

B 14 AS 11/12 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Grundsicherung für Arbeitsuchende

Abteilung
14
1. Instanz
SG Heilbronn (BWB)

Aktenzeichen
S 12 AS 3198/10
Datum
17.08.2011

2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 3 AS 3615/11

Datum
18.01.2012

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 14 AS 11/12 R

Datum
16.10.2012

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Ein privat pflegeversicherter Bezieher von Arbeitslosengeld II hat gegen den SGB II-Träger Anspruch auf Übernahme seines Beitrags zur privaten Pflegeversicherung bis zur Hälfte des Höchstbeitrags in der sozialen Pflegeversicherung.

2. Die Beitragsanteile zur privaten Krankenversicherung eines Beziehers von Arbeitslosengeld II, die den Beitrag im Basistarif übersteigen und nicht durch den Zuschuss des SGB II-Trägers gedeckt sind, können nicht vom Einkommen abgesetzt werden.

Auf die Revision des Klägers wird das Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 18. Januar 2012 aufgehoben und der Rechtsstreit zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurückverwiesen.

Gründe:

I

1

Umstritten sind laufende Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II), insbesondere die Berücksichtigung von Beiträgen zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung.

2

Der im Jahre 1957 geborene Kläger war als Journalist abhängig beschäftigt und seit 1976 privat krankenversichert, später ergänzt um eine private Pflegeversicherung. Nachdem er zunächst arbeitsunfähig erkrankt war, dann sein Beschäftigungsverhältnis endete und schließlich die Krankenversicherung die Leistungen von Krankentagegeld einstellte, beantragte der Kläger am 30.4.2010 beim beklagten Jobcenter erstmals Leistungen nach dem SGB II. Der Beklagte bewilligte ihm Leistungen in Höhe von 20,15 Euro für den 30.4.2010 und für Mai bis Oktober 2010 monatlich von 604,11 Euro (Bewilligungsbescheid vom 9.7.2010). Der Widerspruch des Klägers, mit dem dieser insbesondere die Berücksichtigung seines Monatsbeitrags von 515,40 Euro für seine private Kranken- und Pflegeversicherung von seiner als Einkommen zu berücksichtigenden Witwerrente begehrte, wurde nach Erlass des Teilabhilfebescheides vom 30.8.2010, in dem für den 30.4.2010 nun 25,44 Euro und für Mai bis Oktober 2010 monatlich 762,88 Euro (670,86 Euro für die Kosten der Unterkunft (KdU) und Heizung (KdH) sowie Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung von 73,98 Euro und 18,04 Euro) bewilligt wurden, zurückgewiesen (Widerspruchsbescheid vom 31.8.2010).

3

Im Laufe des erstinstanzlichen Klageverfahrens hatte der Beklagte zunächst, nachdem die Bundesagentur für Arbeit (BA) dem Kläger Arbeitslosengeld (Alg) bewilligt hatte, die bewilligten Leistungen ab 1.9.2010 aufgehoben (Rücknahmebescheid vom 17.9.2010); nachdem aber die Alg-Bewilligung wieder zurückgenommen worden war, hat der Beklagte den Rücknahmebescheid für nichtig erklärt und dem Kläger wieder Leistungen bis zum 31.10.2010 in der vorherigen Höhe bewilligt (Wiederbewilligungsbescheid vom 27.9.2010). Das Sozialgericht (SG) Heilbronn hat die Klage abgewiesen (Urteil vom 17.8.2011). Das Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg hat die Berufung zurückgewiesen (Urteil vom 18.1.2012) und zur Begründung im Wesentlichen ausgeführt: Pro Monat habe der Kläger einen Gesamtbedarf von 1476,69 Euro und abzüglich des zu berücksichtigenden Einkommens von 713,81 Euro ergebe sich ein Leistungsanspruch von 762,88 Euro, den der Beklagte mit dem Teilabhilfebescheid bewilligt habe.

4

Der Gesamtbedarf von 1476,69 Euro setze sich zusammen aus der Regelleistung von 359 Euro, KdU von 866,90 Euro, die zwischen den Beteiligten nicht umstritten seien, und den Bedarfen für die Kranken- und die Pflegeversicherung von 284,82 Euro und 18,04 Euro, von denen der Zuschuss des Rentenversicherungsträgers in Höhe von 52,07 Euro abzuziehen sei. Als Bedarf für die Krankenversicherung seien nur 284,82 Euro für den halben Basistarif zu berücksichtigen und nicht die vom Kläger für seine private Krankenversicherung einschließlich Pflegeversicherung tatsächlich gezahlten 515,40 Euro bis Juni 2010 und 517,93 Euro ab Juli 2010. Diese Beschränkung auf den halben Basistarif ergebe sich aus [§ 26 Abs 2 Satz 1 Nr 1 SGB II](#) in der in der strittigen Zeit geltenden Fassung (aufgrund des Sozialversicherungs-Stabilisierungsgesetzes vom 14.4.2010, [BGBl I 410](#), im Folgenden: SGB II aF), [§ 12 Abs 1c](#) Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG). Mehr sei zur Sicherung des Existenzminimums nicht notwendig. Einen Wechsel in den Basistarif könne ein Privatkrankenversicherter jederzeit von seiner Versicherung verlangen und sei ihm auch zumutbar, weil dieser Tarif die gleichen Leistungen wie die gesetzliche Krankenversicherung biete ([§ 12 Abs 1a VAG](#), [§ 204](#) Versicherungsvertragsgesetz (VVG)). Unerheblich sei, dass ein späterer Wechsel des Versicherten in einen anderen oder seinen alten Tarif ggf mit Nachteilen verbunden sei, wie einer möglichen Gesundheitsprüfung oder Risikozuschlägen. Denn das SGB II sichere nur das gegenwärtige Existenzminimum. Hinsichtlich des Bedarfs des Klägers für seine private Pflegeversicherung von 18,04 Euro gelte nichts anderes. Der Zuschuss des Rentenversicherungsträgers sei direkt vom Bedarf abzuziehen, weil er zweckgebunden sei und unmittelbar an die private Kranken- und Pflegeversicherung gezahlt werden könne. Im Übrigen ergebe sich bei einer Anrechnung als Einkommen kein anderer Leistungsanspruch.

5

Das zu berücksichtigende Einkommen von 713,81 Euro errechne sich aus der um die Versicherungspauschale von 30 Euro nach [§ 6 Abs 1 Nr 1 Arbeitslosengeld/Sozialgeld-Verordnung](#) (vom 17.12.2007, [BGBl I 2942](#), im Folgenden Alg II-V aF) bereinigten Nettowitwerrente des Klägers von 743,81 Euro. Die bei der Bedarfsermittlung nicht berücksichtigten Teile des Kranken- und Pflegeversicherungsbeitrags seien keine gesetzlich vorgeschriebene Versicherung. [§ 193 Abs 3 VVG](#) fordere nur eine Krankheitskostenversicherung, wie sie durch den Basistarif abgesichert werde, nicht aber eine Krankengeld- oder Krankentagegeldversicherung, wie sie der Kläger unterhalte. Der über den halben Basistarif hinausgehende Beitragsanteil sei auch nicht als dem Grund und der Höhe nach angemessene Versicherung nach [§ 11 Abs 2 Satz 1 Nr 3 SGB II](#) aF vom Einkommen abzusetzen. Denn nach [§ 6 Abs 1 Nr 1 Alg II-V aF](#) könne nur die Absetzung der Pauschale von 30 Euro verlangt werden, auch wenn die tatsächlichen Aufwendungen für eine angemessene private Versicherung höher seien.

6

Mit der vom LSG zugelassenen Revision rügt der Kläger die Verletzung materiellen Rechts und macht geltend: Nach [§ 26 Abs 2 SGB II](#) aF sei ausgehend vom Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 18.1.2011 ([B 4 AS 108/10 R - BSGE 107, 217](#) = SozR 4-4200 § 26 Nr 1) die volle Prämie für seine nach [§ 193 Abs 3 VVG](#) vorgeschriebene Pflichtversicherung in der Krankenversicherung zu übernehmen, die die für die ambulante, stationäre und zahnärztliche Behandlung erforderlichen Tarife AM0, SM6, ZM3 als Kern umfasse. Hinzu komme noch der Tarif für die private Pflegeversicherung PVN. Es sei nicht nur das absolute Existenzminimum zu übernehmen. Dies ergebe sich auch nicht aus der Pflicht zur Selbsthilfe in [§ 2 SGB II](#), dafür spreche vielmehr das "Wechselspiel" zwischen Fordern und Fördern. Dies gelte zumindest für die Vergangenheit, denn der Beklagte habe ihn nicht dahingehend beraten, dass er durch einen Wechsel in den Basistarif seine Bedürftigkeit vermindern könne, wie es aber im Rahmen des [§ 22 SGB II](#) für Kostensenkungsaufforderungen verlangt werde. Ein Wechsel in den Basistarif sei ihm nicht zumutbar, weil er später aufgrund seiner Vorerkrankungen praktisch nicht in seinen alten Tarif zurückwechseln könne. Für die Pflegeversicherung sei monatlich nicht nur ein Beitrag von 18,04 Euro zu berücksichtigen, sondern seine tatsächlichen Aufwendungen von 27,11 Euro. Anders als in der Krankenversicherung gebe es in der privaten Pflegeversicherung keine Halbierung des Beitrags bei Hilfebedürftigkeit, sondern nur eine Halbierung des Höchstbeitrags nach [§ 110 Abs 2 Satz 3](#) Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI), was bei einem Beitragssatz von 1,95 vH zu einem Betrag von 36,57 Euro führe. Der den Zuschuss übersteigende Beitrag zur privaten Krankenversicherung sei zumindest von seiner Witwerrente nach [§ 11 Abs 2 Satz 1 Nr 3 SGB II](#) aF abzuziehen. Die in [§ 6 Abs 1 Nr 1 Alg II-V aF](#) geregelte Versicherungspauschale von 30 Euro sei verfassungswidrig bzw die Vorschrift müsse verfassungskonform entsprechend dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) vom 9.2.2010 ([1 BvL 1/09](#) ua - [BVerfGE 125, 175](#) ff) ausgelegt werden. Die Versicherungspauschale diene nicht der Abgeltung aller nach [§ 11 Abs 2 Satz 1 Nr 3 SGB II](#) aF zu berücksichtigenden Versicherungen. Bei der von ihm abgeschlossenen privaten Krankenversicherung handele es sich gemäß [§ 193 Abs 3 VVG](#) um eine gesetzlich vorgeschriebene Versicherung im Sinne dieser Vorschrift. Zumindest sei diese Versicherung hinsichtlich der Tarife AM0, SM6, ZM3 und PVN angemessen. Insofern könne nicht nur auf die gegenwärtigen Lebensverhältnisse abgestellt werden, zumindest nicht bei kürzerem Leistungsbezug und es sei eine prognostische Beurteilung vorzunehmen. Die von ihm im Rahmen seiner Krankenversicherung abgeschlossenen weiteren Tarife für Kur- und Sanatoriumsbehandlung, Krankentagegeld, Krankenhaustagegeld und Pfl egetagegeld seien zumindest dem Grund und der Höhe nach angemessene Versicherungen nach [§ 11 Abs 2 Satz 1 Nr 3 SGB II](#) aF von der Witwerrente in Abzug zu bringen.

7

Der Kläger beantragt, die Urteile des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 18. Januar 2012 und des Sozialgerichts Heilbronn vom 17. August 2011 aufzuheben und den Beklagten unter Änderung des Bescheides vom 9. Juli 2010 und des Teilabhilfebescheides vom 30. August 2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 31. August 2010 sowie des Bescheides vom 27. September 2010 zu verurteilen, ihm weitere Leistungen nach dem SGB II für den 30. April 2010 von 6,46 Euro und für Mai bis Oktober 2010 von monatlich je 184,62 Euro zu zahlen.

8

Der Beklagte beantragt, die Revision zurückzuweisen.

II

9

Auf die Revision des Klägers ist das Urteil des LSG aufzuheben und der Rechtsstreit an dieses zurückzuverweisen. Die Revision ist zum Teil begründet und zum Teil unbegründet, mangels ausreichender tatsächlicher Feststellungen des LSG kann der Senat jedoch nicht abschließend entscheiden ([§ 170 Abs 2 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#)).

10

Streitgegenstand des Revisionsverfahrens ist neben der Aufhebung der vorinstanzlichen Urteile die Änderung der angefochtenen Bescheide des Beklagten und die Zahlung von höheren laufenden Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes nach dem SGB II vom 30.4. bis zum 31.10.2010 an den Kläger, weil dessen Beiträge zu seiner privaten Kranken- und Pflegeversicherung bei der Bedarfsberechnung, hilfsweise bei der Berechnung der Absetzbeträge von seinem Einkommen nicht ausreichend berücksichtigt worden seien.

11

Der Kläger hat seine Anfechtungs- und Leistungsklage zu Recht auf den ursprünglichen Bewilligungsbescheid vom 9.7.2010 und den Teilabhilfebescheid vom 30.8.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 31.8.2010 sowie den wiederbewilligenden Bescheid vom 27.9.2010, der denselben Zeitraum umfasst und daher nach [§ 96 SGG](#) Gegenstand des Klageverfahrens geworden ist, beschränkt. Der Rücknahmebescheid vom 17.9.2010 hat sich durch den wiederbewilligenden Bescheid erledigt.

12

Die Grundvoraussetzungen für Leistungen nach dem SGB II (vgl [§ 7 SGB II](#) aF) erfüllte der Kläger nach dem Gesamtzusammenhang der Feststellungen des LSG in der strittigen Zeit. Ausschlussstatbestände, wie zB nach [§ 7 Abs 1 Satz 2, Abs 4, 5 SGB II](#) aF, sind nicht zu erkennen.

13

Nicht beurteilt werden kann jedoch abschließend, wie hoch die vom Kläger zu beanspruchenden Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes sind. Das LSG hat in Übereinstimmung mit dem Teilabhilfebescheid des Beklagten ausgehend von einem Bedarf von 1476,69 Euro, der sich zusammensetzt aus der Regelleistung von 359 Euro, Leistungen für die Unterkunft von 866,90 Euro, einem Zuschuss für die private Krankenversicherung von 284,82 Euro und einem für die private Pflegeversicherung von 18,04 Euro, abzüglich des Krankenversicherungszuschusses des Rentenversicherungsträgers von 52,07 Euro, und abzüglich eines zu berücksichtigenden Einkommens von 713,81 Euro einen Leistungsanspruch von 762,88 Euro pro Monat angenommen. Dem kann bei der Berechnung des Bedarfes insbesondere hinsichtlich der Höhe der Zuschüsse zur privaten Krankenversicherung und zur privaten Pflegeversicherung nicht gefolgt werden (dazu 1.b),c). Hinsichtlich der Leistungen für die Unterkunft und Heizung fehlen ausreichende tatsächliche Feststellungen des LSG für eine abschließende Beurteilung des BSG (dazu 1.a). Eine Beschränkung des Streitgegenstandes auf die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes ohne die Leistungen für Unterkunft und Heizung scheidet aus. Das zu berücksichtigende Einkommen übersteigt die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes des Klägers ohne die Leistungen für die Unterkunft und Heizung, weil diese Leistungen monatlich nur 665,49 Euro betragen, während sich das zu berücksichtigende Einkommen auf 765,88 Euro beläuft. Dementsprechend wirken sich Änderungen bei den Zuschüssen zur Kranken- und zur Pflegeversicherung auch auf die Höhe der Leistungen für die Unterkunft und Heizung aus. Hinsichtlich des zu berücksichtigenden Einkommens und Vermögens des Klägers kann dem LSG nur im Ergebnis, nicht aber in der Begründung gefolgt werden (dazu 2.).

14

1. Der Gesamtbedarf des Klägers an Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes (vgl [§§ 19 ff SGB II](#) aF) pro Monat in der strittigen Zeit setzt sich zusammen aus der Regelleistung von 359 Euro ([§ 20 Abs 4 SGB II](#) aF, Bekanntmachung vom 17.6.2009, [BGBl I 1342](#), Bekanntmachung vom 7.6.2010, [BGBl I 820](#)), den Leistungen für Unterkunft und Heizung ([§ 22 SGB II](#) aF, dazu a) sowie Zuschüssen zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung ([§ 26 Abs 2, 3 SGB II](#) aF, dazu b) und c). Anhaltspunkte für weitere Bedarfe des Klägers, zB einen Mehrbedarf ([§ 24 SGB II](#) aF), sind den Feststellungen des LSG nicht zu entnehmen.

15

Von diesem Gesamtbedarf sind der Beitragszuschuss des Rentenversicherungsträgers in Höhe von 52,07 Euro zur Krankenversicherung des Klägers entgegen der Auffassung des LSG nicht direkt abzuziehen, weil eine Rechtsgrundlage für einen direkten Abzug von Einkommen, das bestimmten Zwecken dient, von Bedarfen, die denselben Zwecken dienen, nicht zu erkennen ist. Dagegen sprechen vielmehr die zB für das Kindergeld bestehenden ausdrücklichen Regelungen über eine direkte Zurechnung ([§ 11 Abs 1 Satz 2, 3 SGB II](#) aF).

16

a) Leistungen für Unterkunft und Heizung werden in Höhe der tatsächlichen Aufwendungen erbracht, soweit diese angemessen sind ([§ 22 Abs 1 Satz 1 SGB II](#) aF). Wie hoch der Bedarf des Klägers für diese Leistungen in der strittigen Zeit war, kann aufgrund der Feststellungen des LSG nicht beurteilt werden: Das LSG hat ebenso wie der Beklagte nur für die Unterkunft einen Bedarf von 866,90 Euro angesetzt, der Kläger habe zusammen mit einem Ehepaar eine Wohnung, nach einer anderen Aussage im Urteil ein Haus, für monatlich 1600 Euro netto kalt plus 150 Euro kalte Nebenkosten gemietet, wovon er die Hälfte zu tragen habe. Die Hälfte von 1750 Euro sind jedoch 875 Euro, und Heizkosten sind in diesem Betrag nicht enthalten. Soweit das LSG ausgeführt hat, Heizkosten habe der Kläger im Verlauf des Verfahrens gesondert geltend gemacht, verkennt es, dass dies rechtlich nicht zulässig ist, weil die Leistung für die Unterkunft und die Leistung für die Heizung nicht als jeweils eigenständige Streitgegenstände geltend gemacht werden können (vgl nur BSG vom 7.11.2006 - [B 7b AS 8/06 R - BSGE 97, 217](#) = [SozR 4-4200 § 22 Nr 1](#), RdNr 18; BSG vom 2.7.2009 - [B 14 AS 36/08 R - BSGE 104, 41](#) = [SozR 4-4200 § 22 Nr 23](#), RdNr 13).

17

Dass die Höhe der Bedarfe des Klägers für die Unterkunft und Heizung nicht dahingestellt bleiben kann, wurde schon aufgezeigt. Dass die Beteiligten einzelne Elemente eines gesetzlichen Anspruchs nicht unstreitig stellen können, auch wenn der Kläger sie "nicht beanstandet" - so das LSG -, folgt aus der gesetzlich vorgeschriebenen Prüfung aller Voraussetzungen von Amts wegen (vgl. [§ 103](#), [§ 170 Abs 1 Satz 2 SGG](#); BSG vom 13.5.2009 - [B 4 AS 58/08 R](#) - [BSGE 103, 153](#) = [SozR 4-4200 § 12 Nr 13](#) RdNr 1 ff mwN).

18

b) Als weiterer Bedarf ist der Zuschuss zur privaten Krankenversicherung des Klägers in Höhe von 279,38 Euro zu berücksichtigen, nicht aber der von ihm begehrte höhere Betrag ([§ 26 Abs 2 Satz 1 Nr 1 SGB II](#) in der ab 1.1.2009 geltenden Fassung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes vom 26.3.2007, [BGBl I 378](#), im Folgenden GKV-WSG).

19

aa) Nach dieser Vorschrift gilt [§ 12 Abs 1c Satz 5, 6 VAG](#) für Bezieher von Arbeitslosengeld II (Alg 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. Diese Voraussetzungen werden vom Kläger dem Grunde nach erfüllt, weil er Anspruch auf Alg II hat und nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern privat krankenversichert ist.

20

Die in Bezug genommenen [§ 12 Abs 1c](#) Sätze 5, [6 VAG](#) lauten: "Besteht auch bei einem nach Satz 4 verminderten Beitrag Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch, beteiligt sich der zuständige Träger nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch auf Antrag des Versicherten im erforderlichen Umfang, soweit dadurch Hilfebedürftigkeit vermieden wird. Besteht unabhängig von der Höhe des zu zahlenden Beitrags Hilfebedürftigkeit nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch, gilt Satz 4 entsprechend; der zuständige Träger zahlt den Betrag, der auch für einen Bezieher von Alg II in der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen ist." Der genannte Satz 4 lautet: "Entsteht allein durch die Zahlung des Beitrags nach Satz 1 oder Satz 3 Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch, vermindert sich der Beitrag für die Dauer der Hilfebedürftigkeit um die Hälfte; die Hilfebedürftigkeit ist vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch auf Antrag des Versicherten zu prüfen und zu bescheinigen." Der Satz 3 ist vorliegend nicht einschlägig, weil er Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Grundsätzen betrifft, zu denen der Kläger nicht gehört; der Satz 1 lautet: "Der Beitrag für den Basistarif ohne Selbstbehalt und in allen Selbstbehaltstufen darf den Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigen."

21

Im strittigen Zeitraum vom 30.4. bis 31.10.2010 betrug dieser genannte Höchstbeitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung 558,75 Euro, weil sich die Beitragsbemessungsgrenze auf 3750 Euro pro Monat ([§§ 223, 6 Abs 7](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), [§ 4 Abs 2 Sozialversicherungsrechengrößen-Verordnung 2010 vom 7.12.2009](#), [BGBl I 3846](#)) und der allgemeine Beitragsatz auf 14,9 vH ([§ 1 GKV-Beitragsatzverordnung vom 29.10.2008](#), [BGBl I 2109](#) idF durch Art 14 Nr 1 des Gesetzes zur Sicherung von Beschäftigung und Stabilität in Deutschland vom 2.3.2009, [BGBl I 416](#)) beliefen. Die Hälfte dieses Höchstbeitrages und damit der halbe Beitrag für den Basistarif nach [§ 12 Abs 1c Satz 4 VAG](#), den Personen zu zahlen haben, die hilfebedürftig im Sinne des SGB II sind, beträgt 279,38 Euro.

22

Dass der Beklagte den Beitrag des Klägers zu seiner privaten Krankenversicherung bis zur Höhe des halben Beitrags für den Basistarif und nicht nur den Beitrag für Alg II-Empfänger in der gesetzlichen Krankenversicherung zu zahlen hat, folgt aus den Grundsätzen, die der 4. Senat des BSG in der Entscheidung vom 18.1.2011 ([B 4 AS 108/10 R](#) - [BSGE 107, 217](#) = [SozR 4-4200 § 26 Nr 1](#)) dargelegt hat, denen sich der Senat anschließt. Danach kann ein privat krankenversicherter Alg II-Empfänger die Übernahme seines Beitrags zur privaten Krankenversicherung bis zur Hälfte des Höchstbeitrags zur gesetzlichen Krankenversicherung, also den halben Basistarif, aufgrund einer analogen Anwendung der für freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Personen geltenden Regelungen beanspruchen.

23

bb) Soweit der Kläger meint, der Beklagte müsse auch den über die Hälfte des halben Beitrags für den Basistarif hinausgehenden Teil seines Beitrags zur privaten Krankenversicherung, insbesondere für die Tarife übernehmen, die die ambulante, stationäre und zahnärztliche Behandlung umfassen, kann dem nicht gefolgt werden.

24

Eine Rechtsgrundlage, aufgrund der der Beklagte verpflichtet ist, einen höheren Beitrag als den halben Beitrag für den Basistarif in der privaten Krankenversicherung nach [§ 12 Abs 1c Satz 1, 4 VAG](#) zu tragen, ist nicht zu erkennen. Der Kläger seinerseits hat auch nur allgemein auf das "Wechselspiel" von Fordern und Fördern hingewiesen, ohne aufzuzeigen, wieso aus dem mit "Fordern und Fördern" überschriebenen Kapitel 1 des SGB II ein dahingehender Anspruch abgeleitet werden kann. Soweit der Kläger meint, der ihm nach [§ 204 Abs 1 Satz 1 Nr 1 Buchst b VVG](#) mögliche Wechsel in den Basistarif sei für ihn unzumutbar, weil er später nur unter erschwerten Bedingungen, wie Gesundheitsprüfung oder Risikozuschläge, oder überhaupt nicht mehr in seinen alten Tarif zurückkehren könne, folgt hieraus kein Anspruch auf eine höhere Zuschusspflicht des Beklagten. Denn die Leistungen im Basistarif der privaten Krankenversicherung entsprechen denen der gesetzlichen Krankenversicherung ([§ 12 Abs 1a Satz 1 VAG](#)), die ca 90 vH der Bevölkerung absichert (vgl. Übersicht über das Sozialrecht, 9. Aufl 2012, Kap 5 RdNr 2). Weshalb ein solcher Versicherungsschutz für den Kläger unzumutbar sein und dessen Grundrecht auf ein menschenwürdiges Existenzminimum nicht gewährleisten soll, ist nicht erkennbar.

25

Dies gilt auch, soweit der Kläger meint, eine Parallele zu der Kostensenkungsaufforderung nach [§ 22 Abs 1 SGB II](#) aF ziehen zu können. Ein Vergleich des Zuschusses zur privaten Krankenversicherung nach [§ 26 Abs 2 SGB II](#) aF mit den Leistungen für Unterkunft und Heizung nach [§ 22 SGB II](#) aF scheidet schon deswegen aus, weil letztere als Ausgangspunkt nach [§ 22 Abs 1 Satz 1 SGB II](#) "in Höhe der tatsächlichen Aufwendungen erbracht werden, soweit sie angemessen sind" und sich dann erst die Frage einer Kostensenkung stellt, während es eine entsprechende Regelung für den Zuschuss zum Beitrag zur privaten Krankenversicherung nicht gibt. Schon die Übernahme des Beitragsanteils, der über dem vom Jobcenter an die gesetzliche Krankenversicherung zu zahlenden Betrag liegt, bis zur Hälfte des Höchstbetrags des Basistarifs, beruht auf einer aus verfassungsrechtlichen Gründen gebotenen Analogie (Urteil des 4. Senats des BSG vom 18.1.2011, [aaO](#)). Eine weitere Lücke im gesetzgeberischen Konzept, die zu einer Übernahme darüber hinausgehender Beitragsanteile führen könnte, ist nicht zu erkennen.

26

Soweit der Kläger anführt, der Beklagte habe ihn über einen Wechsel in den Basistarif nicht beraten, handelt es sich um neuen, im Revisionsverfahren unzulässigen Sachvortrag (vgl. [§ 163 SGG](#)). Im Übrigen setzt ein Beratungsmangel ua einen entsprechenden Beratungsbedarf voraus, eine dahingehende Aufklärungsrüge wurde vom Kläger aber nicht erhoben (vgl. zu deren Voraussetzungen nur [§ 164 Abs 2 Satz 3 SGG](#)).

27

c) Hinzu kommt der Bedarf wegen des Zuschusses zur privaten Pflegeversicherung des Klägers, der in voller Höhe von 27,11 Euro vom Beklagten zu übernehmen ist ([§ 26 Abs 3 Satz 1 SGB II](#) aF).

28

Nach dieser Vorschrift werden für die Bezieher von Alg II, die in der sozialen Pflegeversicherung nicht versicherungspflichtig und nicht familienversichert sind, die Aufwendungen für eine angemessene private Pflegeversicherung im notwendigen Umfang übernommen. Diese Voraussetzungen werden vom Kläger dem Grunde nach erfüllt, weil er Alg II bezieht und nicht in der sozialen Pflegeversicherung, sondern privat pflegeversichert ist.

29

Was eine "angemessene private Pflegeversicherung im notwendigen Umfang" ist, wird weder im SGB II noch im SGB XI ausdrücklich geregelt. Auszugehen ist - wie das LSG zu Recht ausgeführt hat - von [§ 110 SGB XI](#), nach dessen Abs 1 iVm [§ 23 SGB XI](#) die Leistungen der privaten Pflegeversicherung den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung nach Art und Umfang gleichwertig sein müssen. Dementsprechend erfüllt eine private Pflegeversicherung im Sinne dieser Vorschrift die aufgezeigte Voraussetzung.

30

Die Höhe der Beiträge regelt [§ 110 Abs 2 Satz 3](#), 4 SGB XI i dF des Pflegeversicherungs-Weiterentwicklungsgesetzes vom 28.5.2008 ([BGBl I 874](#)) wie folgt: "Für Personen, die im Basistarif nach [§ 12](#) des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert sind und deren Beitrag zur Krankenversicherung sich nach [§ 12 Abs 1c Satz 4 oder 6](#) des Versicherungsaufsichtsgesetzes vermindert, darf der Beitrag 50 vom Hundert des sich nach Abs 1 Nr 2 Buchst e ergebenden Beitrags nicht übersteigen; Für die Aufbringung der nach Satz 3 verminderten Beiträge gilt [§ 12 Abs 1c Satz 5 oder 6](#) des Versicherungsaufsichtsgesetzes entsprechend; dabei gilt Satz 6 mit der Maßgabe, dass der zuständige Träger den Beitrag zahlt, der auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der sozialen Pflegeversicherung zu tragen ist." Danach darf der Beitrag in der privaten Pflegeversicherung für Personen im verminderten Basistarif zur privaten Krankenversicherung im Jahr 2010 bei dem normalen Beitragssatz von 1,95 vH ([§ 55 Abs 1](#), 3 SGB XI) und einer Beitragsbemessungsgrenze von 3750 Euro ([§ 55 Abs 2 SGB XI](#), [§ 6 Abs 7 SGB V](#)) maximal 36,56 Euro betragen.

31

Der in [§ 110 Abs 2 Satz 4 SGB XI](#) für die Bezieher von Alg II enthaltene Verweis auf [§ 12 Abs 1c Satz 5, 6 VAG](#) mit der ausdrücklichen Maßgabe, dass der zuständige Leistungsträger nach dem SGB II (nur) den Beitrag zu übernehmen hat, der für einen Bezieher von Alg II in der sozialen Pflegeversicherung zu zahlen ist, lässt auf eine Deckungslücke schließen. Denn im Jahr 2010 betrug der ermäßigte Beitragssatz für Alg II-Bezieher in der sozialen Pflegeversicherung 18,04 Euro. Nach [§ 57 Abs 1 Satz 2 SGB XI](#) ist für die Beitragsbemessung von Alg II-Beziehern abweichend von [§ 232a Abs 1 Satz 1 Nr 2 SGB V](#) der dreißigste Teil des 0,3620-fachen der monatlichen Bezugsgröße pro Tag zugrunde zu legen; die monatliche Bezugsgröße nach [§ 18](#) Viertes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IV) betrug im Jahr 2010 2555 Euro.

32

Der Beklagte kann sich jedoch auf die Begrenzung der Leistungspflicht auf die Höhe der in der sozialen Pflegeversicherung versicherten Leistungsbezieher nicht berufen, soweit dies der Grundentscheidung des Gesetzgebers in [§ 26 Abs 3 SGB II](#) aF für eine Absicherung der privat pflegeversicherten Alg II-Empfänger durch eine "angemessene private Pflegeversicherung im notwendigen Umfang" widerspricht. Mit der Verpflichtung der privaten Pflegeversicherungsunternehmen auf eine Beitragsabsenkung zugunsten ihrer Versicherten im Basistarif, die auch für die Bezieher von Alg II maßgebend ist, hat der Gesetzgeber für diesen Personenkreis zugleich festgelegt, welche Beitragshöhe "angemessen" und "notwendig" ist, nämlich der Beitrag, den private Versicherungsunternehmen von derart beitragsprivilegierten Personen höchstens fordern können. Eine weitere Reduzierung des Beitrags für Bezieher von Alg II ist nicht vorgesehen. Das Regelungsgefüge der [§ 110 Abs 2 Satz 4 SGB XI](#), [§ 12 Abs 1c VAG](#), [§ 57 Abs 1 Satz 2 SGB XI](#) eröffnet insbesondere nicht die Möglichkeit, die Beitragsforderung des privaten Pflegeversicherungsunternehmens auf 18,04 Euro, den Beitragssatz für Alg II-Bezieher in der sozialen Pflegeversicherung, zu reduzieren (vgl. BSG vom 18.1.2011 - [B 4 AS 108/10 R - BSGE 107, 217](#) = SozR 4-4200 § 26 Nr 1). Daher muss ein Beitrag bis zu maximal 36,56 Euro monatlich als notwendig iS des [§ 26 Abs 3 SGB II](#) aF angesehen werden, zumal der Gesetzgeber, wie sich aus der Aufstellung der regelbedarfsrelevanten Verbrauchsausgaben ergibt (vgl. für den Rechtszustand seit dem Jahr 2011: [§ 6 Abs 1](#)

Regelbedarfsermittlungsgesetz), die Einbeziehung eines Teils des Pflegeversicherungsbeitrags in den Regelbedarf nicht erwogen hat.

33

2. Dem Bedarf ist kein zu berücksichtigendes Vermögen, wohl aber zu berücksichtigendes Einkommen in Höhe von 765,88 Euro gegenüberzustellen.

34

Dass der Kläger nach [§ 12 SGB II](#) zu verwertendes Vermögen hat, ist den Feststellungen des LSG nicht zu entnehmen. Dies gilt insbesondere für die darin aufgeführte Eigentumswohnung mit einem Verkehrswert von 54 000 Euro angesichts ihrer Belastungen mit einer Grundschuld und einem Darlehen von etwa 175 000 Euro.

35

Der Kläger hat ein zu berücksichtigendes Einkommen in Höhe von 765,88 Euro, weil von den zu berücksichtigenden Einnahmen von 795,88 Euro nur die Versicherungspauschale von 30 Euro abzuziehen ist.

36

a) Nach den Feststellungen des LSG hat der Kläger zu berücksichtigende Einnahmen nach [§ 11 Abs 1](#), 3 SGB II aF von 795,88 Euro, die sich zusammensetzen aus dem Zahlbetrag seiner Nettowitwerrente von 743,81 Euro und dem Zuschuss des Rentenversicherungsträgers zu seinem Krankenversicherungsbeitrag von 52,07 Euro.

37

Der Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag dient zwar einem bestimmten Zweck, ist aber keine zweckbestimmte Einnahme iS des [§ 11 Abs 3 Nr 1 Buchst a SGB II](#) aF, weil er nicht einem anderen Zweck als die Leistungen nach dem SGB II dient. Denn dieser Zuschuss dient ebenso wie der Zuschuss des Beklagten nach [§ 26 Abs 2 SGB II](#) aF dem Krankenversicherungsschutz des Klägers.

38

Weitere zu berücksichtigende Einnahmen hat der Kläger nach den Feststellungen des LSG nicht, insbesondere keine Mieteinnahmen aus seiner Eigentumswohnung, da die monatlichen Schuldzinsen höher als der Mietzins sind (§§ 4, 3 Abs 2 Satz 1 Alg II-V aF).

39

b) Von den zu berücksichtigenden Einnahmen ist nach [§ 11 Abs 2 SGB II](#) aF nur die Versicherungspauschale von 30 Euro abzusetzen. Feststellungen zu weiteren Absetzbeträgen sind dem Urteil des LSG nicht zu entnehmen, der Kläger hat keine entsprechenden Rügen erhoben. Der Auffassung des Klägers, der Beitragsanteil zu seiner privaten Krankenversicherung, der nicht durch den Zuschuss nach [§ 26 Abs 2 SGB II](#) aF gedeckt ist, zumindest derjenigen Tarife, die nach [§ 193 Abs 3 VVG](#) vorgeschrieben sind, müsse abgesetzt werden, kann nicht gefolgt werden.

40

Als Absetzbeträge von den zu berücksichtigenden Einnahmen kommen vorliegend nur in Betracht Beiträge zu privaten Versicherungen, soweit diese Beiträge gesetzlich vorgeschrieben oder nach Grund und Höhe angemessen sind; hierzu gehören Beiträge zur Vorsorge für den Fall der Krankheit und der Pflegebedürftigkeit für Personen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht versicherungspflichtig sind, soweit die Beiträge nicht nach [§ 26 SGB II](#) aF bezuschusst werden ([§ 11 Abs 2 Satz 1 Nr 3 SGB II](#) aF).

41

aa) Dem LSG kann nicht gefolgt werden, soweit es meint, eine Übernahme der Beitragsanteile zur privaten Krankenversicherung, die über die Versicherungspauschalen von 30 Euro nach § 6 Abs 1 Nr 2 Alg II-V aF hinausgehen, scheidet von vornherein aus, weil diese Pauschale alle derartigen Versicherungen abschließend und umfassend abdecken wolle.

42

Entgegen der Meinung des LSG wäre eine solche Regelung in der Alg II-V aF nicht durch eine Ermächtigungsgrundlage in [§ 13 Abs 1 Nr 3 SGB II](#) aF gedeckt, weil diese Vorschrift nur lautet "welche Pauschbeträge für die vom Einkommen abzusetzenden Beträge zu berücksichtigen sind". Damit wird der Ordnungsgeber nur ermächtigt, überhaupt Pauschalen, wie auch schon unter der Geltung des Bundessozialhilfegesetzes in der Verordnung zu dessen § 76, aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung einzuführen. Dass durch die unter dem SGB II als Parlamentsgesetz stehende Alg II-V, die Regelung des [§ 11 Abs 2 Satz 1 Nr 3 SGB II](#), nach der zB gesetzlich vorgeschriebene Versicherungen zu übernehmen sind, eingeschränkt werden sollte, ist der Ermächtigungsgrundlage nicht zu entnehmen.

43

In dem vom LSG angeführten Urteil des BSG vom 19.3.2008 ([B 11b AS 7/06 R - SozR 4-4200 § 11 Nr 10](#)) wird derartiges nicht ausgesagt. In diesem Urteil war nur der Abzug des Pauschbetrages vom Kindergeld umstritten, nicht aber der Abzug von Versicherungen nach [§ 11 Abs 2 Satz 1 Nr 3 SGB II](#) aF. Gleiches gilt für das Urteil des Senats vom 15.4.2008 ([B 14/7b AS 58/06 R - SozR 4-4200 § 9 Nr 5](#) RdNr 32, 46). Das BSG hat bereits im Urteil vom 7.11.2006 ([B 7b AS 18/06 R - BSGE 97, 254 = SozR 4-4200 § 22 Nr 3](#), RdNr 26), in dem verfassungsrechtliche

Bedenken gegen die Vorläufervorschrift in § 3 Nr 1 Alg II-V vom 20.10.2004 ([BGBl I 2622](#)) verneint wurden, ausgeführt, dass über die Pauschale hinausgehende Beiträge beim Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen nach [§ 11 Abs 2 Satz 1 Nr 3 SGB II](#) aF zu übernehmen seien. Dass der Zweck der Pauschale nicht eine Leistungsbegrenzung, sondern eine Verwaltungsvereinfachung ist, kann auch der Gesetzesbegründung zu [§ 13 SGB II](#) entnommen werden ([BT-Drucks 15/1516 S 54](#)). Die vom LSG angeführte Literatur stützt dessen Auffassung ebenfalls nicht: Vielmehr führt Mecke (Eicher/Spellbrink, SGB II, 2. Aufl 2008, § 11 RdNr 105) aus, dass gesetzlich vorgeschriebene Versicherungen und Vorsorgebeiträge nach [§ 11 Abs 2 Satz 1 Nr 3 SGB II](#), wie Krankenversicherungsbeiträge, zusätzlich zur Pauschale von 30 Euro abgesetzt werden können. Soweit Hasske (in Estelmann, SGB II, § 11 RdNr 69), auf die sich das LSG insbesondere beruft, meint, aufgrund der Pauschale von 30 Euro, die es immer gebe, die aber auch nicht überschritten werden dürfe, sei die im Gesetz vorgesehene Prüfung der Angemessenheit der Beiträge überflüssig, wird die verfassungsrechtlich vorgegebene Normenhierarchie verkannt.

44

bb) Der Beitragsanteil zur privaten Krankenversicherung des Klägers, der nicht durch den Zuschuss nach [§ 26 Abs 2 SGB II](#) aF gedeckt ist, kann jedoch nicht als Absetzbetrag aufgrund eines gesetzlich vorgeschriebenen Versicherungsbeitrags nach [§ 11 Abs 2 Satz 1 Nr 3 Alternative 1 SGB II](#) aF berücksichtigt werden.

45

Vorgeschrieben für nicht gesetzlich Krankenversicherte ist nach [§ 193 Abs 3 VVG](#) eine Krankheitskostenversicherung, "die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst ". Dieser Pflicht wird durch den Abschluss einer Krankenversicherung nach dem Basistarif gemäß [§ 12 VAG](#) genügt. Der Beitrag für eine solche Versicherung ist oben als Zuschuss nach [§ 26 Abs 2 SGB II](#) aF anerkannt worden. Eine weitergehende gesetzliche Beitragspflicht scheidet damit aus. Der durch das GKV-WSG eingeführte Basistarif beinhaltet für Privatkrankenversicherte die Leistungen, die denen der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechen, um den mit dem GKV-WSG beabsichtigten Krankenversicherungsschutz für alle Personen, die in Deutschland ihren Wohnsitz haben und nicht gesetzlich krankenversichert sind, zu einem bezahlbaren Tarif sicherzustellen (vgl nur Gesetzesbegründung in [BT-Drucks 16/3100 S 85](#) ff).

46

cc) Der Beitragsanteil zur privaten Krankenversicherung des Klägers, der nicht durch den Zuschuss nach [§ 26 Abs 2 SGB II](#) aF gedeckt ist, kann auch nicht als Absetzbetrag aufgrund eines nach Grund und Höhe angemessenen Versicherungsbeitrags nach [§ 11 Abs 2 Satz 1 Nr 3 Alternative 2 SGB II](#) aF berücksichtigt werden.

47

Zu den Voraussetzungen dieser Alternative hat der 4. Senat des BSG zuletzt im Urteil vom 16.2.2012 ([B 4 AS 89/11 R](#) - RdNr 27, 29) zusammenfassend ausgeführt, entscheidend sei, ob eine solche Vorsorgeaufwendung üblicherweise von Beziehern von Einkommen knapp oberhalb der Grundsicherungsgrenze getätigt werde oder die individuellen Lebensverhältnisse den Abschluss einer derartigen Versicherung bedingen, und dies für eine Zusatzkrankenversicherung verneint, die Leistungen oberhalb der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem SGB V abdecken sollte. Dem schließt sich der Senat an, weil die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung für rund 90 vH der Bevölkerung nach der Rechtslage im SGB V als ausreichend angesehen werden und dementsprechend höhere Leistungen für die Empfänger von Alg II weder dem Grund noch der Höhe nach als angemessen anzusehen sind. Dass keine spezifischen Gründe für eine private Krankenversicherung des Klägers vorliegen, wurde schon ausgeführt.

48

Das LSG wird auch über die Kosten des Revisionsverfahrens zu entscheiden haben.

Rechtskraft

Aus

Login

BRD

Saved

2013-03-14