteils erfolgt. Auch kann diese nicht in der dem Urteil beigefügten Rechtsmittelbelehrung, die auf das Rechtsmittel der Berufung verweist, gesehen werden. Eine fehlerhafte Rechtsmittelbelehrung stellt keine Zulassungsentscheidung im Sinne des [§ 144 SGG](#) dar und die irrije Annahme des Sozialgerichts, die Berufung sei zulässig, macht die Zulassungsentscheidung nicht entbehrlich (vgl. BSG, Urteil vom 18.7.1989 – [10 RKg 27/88](#), Urteil vom 19.11.1996 – [1 RK 18/95](#) und Beschluss vom 10.11.2011 – [B 8 SO 12/11 B](#); Leitherer, a.a.O., § 144 Rn. 45 m.w.N.). Auch der Senat ist nicht befugt, über die Zulassung der Berufung zu entscheiden, da ihm keine Nichtzulassungsbeschwerde gemäß [§ 145 SGG](#) vorliegt, sondern eine (unzulässige) Berufung. Eine Auslegung oder Umdeutung der von der Beklagten eindeutig und ausdrücklich so bezeichneten Berufung in eine Nichtzulassungsbeschwerde kommt nicht in Betracht (vgl. BSG, Urteil vom 20.5.2003 – [B 1 KR 25/01 R](#); Leitherer, a.a.O., § 144 Rn. 45 m.w.N.).

II. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) und folgt der Entscheidung in der Hauptsache.

Die Revision ist zuzulassen, weil die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#) vorliegen. Die Frage, ob [§ 86 SGG](#) auch nach der Änderung des [§ 96 SGG](#) mit Wirkung zum 1. April 2008 auf Bescheide, die Folgezeiträume betreffen, analog anwendbar ist, hat grundsätzliche Bedeutung.

Rechtskraft

Aus

Login

HAM

Saved

2015-07-10