S 24 AS 17483/09

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
SG Berlin (BRB)
Sachgebiet
Grundsicherung für Arbeitsuchende
Abteilung
24
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 24 AS 17483/09
Datum
29.03.2012
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Klage wird abgewiesen. Der Beklagte hat die Hälfte der außergerichtlichen Kosten des Klägers zu erstatten. Die Berufung wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Übernahme der vollen Beiträge zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung. Der Kläger stellte am 5. November 2008 einen Antrag auf Bewilligung von Leistungen beim Beklagten. Mit Bescheid vom 17. Dezember 2008 bewilligte der Beklagte dem Kläger vorläufig Leistungen für den Zeitraum 5. November 2008 bis 31. Dezember 2008. Gegen diesen Bescheid legte der Kläger Widerspruch ein, mit dem er sich gegen die Anrechnung von Einkommen wandte und die tatsächlichen Kosten der Unterkunft und Heizung begehrte. Den Widerspruch wies der Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 12. Mai 2009 zurück. Mit Schreiben vom 10. Juni 2009, eingegangen beim Gericht am selben Tage, hat der Kläger Klage erhoben, mit der er weiterhin höhere Leistungen begehrte. Am 25. März 2010 hat der Beklagte einen Bescheid erlassen, mit dem er dem Kläger für den Zeitraum 5. November bis 31. Dezember 2008 endgültig Leistungen bewilligt hat. Für den Zeitraum 5. bis 30. November 2008 hat der Beklagte Kosten der Unterkunft und Heizung in Höhe von 182,87 Euro und einen Zuschuss zur privaten Krankenversicherung in Höhe von 100,01 Euro sowie zur privaten Pflegeversicherung in Höhe von 12,88 Euro bewilligt. Für den Zeitraum Dezember 2008 hat er Regelleistung in Höhe von 351,00 Euro, Kosten der Unterkunft und Heizung in Höhe von 360,00 Euro, einen Zuschuss zur privaten Krankenversicherung in Höhe von 115,60 Euro sowie zur privaten Pflegeversicherung in Höhe von 14,86 Euro bewilligt. Am 16. November 2010 hat der Beklagte einen Änderungsbescheid erlassen, mit dem er dem Kläger für den Zeitraum 5. bis 30. November 2008 Regelleistung in Höhe von 304,20 Euro, Kosten der Unterkunft und Heizung in Höhe von 428,90 Euro, einen Zuschuss zur privaten Krankenversicherung in Höhe von 100,01 Euro und zur privaten Pflegeversicherung in Höhe von 12,88 Euro sowie für Dezember 2008 Regelleistung in Höhe von 351,00 Euro, Kosten der Unterkunft und Heizung in Höhe von 494,89 Euro, einen Zuschuss zur privaten Krankenversicherung in Höhe von 115,40 Euro sowie zur privaten Pflegeversicherung in Höhe von 14,86 Euro bewilligt hat. Eine Anrechnung von Einkommen hat der Beklagte nicht mehr vorgenommen und er hat die tatsächlichen Kosten der Unterkunft und Heizung des Klägers übernommen. Mit Schreiben vom 26. Juli 2010 hat der Kläger weiterhin Klage gegen die Bescheide vom 4. Februar und 8. Juli 2010 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 8. Juli 2010 hinsichtlich des Leistungszeitraums 1. Februar bis 30. Juni 2010 und gegen den Bescheid vom 4. Februar 2010 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 8. Juli 2010 in Bezug auf den Leistungszeitraum Januar 2010 erhoben. Mit Schreiben vom selben Tage hat er die Klage gegen den Bescheid vom 3. Februar 2009 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12. Mai 2009 zum Leistungszeitraum Februar bis Juli 2009 zurückgenommen. Mit Schreiben vom 6. Oktober 2010 hat der Kläger Klage gegen den Bescheid vom 19. Juli 2010 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24. September 2010 hinsichtlich des Leistungszeitraums 1. August 2010 bis 31. Dezember 2010 erhoben. Der Kläger trägt vor, dass ihm der volle von ihm an die private Krankenversicherung zu leistende Beitrag zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung zu gewähren sei. Er könne nicht in die gesetzliche Krankenversicherung wechseln, da er eine Kieferoperation im Ausland plane. Diese werde nach seiner Auskunft von der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übernommen. Auch in den Basistarif der privaten Krankenversicherung wolle er nicht wechseln, weil dann Leistungen wegfielen. Nach einer Auskunft der DKV vom 24. Februar 2012 war der Kläger dort zu folgenden monatlichen Beiträgen für Juli bis Dezember 2008 versichert: Krankheitskostenvollversicherung 477,33 Euro, Private Pflegeversicherung 24,18 Euro, Krankentagegeldversicherung 13,59 Euro. Nachdem der Kläger zunächst auch die Beiträge zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung für die Zeiträume Januar 2010, Februar bis Juni 2010 sowie August bis Dezember 2010 begehrte, beantragt er nunmehr, den Bescheid des Beklagten vom 3. Februar 2009 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12. Mai 2009 W in Gestalt des Bescheides vom 25. März 2010 in Gestalt des Änderungsbescheides vom 16. November 2010 aufzuheben und den Beklagten zu verpflichten, dem Kläger für den Zeitraum vom 5. November 2008 bis 31. Dezember 2008 Leistungen zur privaten Krankenversicherung und Pflegeversicherung in Höhe von monatlich 515,10 Euro (insgesamt 961,52 Euro) zu bewilligen. Der Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen. Der Beklagte trägt vor, dass hinsichtlich des allein streitgegenständlichen Zeitraums 5. November bis 31. Dezember 2008 das Urteil des Bundessozialgerichts zur Übernahme der

Beiträge zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung vom 18. Januar 2011 nicht anwendbar sei, da es sich auf die Rechtslage ab 1. Januar 2009 beziehe. In die Klageänderungen hat der Beklagte nicht eingewilligt. Im Termin zur Erörterung des Sachverhalts am 8. März 2012 haben die Beteiligten sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie der den Kläger betreffenden Leistungsakten verwiesen, die der Kammer vorgelegen haben und Gegenstand der Beratung geworden sind.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer konnte im Wege der schriftlichen Entscheidung ohne mündliche Verhandlung gemäß § 124 Sozialgerichtsgesetz (SGG) entscheiden, weil sich die Beteiligten damit einverstanden erklärt haben. Die mit Schreiben vom 26. Juli 2010 erhobene Klage gegen die Bescheide vom 4. Februar und 8. Juli 2010 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 8. Juli 2010 zum Leistungszeitraum 1. Februar bis 30. Juni 2010 und gegen den Bescheid vom 4. Februar 2010 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 8. Juli 2010 in Bezug auf den Leistungszeitraum Januar 2010 sowie die mit Schreiben vom 6. Oktober 2010 erhobene Klage gegen den Bescheid vom 19. Juli 2010 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24. September 2010 hinsichtlich des Leistungszeitraums 1. August 2010 bis 31. Dezember 2010 hat der Kläger mit zuletzt gestelltem Antrag nicht weiterverfolgt, so dass die Klagen konkludent zurückgenommen wurden, § 102 SGG. Daneben wären diese Klagen bereits unzulässig gewesen, da es sich um Klageänderungen nach § 99 Abs. 1 SGG handelt, in die der Beklagte nicht eingewilligt hat und die das Gericht für nicht sachdienlich hält. Insoweit handelt es sich nicht um eine Klageerweiterung im Sinne des § 99 Abs. 3 SGG, sondern um eine Klageänderung im Sinne des § 99 Abs. 1 SGG. Der Klageantrag wurde nicht erweitert, sondern es wurde ein neuer Streitgegenstand eingeführt. Die neu angegriffenen Bescheide betrafen nicht den streitgegenständlichen Bewilligungszeitraum, sondern neue Bewilligungszeiträume. Diese stellen einen neuen Lebenssachverhalt dar, die Einbeziehung dessen eine Änderung des Klagegrundes (Leitherer in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG 10. Auflage, § 99 Rn. 2b). Der Beklagte hat in diese Klageänderung nicht eingewilligt. Eine Sachdienlichkeit aus Gründen der Prozessökonomie war nicht zu bejahen. Eine Klageänderung ist dann nicht sachdienlich, wenn der Rechtstreit dadurch auf eine neue Grundlage gestellt wird und die bisherigen Ergebnisse des Prozesses bei Klageänderung nicht verwertet werden können (Leitherer in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG 10. Auflage, § 99 Rn. 11). Im vorliegenden Fall ist Streitgegenstand ein Zeitraum in Bezug auf die Rechtslage bis 31. Dezember 2008. Ab Januar 2009 hat sich die Rechtslage zur streitigen Übernahme der Beiträge der privaten Kranken- und Pflegeversicherung geändert. Diesbezüglich sind hinsichtlich der Zeiträume Februar bis Juli 2009 und Januar 2010 weitere Verfahren anhängig. Hinsichtlich des Zeitraumes Januar 2010 wäre die geänderte Klage daneben wegen doppelter Rechtshängigkeit mit dem Verfahren S 91 AS /11 unzulässig gewesen. Im Übrigen ist die Klage als kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage zulässig, § 54 Abs. 1 S. 1 1. Alt, Abs. 4 SGG. Streitgegenstand sind der endgültige Festsetzungsbescheid vom 25. März 2009 in Gestalt des Änderungsbescheides vom 16. November 2010, die den vorläufigen Bewilligungsbescheid vom 17. Dezember 2009 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12. Mai 2009 ersetzen, und damit Leistungen für den Zeitraum 5. November bis 31. Dezember 2008. Der Klageantrag des Klägers war dahingehend auszulegen, dass die Differenz zwischen den für den streitgegenständlichen Zeitraum bereits bewilligten Zuschüssen zur Kranken- und Pflegeversicherung in Höhe von 243,15 Euro und den tatsächlichen vom Kläger zu leistenden Beiträgen in Höhe von insgesamt 961,52 Euro begehrt wird. Die Klage ist unbegründet. Dem Kläger stehen über die mit Bescheid vom 16. November 2010 bewilligten Leistungen keine weiteren Leistungen zu. Der Kläger hat insbesondere keinen Anspruch auf einen höheren Zuschuss zur Kranken- und Pflegeversicherung nach § 26 Abs. 2 SGB II in der bis zum 31. Dezember 2008 gültigen Fassung. Danach erhalten Bezieher von Arbeitslosengeld II, die nach § 8 Abs. 1 Nr. 1a SGB V von der Versicherungspflicht befreit sind (Nr. 1) und nach § 22 Abs. 1 SGB XI oder nach Artikel 42 des Pflege-Versicherungsgesetzes von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreit oder nach § 23 Abs. 1 SGB XI bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert sind (Nr. 2) 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 nach § 26 Abs. 2 S. 2 SGB II 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 ist zugrunde zu legen für die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung der durchschnittliche ermäßigte Beitragssatz der Krankenkassen (§ 246 SGB V); der zum 1. Oktober des Vorjahres festgestellte Beitragssatz galt jeweils vom 1. Januar bis zum 31. Dezember des laufenden Kalenderjahres, für die Beiträge zu sozialen Pflegeversicherung der Beitragssatz nach § 55 Abs. 1 Satz 1 SGB XI. Der Kläger war im streitgegenständlichen Zeitraum nach § 8 Abs. 1 Nr. 1a SGB V von der Pflicht zur gesetzlichen Krankenversicherung befreit und auch nach § 23 SGB XI bei seinem privaten Krankenversicherungsunternehmen – der DKV – gegen das Risiko der Pflegeversicherung versichert. Die Bewilligung der Zuschüsse im Bescheid vom 16. November 2010 in Höhe von 115,40 Euro für die Beiträge zur Krankenversicherung und 14,86 Euro für die Beiträge zur Pflegeversicherung entspricht der Regelung des § 26 Abs. 2 SGB II in der bis zum 31. Dezember 2008 gültigen Fassung. Dabei entspricht die anteilige Übernahme für 26 Tage für den November 2008 dem bis zum 31. Dezember 2009 geltenden § 37 Abs. 2 SGB II i.V.m. § 41 Abs. 1 SGB II (in der bis 31. März 2011 geltenden Fassung). Danach sind Leistungen erst ab Antragstellung zu berücksichtigen. Eine Rückwirkung ist nur vorgesehen auf den Tag der Antragstellung, wenn der Leistungsträger nicht geöffnet hat, jedoch nicht auf den Beginn des Monats. Die Berechnung der Leistungen erfolgt nach Kalendertagen. Eine Übernahme weitere Beiträge zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung über diese Zuschüsse hinaus kommt für den streitgegenständlichen Zeitraum nicht in Betracht. Insbesondere folgt keine weitere Übernahme aus dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 18. Januar 2011, Az: B 4 AS 108/10 R. Denn dieses Urteil betrifft die Rechtslage ab 1. Januar 2009 aufgrund des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV WSG, BGBl. 2007 I 378). Das BSG hat in seinem Urteil eine planwidrige Regelungslücke angenommen, die nach der bis 31. Dezember 2008 geltenden Rechtslage nicht bestand. Aufgrund des ab 1. Januar 2009 geltenden § 5 Abs. 5a SGB V sind nunmehr Hilfebedürftige nach SGB II nicht mehr versicherungspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn sie unmittelbar vor dem Bezug von Leistungen nach dem SGB II privat krankenversichert waren. Dies war zuvor nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V grundsätzlich der Fall. Nach § 26 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB II in der ab 1. Januar 2009 geltenden Fassung gelten aufgrund der Neuregelung für die Übernahme von Beiträgen zur privaten Krankenversicherung die Vorschriften des § 12 Abs. 1c S. 5 und 6 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG). Nach dem Wortlaut dieser Vorschriften besteht – wie auch nach der Gesetzeslage bis 31. Dezember 2008 – nur ein Anspruch auf Zuschüsse in Höhe des ermäßigten Beitragssatzes für Bezieher von ALG II in der gesetzlichen Krankenversicherung. Insoweit ergibt sich eine Beitragslücke auch zum nach § 12 Abs. 1c S. 1 i.V.m. S. 4 VAG während des Bezuges von ALG II gegenüber der privaten Krankenversicherung geschuldeten hälftigen Basistarifes. Das BSG hat entschieden, dass für die Gesetzeslage ab 1. Januar 2009 insoweit eine planwidrige Regelungslücke bestand, die sich gerade aus der gesetzlichen Neuordnung ergab. Aufgrund der fehlenden Möglichkeit, in die gesetzliche Pflichtversicherung einzutreten (durch die Neuregelung des § 5 Abs. 5a SGB V) und des Unterschiedes zwischen der Höhe des hälftigen Basistarifes und des ermäßigten Beitragssatzes für Bezieher von ALG II in der gesetzlichen Krankenversicherung besteht eine erhebliche Beitragslücke, die der Bezieher von ALG II selbst zu decken hat. Insoweit nimmt das BSG eine ungewollte Verschlechterung des Krankenversicherungsschutzes der privat versicherten

Hilfebedürftigen an, die auf einer planwidrigen Unvollständigkeit der gesetzlichen Regelungen beruht (vgl. BSG, Urteil vom 31. Dezember 2008, Az: B 4 AS 108/10 R, Rn. 17 ff.). Eine solche planwidrige Regelungslücke bestand nach der Gesetzeslage vor 1. Januar 2009 gerade nicht. Denn vor dem 1. Januar 2009 bestand für Leistungsempfänger nach dem SGB II, die vor dem Leistungsbezug privat krankenversichert waren, grundsätzlich die gesetzliche Krankenversicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V und die gesetzliche Pflegeversicherungspflicht nach § 20 Abs. 1 Nr. 2a SGB XI mit Beginn des Leistungsbezugs. Dies bedeutet die volle Übernahme der Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung durch den Träger der SGB II Leistungen nach § 252 Abs. 1 S. 2 SGB V. Eine Ausnahme hiervon bestand allein bei Befreiung von der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht nach § 8 Abs. 1 Nr. 1a SGB V, dann folglich nach § 23 Abs. 1 SGB XI bezüglich der gesetzlichen Pflegeversicherungspflicht. Diese Befreiung nach § 8 Abs. 1 Nr. 1a SGB V tritt nur auf Antrag des Versicherungspflichtigen ein. Es bestand also nach der im streitgegenständlichen Zeitraum gültigen Rechtslage die Möglichkeit, dass die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung kostendeckend vom SGB-II Leistungsträger übernommen werden. Dafür war allein der gesetzlich vorgesehene Übergang in die gesetzlichen Versicherungen notwendig. Der Eintritt der Ausnahme davon – die die Möglichkeit des Verbleibs in der privaten Kranken- und Pflegeversicherung ermöglichte -, war vom Hilfebedürftigen selbst beeinflussbar. Er hatte diesbezüglich die Entscheidungsmöglichkeit, ob er einen Antrag auf Befreiung nach § 8 Abs. 1 Nr. 1a SGB V mit den dann ihn treffenden Kostenfolgen stellen wollte (vgl. ebenso SG Potsdam, Urteil vom 21. Juni 2011, Az: S 40 AS 4202/08). Eine gesetzliche Regelungslücke hinsichtlich der dann nach § 26 Abs. 2 SGB II nur teilweise übernommen Beiträge zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung bestand nicht. Denn der Gesetzgeber hatte als Grundlage die Übernahme der Beiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung vorgesehen. In diesen wurde der Hilfebedürftige mit Beginn des Leistungsbezuges nach § 5 Abs. 5a SGB V und 20 Abs. 1 Nr. 2a SGB XI versicherungspflichtig. Die Kammer ist entgegen der Ansicht des Klägers auch der Überzeugung, dass es dem Kläger zumutbar war, in die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung zu wechseln und so eine umfassende Übernahme seiner Beiträge zu erreichen. Denn das durch die Leistung von SGB II sicherzustellende Existenzminimum ist durch den gesetzlichen Krankenversicherungsschutz gewährleistet (vgl. LSG BW, Urteil vom 18. Januar 2012, Az: L 3 AS 3615/11, LSG By, Beschluss vom 29. Juni 2011, Az: L 16 AS 337/11 B ER zum Krankenversicherungsschutz des Basistarifs, der dem gesetzlichen Krankenversicherungsschutz entspricht). Dass der Kläger aufgrund des Wechsels in die gesetzliche Krankenversicherung keinen Anspruch auf Übernahme der im Ausland geplanten Kieferoperation haben könnte, spricht nicht gegen die Unzumutbarkeit des Wechsels in die gesetzliche Krankenversicherung. Ebenso wenig der dann nicht bestehende Anspruch auf Krankentagegeld. Das sozialrechtlich zu gewährende menschenwürdige Existenzminimum aus Art. 1 Abs. 1 GG i.V.m. Art. 20 Abs. 1 GG umfasst zwar auch die Sicherstellung einer ausreichenden medizinischen Versorgung (BVerfG Urteil vom 9. Februar 2010, Az: 1 BvL 1). Der Anspruch auf Existenzsicherung wurde jedoch insoweit durch den bis 31. Dezember 2008 grundsätzlich für alle Leistungsempfänger nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGBV geltenden gesetzlichen Krankenversicherungsschutz abgedeckt. Nach § 27 SGB V besteht für gesetzlich Krankenversicherte ein Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn diese notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Aufgrund dieses Schutzes ist eine ausreichende Krankenbehandlung gewährleistet, eine grundrechtsrelevante Beeinträchtigung aufgrund von der Krankenversicherung nicht übernommener Leistungen ist ausgeschlossen (BSG, Urteil vom 26. Mai 2011, Az: B 14 AS 146/10R). Es ist nach Überzeugung der Kammer auch unerheblich, dass einem privat Krankenversicherten bei einer späteren Rückkehr in den alten Tarif Nachteile entstehen, weil der Versicherer eine erneute Gesundheitsprüfung und je nach ihrem Ergebnis Risikozuschläge verlangen oder den Wechsel von Leistungsausschlüssen abhängig machen kann (§ 204 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Halbsätze 2 und 3 VVG). Der Zuschuss nach § 26 Abs. 2 SGB II a.F. und damit der Bedarf eines Hilfebedürftigen ist ausschließlich nach den gegenwärtigen Umständen zu bemessen. Spätere, fiktive Entwicklungen kann und muss der Leistungsträger nicht berücksichtigen. Die Leistungen nach dem SGB II sichern nur das gegenwärtige Existenzminimum (LSG BW, Urteil vom 18. Januar 2012, Az: L 3 AS 3615/11). Da die dem Kläger grundsätzlich eröffnete gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung zur Gewährleistung des Existenzminimums genügt, kommt auch keine Übernahme der Beiträge aufgrund eines unabweisbaren besonderen Bedarfs in Betracht (vgl. BVerfG, Urteil vom 9. Februar 2010, Az: 1 BbL 1/09, 3/09, 4/09). Daneben ist die vom Bundesverfassungsgericht entwickelte Härtefallregelung ohnehin für Zeiträume vor Erlass des Urteils nicht anzuwenden (vgl. BVerfG, Beschluss vom 24. März 2010, Az: 1 BvR 395/09 vom 24.3.2010). Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG. Insoweit war zu beachten, dass der Beklagte den ursprünglich geltend gemachten höheren Leistungsanspruch ohne Anrechnung eines Einkommens und in Höhe der tatsächlich anfallenden Kosten der Unterkunft und Heizung anerkannt hat. Das Kostengrundanerkenntnis des Beklagten vom 16. November 2010 wurde nicht angenommen, so dass insoweit keine Erledigung des Rechtsstreit eingetreten ist, § 102 Abs. 2 SGG. Bezüglich der später geltend gemachten Klageerweiterung, mit der der erhöhte Zuschuss nach § 26 SGB II geltend gemacht wurde, war das Anerkenntnis des Beklagten auch nicht bindend entsprechend §§ 202 SGG, 307 Zivilprozessordnung (ZPO). Die Berufung war nach § 144 Abs. 1 Nr. 1 SGG zuzulassen, da die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung hat. Die Frage, ob auch vor der gesetzlichen Neuregelung des § 26 SGB II zum 1. Januar 2009 durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV WSG, BGBl. 2007 I 378) eine Übernahme der tatsächlichen Beiträge zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung durch die Träger der SGB II Leistungen zu erfolgen hat, wurde bisher noch nicht obergerichtlich geklärt.
Rechtskraft
Aus
Login
BRB
Saved
2012-04-24