L 14 AS 618/10

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Grundsicherung für Arbeitsuchende

Abteilung
14
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 30 AS 4323/07
Datum

03.03.2010
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 14 AS 618/10
Datum

17.04.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Die tatsächlichen (vollen) Beiträge zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung für einen Zeitraum in 2007 sind nicht gem. [§ 26 Abs. 2 S. 1 SGB II](#) in der ab 1. Mai 2007 geltenden Fassung (BGBl. I S. 554) zu gewähren.

Orientierungssatz: Zum Zuschuss zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung für erwerbsfähige Hilfebedürftige nach dem SGB II
Die Berufung der Kläger gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 3. März 2010 wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Kläger begehren höhere Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch - SGB II - unter Berücksichtigung der tatsächlichen Beiträge für ihre private Kranken- und Pflegeversicherung im Zeitraum vom 1. Juli 2007 bis zum 30. September 2007.

Der 1943 geborene Kläger, ein Diplomkaufmann, und seine 1946 geborene Ehefrau waren seit 1970 angesichts des über der Beitragsbemessungsgrenze liegenden Einkommens des Klägers privat kranken- bzw. später auch pflegeversichert. Die Eheleute bezogen für die letzten Monate des Jahres 2004 Sozialhilfe nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG) unter Berücksichtigung der (tatsächlichen) Beiträge für ihre private Kranken- und Pflegeversicherung, die C Krankenversicherung a. G. (nachfolgend C-KV/PV). Seit März 2008 erhalten die Kläger Rentenleistungen, aufgrund derer ihre Hilfebedürftigkeit nach dem SGB II entfiel.

Am 3. Dezember 2004 beantragten sie beim Beklagten Arbeitslosengeld II für die Zeit ab dem 1. Januar 2005. Der Sozialhilfeträger teilte ihnen mit Schreiben vom 13. Dezember 2004 unter Beifügung eines Merkblattes zur Gesetzesänderung und in Bezug auf ihren Antrag auf Gewährung von Arbeitslosengeld II mit, ab dem 1. Januar 2005 sei die Krankenversicherung neu zu klären. Wenn, wie von den Klägern bisher angedacht, weiterhin von diesen beabsichtigt sei, privat versichert zu bleiben, sei eine Befreiung von der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht von einer gesetzlichen Krankenkasse erforderlich. Zudem würden die Beiträge für die private Versicherung nur noch durch einen Zuschuss in Höhe der gesetzlichen Krankenversicherungsbeiträge vom SGB II-Träger übernommen werden.

Mit Schreiben vom 22. Dezember 2004 teilte die Klägerin für sich und ihren Ehemann unter Bezugnahme auf das Schreiben vom 13. Dezember 2004 mit, mittlerweile sei die Rückstufung auf den Standard-Tarif bei der C-KV/PV bestätigt worden. Sie fügte dem Schreiben eine Kopie des Versicherungsscheins für sich und ihren Ehemann bei und bat zugleich darum, den ab Januar 2005 fälligen Monatsbeitrag für die Kranken- und Pflegeversicherung in Höhe von 479,82 EUR insgesamt zu übernehmen.

Unter Bezugnahme auf eine telefonische Beratung übersandte die Klägerin dem Beklagten mit Schreiben vom 18. Januar 2005 die mit Bescheiden der AOK vom 17. Januar 2005 erteilten, sie und ihren Ehemann betreffenden Befreiungen von der Kranken- und Pflegeversicherungspflicht, die den Hinweis enthielten, dass die Befreiungen für die gesamte Dauer des Leistungsbezugs gälten und unwiderruflich wären.

Der Beklagte leistete den Klägern - teilweise vorschussweise - seit dem 1. Januar 2005 Grundsicherung nach dem SGB II und gewährte ihnen monatlich einen Zuschuss zu den Beiträgen, die von ihnen für die Dauer ihres Leistungsbezuges für eine Versicherung gegen Krankheit oder Pflegebedürftigkeit an ein privates Krankenversicherungsunternehmen gezahlt würden.

Seit dem 1. März 2007 entrichteten die Kläger für ihre private Kranken- und Pflegeversicherung bei der C-KV/PV insgesamt 483,12 EUR im

Monat; davon entfielen auf den Kläger 153,66 EUR für die Kranken- und 55,62 EUR für die Pflegeversicherung und auf die Klägerin 238,35 EUR für die Kranken- und 35,49 EUR für die Pflegeversicherung.

Auf ihren Fortzahlungsantrag vom 27. April 2007 bewilligte ihnen der Beklagte mit Bescheid vom 21. März 2007 Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II für den Zeitraum vom 1. April 2007 bis zum 30. September 2007 einschließlich des Zuschusses zu den Versicherungsbeiträgen für die C-KV/PV.

Mit Änderungsbescheid vom 2. Juni 2007 gewährte der Beklagte den Klägern für den Zeitraum vom 1. Juli 2007 bis zum 30. Juni 2007 Grundsicherungsleistungen in Höhe von insgesamt nunmehr 1.592,06 EUR im Hinblick auf die ab dem 1. Juli 2007 gesetzlich erhöhten Regelleistungen. Als Zuschuss zu den Beiträgen für die private Kranken- und Pflegeversicherung leistete er den Klägern jeweils einen Betrag in Höhe von 113,05 EUR (Krankenversicherung) bzw. 14,45 EUR (Pflegeversicherung), insgesamt 255 EUR im Monat.

Die Kläger erhoben am 2. Juli 2007 "Widerspruch". Sie beantragten, rückwirkend zum 1. Januar 2005 die Erstattung der tatsächlichen Kosten für die private Krankenversicherung zum Standardtarif bzw. die tatsächlichen Kosten der privaten Pflegeversicherung von insgesamt 483,12 EUR im Monat abzüglich der vom Beklagten monatlich gezahlten Zuschüsse.

Mit Widerspruchsbescheid vom 24. Oktober 2007 verwarf der Beklagte die Widersprüche als unzulässig hinsichtlich der Höhe des Beitragszuschusses für die Bewilligungszeiträume vom 1. Januar 2005 bis zum 30. September 2007 wegen Ablaufs der Widerspruchsfrist.

Mit weiterem Widerspruchsbescheid vom 29. Oktober 2007 wies er den Widerspruch hinsichtlich des Bewilligungszeitraums vom 1. Juli 2007 bis zum 30. September 2007 zurück und führte zur Begründung aus, für die Kläger wären ohne Befreiung von der Versicherungspflicht monatlich Beiträge für die gesetzliche Kranken- bzw. soziale Pflegeversicherung in Höhe von 2 x 127,50 EUR abzuführen. Der Zuschuss zu den Beiträgen für die private Versicherung sei auf die Höhe dieses Betrages begrenzt. Die Kläger seien wunschgemäß von der Kranken- und Pflegeversicherungspflicht befreit worden.

Die Kläger haben am 26. November 2007 beim Sozialgericht Potsdam gegen den Bescheid vom 2. Juni 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29. Oktober 2007 Klage erhoben und geltend gemacht, ihnen sei es nicht mehr möglich, in eine gesetzliche Krankenversicherung zu wechseln. Aufgrund des weiterhin andauernden SGB II-Leistungsbezugs seien sie zur Existenzsicherung auf die Versicherungsbeiträge in tatsächlicher Höhe angewiesen.

Mit Urteil vom 3. März 2010 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen und die Berufung zugelassen. Zur Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt, der Zuschuss, der vom Beklagten für die Dauer des Leistungsbezuges im Falle einer privaten Kranken- und Pflegeversicherung zu leisten sei, sei auf die Höhe des Betrages begrenzt, der ohne die Befreiung von der gesetzlichen Krankenversicherung zu zahlen wäre. Seit dem 1. Januar 2007 hätte der durchschnittliche ermäßigte Beitragssatz der Krankenkasse monatlich 112,42 EUR und der Beitrag zur sozialen Pflegeversicherung monatlich 15,08 EUR betragen, so dass für die Kläger ohne die Befreiung von der Versicherungspflicht monatliche Beiträge in der gesetzlichen Kranken- bzw. Pflegeversicherung in Höhe von 255 EUR abzuführen gewesen wären. Auf die Differenz zu den tatsächlich an das private Versicherungsunternehmen zu entrichtenden Beiträgen in Höhe monatlich 228,12 EUR insgesamt hätten sie keinen Anspruch. Im Übrigen sei das Rechtsschutzbedürfnis fraglich, da die Kläger ihrer Beitragspflicht durch Aufnahme privater Darlehen nachgekommen seien und im Jahr 2007 noch ein Wechsel in den Basistarif der gesetzlichen Krankenversicherung möglich gewesen wäre.

Gegen dieses dem Prozessbevollmächtigten der Kläger am 25. März 2010 zugestellte Urteil richtet sich die am 1. April 2010 beim Landessozialgericht Berlin-Brandenburg eingegangene Berufung der Kläger, zu deren Begründung sie ausführen, soweit das Sozialgericht auf nationaler Ebene eine Regelungslücke festgestellt habe, hätte es ergänzend höherrangiges (Europa-) Recht heranziehen müssen, zumal er – der Kläger – österreichischer Staatsangehöriger sei. Sie hätten sich zu Beginn des Jahres 2005 entschieden, auf den gesetzlichen Krankenversicherungsschutz zu verzichten, da sie ihren privaten Versicherungsschutz über drei Jahrzehnte trotz wiederholter und langjähriger Auslandsaufenthalte aufrechterhalten hätten. Seinerzeit seien sie nicht davon ausgegangen, bis zum Rentenbeginn Arbeitslosengeld II zu beziehen. Beitragslücken seien bei der C-KV/PV nicht entstanden, da sie insofern verschiedentlich Privatdarlehen aufgenommen hätten, die sie teilweise noch abzutragen hätten. Zur ergänzenden Begründung beziehen sie sich auf das Urteil des Bundessozialgerichts vom 18. Januar 2011 – [B 4 AS 108/10 R](#) – (Juris).

Die Kläger beantragen, das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 3. März 2010 aufzuheben und den Beklagten unter Abänderung des Bescheides vom 2. Juni 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29. Oktober 2007 zu verurteilen, ihnen höhere Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts durch Übernahme der tatsächlichen Beiträge für ihre private Kranken- und Pflegeversicherung im Zeitraum vom 1. Juli 2007 bis zum 30. September 2007 in Höhe von weiteren 228,12 EUR insgesamt im Monat zu gewähren.

Der Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Er hält das angefochtene Urteil für zutreffend. Die Entscheidung des Bundessozialgerichts mit Urteil vom 18. Januar 2011 sei auf den vorliegenden Streitzeitraum (1. Juli 2007 bis zum 30. September 2007) nicht übertragbar.

Die Kläger haben am 7. Juli 2011 beim Beklagten einen Überprüfungsantrag in Bezug auf alle in der Zeit von Januar 2005 bis Februar 2008 ergangenen Bescheide gestellt, den der Beklagte mit Bescheid vom 28. Juli 2011 abgelehnt hat. Gegen den zurückweisenden Widerspruchsbescheid vom 1. September 2011 haben die Kläger zwischenzeitlich eine weitere Klage beim Sozialgericht Potsdam erhoben, wie sie im Erörterungstermin vom 2. März 2012 mitgeteilt haben.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakten, insbesondere die Niederschrift über den Erörterungstermin vom 2. März 2012 (Bl. 97 - 99 der Gerichtsakten), sowie den der Leistungsakten des Beklagten Bezug genommen. Soweit wesentlich, war der Akteninhalt Gegenstand der Beratung.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung, über die der Senat gemäß [§ 153 Abs. 1](#) i.V.m. [§ 124 Abs. 2](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) im schriftlichen Verfahren ohne mündliche Verhandlung durch Urteil entscheiden kann, nachdem die Beteiligten hierzu im Erörterungstermin vom 2. März 2012 ihr Einverständnis erklärt haben, ist zwar zulässig, insbesondere form- und fristgerecht eingelegt worden und statthaft ([§§ 143, 151 SGG](#)). Das Sozialgericht hat die Berufung zugelassen. Das Landessozialgericht ist an die Zulassung gebunden ([§ 144 Abs. 3 SGG](#)).

Gegenstand des Verfahrens ist der Bescheid des Beklagten vom 2. Juni 2007 (eines Beteiligungsfähigen im Sinne des [§ 70 Nr. 1 SGG, § 44b Abs. 1 SGB II](#)) in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30. September 2009, mit dem er den Klägern für den Zeitraum 1. Juli 2007 bis zum 30. September 2007 Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II unter Berücksichtigung (u. a.) eines Teils ihrer Beiträge für die private Kranken- und Pflegeversicherung bewilligt hat. Gegen diesen Bescheid wenden sich die Kläger zulässigerweise mit der (kombinierten) Anfechtungs- und Leistungsklage ([§ 54 Abs. 4 SGG](#)). Der Bescheid vom 28. Juli 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 1. September 2011, mit dem der Beklagte den (erneuten) Überprüfungsantrag der Kläger abgelehnt hat, ist nicht gemäß [§ 96 SGG](#) Gegenstand des Verfahrens geworden.

In materieller Hinsicht sind nur die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts einschließlich der monatlich gewährten Zuschüsse zu den Versicherungsbeiträgen gegenständlich, nicht hingegen die darüber hinaus bewilligten Kosten der Unterkunft. Zwar ist der im vorliegenden Verfahren angefochtene Änderungsbescheid vom 2. Juni 2007 (mit dem der bestandskräftige Bescheid vom 21. März 2007 für die Zeit ab dem 1. Juli 2007 geändert wurde) allein wegen der zum 1. Juli 2007 erfolgten Erhöhung der gesetzlichen Regelleistungen ergangen. Gleichwohl ist in Bezug auf den im angefochtenen Bescheid genannten Zuschuss zu den Leistungen der Krankenversicherung nicht von einer – im Verhältnis zum Bescheid vom 21. März 2007 – lediglich wiederholenden Verfügung auszugehen, da der Gegenstand der Entscheidung insofern nicht teilbar ist (vgl. auch BSG, Urteil vom 18. Januar 2011 – [B 4 AS 108/10 R](#) – Juris Rn. 13).

Für das Klagebegehren ist auch nicht das Rechtsschutzinteresse der Kläger aufgrund der angegebenen Erfüllung der Beitragsforderungen der C-KV/PV mithilfe von Darlehensmitteln entfallen. Denn die Kläger haben am 2. Juli 2007 fristgemäß gegen den Änderungsbescheid vom 2. Juni 2007 Widerspruch erhoben, so dass weder Bestandskraft noch anderweitig Erledigung in Bezug auf ihr Begehren eingetreten ist.

Die Berufung ist jedoch nicht begründet. Das Sozialgericht hat die Klage im Ergebnis zu Recht abgewiesen. Der angefochtene Bescheid vom 2. Juni 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29. Oktober 2007 ist rechtmäßig und verletzt die Kläger nicht in ihren Rechten. Die Kläger haben keinen Anspruch auf höhere Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II im streitgegenständlichen Zeitraum vom 1. Juli 2007 bis zum 30. September 2007 unter Berücksichtigung der vollen, von ihnen in jener Zeit zu entrichtenden und tatsächlich entrichteten Versicherungsbeiträge an die C-KV/PV.

Gemäß [§ 26 Abs. 2 Satz 1 SGB II](#) in der ab dem 1. Mai 2007 geltenden Fassung des Gesetzes vom 20. April 2007 ([BGBl. I S. 554](#); nachfolgend: a. F.) erhalten Bezieher von Arbeitslosengeld II, die 1. nach [§ 8 Abs. 1 Nr. 1a](#) des Fünften Buchs von der Versicherungspflicht befreit sind, 2. nach [22 Abs. 1](#) des Elften Buchs oder nach Artikel 42 des Pflege-Versicherungsgesetzes von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreit oder nach [§ 23 Abs. 1](#) des Elften Buchs bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert sind, einen Zuschuss zu den Beiträgen, die für die Dauer des Leistungsbezugs für eine Versicherung gegen Krankheit oder Pflegebedürftigkeit an ein Privates Krankenversicherungsunternehmen gezahlt werden. Nach [§ 26 Abs. 2 Satz 2 SGB II](#) a. F. ist der Zuschuss 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.

Die Kläger waren im streitgegenständlichen Zeitraum von der gesetzlichen Versicherungspflicht gemäß [§ 8 Abs. 1 Nr. 1a](#) des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V) bzw. [§ 22 Abs. 1](#) des Elften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB XI) aufgrund der Bescheide der AOK vom 17. Januar 2005 befreit.

Für den vom Beklagten zu gewährenden Zuschuss, der gemäß [§ 26 Abs. 2 Satz 2 SGB II](#) a. F. auf die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung begrenzt ist, ist gemäß [§ 26 Abs. 2 Satz 3 Nr. 1 SGB II](#) a. F. der durchschnittliche ermäßigte Beitragssatz der Krankenkassen ([§ 246 SGB V](#)) zugrunde zu legen, wobei der zum 1. Oktober des Vorjahres festgestellte Beitragssatz jeweils vom 1. Januar bis zum 31. Dezember des laufenden Kalenderjahres gilt ([26 Abs. 2 Satz 3 Nr. 1 SGB II](#) a. F.). Nach [§ 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2](#) 1. Halbsatz SGB V (in der ab dem 1. Januar 2007 geltenden Fassung vom 29. Juni 2006) gelten als beitragspflichtige Einnahmen bei Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen, der 30. Teil des 0,3450-fachen der monatlichen Bezugsgröße, wobei hinsichtlich der Bezugsgröße von einer Verweisung auf [§ 18 Abs. 1](#) des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IV) auszugehen ist, der bundeseinheitlich gilt. Die monatliche Bezugsgröße betrug für das Jahr 2007 2.450 EUR (vgl. [§ 2 Abs. 1 Sozialversicherungs-Rechengrößen-VO 2007](#)). Ab dem 1. 1. 2007 betrug der durchschnittliche ermäßigte und um den zusätzlichen Beitrag nach [§ 241 a SGB V](#) erhöhte Beitragssatz der Krankenkassen 13,3 v.H. (Bekanntmachung vom 31. Oktober 2006, BAnz 2006, S. 7034). Unter Zugrundelegung des beitragsrechtlichen Monats von 30 Tagen (vgl. [§ 223 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#); [§ 1 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 2 Beitragszahlungsverordnung](#)) ergibt sich für das Jahr 2007 die nachfolgende Berechnung: 2.450 EUR × 0,3450 geteilt durch 30 Tage = 28,175 × 13,3 geteilt durch 100 = 3,747275 × 30 Tage = 112,41825, aufgerundet gemäß [§ 1 Abs. 2 Beitragszahlungsverordnung](#): 112,42 EUR.

Einen Krankenversicherungszuschuss in vorstehender Höhe hat der Beklagte den Klägern für den streitgegenständlichen Zeitraum jeweils bewilligt und ausgezahlt, welches zwischen den Beteiligten auch nicht streitig ist. Selbiges gilt für den Zuschuss zur privaten Pflegeversicherung der Kläger. Für diesen ist gemäß [§ 26 Abs. 2 Satz 3 Nr. 2 SGB II](#) a. F. der Beitragssatz nach [§ 55 Abs. 1 Satz 1 SGB XI](#) in der Fassung des Gesetzes vom 26. Mai 1994 ([BGBl. I S. 1014](#)), die bis Juni 2008 unverändert fortgalt, maßgeblich. Gemäß [§ 55 Abs. 1 Satz 1 SGB XI](#) i.V.m. [§ 57 Abs. 1 SGB XI](#), [§ 232 a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#), [§ 18 SGB IV](#) ergibt sich für das Jahr 2007 die folgende Berechnung: 2.450 EUR × 0,362 geteilt durch 30 Tage = 29,5633 × 1,7 geteilt durch 100 = 0,5025766 × 30 Tage = 15,0773, aufgerundet gemäß [§ 1 Abs. 2 Beitragszahlungsverordnung](#): 15,08 Euro.

Entgegen der Rechtsauffassung der Kläger ergibt sich ein höherer Leistungsanspruch auch nicht aus den Entscheidungsgründen des Urteils des Bundessozialgerichts vom 18. Januar 2011 – [B 4 AS 108/10 R](#) – (Juris). Denn die hiermit zur Höhe des Zuschusses zum Versicherungsbeitrag zur privaten Krankenversicherung ergangene höchstrichterliche Rechtsprechung, der sich der Senat uneingeschränkt anschließt, betrifft [§ 26 Abs. 2 SGB II](#) in der seit dem 1. Januar 2009 geltenden Fassung des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 26. März 2007 ([BGBl. I S. 378](#)). Auf die für vorliegenden Streitzeitraum maßgebliche

Gesetzesfassung ist diese Rechtsprechung nicht übertragbar. Denn, wie bereits das Bundessozialgericht mit dem zitierten Urteil ausgeführt hat, ist zwar mit der – neuen – Begrenzungsregelung des [§ 12 Abs. 1c Satz 6](#) des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) die Vorschrift des [§ 26 Abs. 2 Satz 2 SGB II](#) a. F. wörtlich übernommen worden. Diese habe vormalig (nur) für einen begrenzten Personenkreis von SGB II-Leistungsempfängern gegolten, die – wie die hiesigen Kläger – nach [§ 8 Abs. 1 Nr. 1a SGB V](#) in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung von der Versicherungspflicht befreit worden waren. Für diese sei zwar ebenfalls eine Begrenzung des Zuschusses auf die Höhe desjenigen Beitrags vorgesehen gewesen, der ohne die Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung oder in der sozialen Pflegeversicherung zu zahlen gewesen wäre. Die Befreiung von der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht sei "allerdings auf eigenen Antrag und wegen einer ‚gleichwertigen Versicherung‘ bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen" erfolgt. Die inhaltsgleiche Übernahme der vormaligen Begrenzungsregelung des [§ 26 Abs. 2 Satz 2 SGB II](#) a. F. sei nunmehr vor dem Hintergrund einer veränderten Ausgangslage für privat krankenversicherte Arbeitslosengeld-Leistungsbezieher zu sehen: Denn während privat krankenversicherte Leistungsbezieher von Arbeitslosengeld II bis zum 31. Dezember 2008 mit Beginn des SGB II-Leistungsbezugs automatisch gesetzlich krankenversichert gewesen seien, sei dies seit dem 1. Januar 2009 nicht mehr der Fall. Vielmehr seien diese Leistungsberechtigten verpflichtet, u. a. für sich selbst eine Krankheitskostenversicherung abzuschließen ([§ 193 Abs. 3 Satz 1 VVG](#)) bei gleichzeitigem Wegfall der Möglichkeit der Inanspruchnahme der gesetzlichen Krankenversicherung (BSG, Urteil vom 18. Januar 2011, [a.a.O.](#) Rn. 25 ff.). Bei dieser Sachlage ist für den hier streitgegenständlichen Zeitraum – anders als für die Zeit seit dem 1. Januar 2009 – nicht von einer gesetzlichen Regelungslücke auszugehen.

Dahinstehen kann, ob es sich bei der Entscheidung der Kläger, zugunsten ihrer privaten Versicherung bei der C-KV/PV auf die für Leistungsbezieher nach dem SGB II unentgeltliche Pflichtversicherung nach dem SGB V zu verzichten, um einen Verzicht im Sinne des [§ 46 Abs. 1](#) des Ersten Buchs Sozialgesetzbuch (SGB I) handelte, der jedenfalls nicht nach [§ 46 Abs. 2 SGB I](#) unwirksam gewesen wäre. Denn jedenfalls beruhte die Befreiung von der Versicherungspflicht unter Inkaufnahme eines lediglich gedeckelten Zuschusses zu den Beiträgen der C-KV/PV auf ihrer, im Erörterungstermin vom 2. März 2012 wiederholten, freien Entscheidung (vgl. auch SG Potsdam, Urteil vom 21. Juni 2011 – [S 40 AS 4202/08](#) – Juris Rn. 37; die Berufung hiergegen wurde mit Beschluss des LSG Berlin-Brandenburg vom 12. Dezember 2011 – [L 28 AS 1451/11](#) – verworfen). Im Ermessen des Gesetzgebers steht es hingegen, wie er die notwendige Existenzsicherung Bedürftiger im Einzelnen konkret ausgestaltet. Dass allerdings die Deckelung der Beiträge für eine private Versicherung auf die Höhe der Pflichtversicherungsbeiträge bei grundsätzlich eröffneter Versicherungspflicht für jeden, seit dem 1. Januar 2005 (bis zum 31. Dezember 2008) nach dem SGB II Leistungsberechtigten willkürlich wäre oder das Recht der Kläger auf Sicherung ihres menschenwürdigen Existenzminimums gemäß [Art. 1 Abs. 1](#) i.V.m. [Art. 20 Abs. 1](#) des Grundgesetzes (GG) verletzt hätte, kann nicht festgestellt werden. Insofern folgt ein entsprechender Leistungsanspruch der Kläger auch nicht aus dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 9. Februar 2010 (– [1 BvL 1/09](#) u.a. – Juris). Hiernach haben Leistungsberechtigte nach [§ 7 SGB II](#) bis zur Schaffung einer gesetzlichen Härtefallregelung einen Anspruch auf Leistungen zur Sicherung eines unabweisbaren, laufenden, nicht nur einmaligen, besonderen Bedarfs, der von den [§§ 20 ff.](#) SGB II a. F. nicht erfasst wird aber zur Gewährleistung eines menschenwürdigen Existenzminimums zwingend erforderlich ist. Unabhängig davon, ob hier nach vorstehenden Ausführungen von einem solchen (atypischen) Bedarf auszugehen wäre, hat das Bundesverfassungsgericht von einer rückwirkenden Regelung abgesehen (vgl. auch BVerfG, Nichtannahmebeschluss vom 24. März 2010 – [1 BvR 395/09](#) – Juris Rn. 6f.).

Ob den Klägern entsprechend [§ 23 Abs. 1 SGB II](#) a. F., wonach dann, wenn im Einzelfall ein von den Regelleistungen umfasster und nach den Umständen unabweisbarer Bedarf zur Sicherung des Lebensunterhalts weder durch das Vermögen noch auf andere Weise gedeckt werden kann, die Agentur für Arbeit bei entsprechendem Nachweis für den Bedarf ein Darlehen gewährt, ein Darlehen zur Deckung der Beitragsdifferenz zu leisten gewesen wäre, kann dahinstehen. Denn weder ist ein solches Gegenstand des vorliegenden Rechtsstreits noch käme die Gewährung eines entsprechenden Darlehens noch in Betracht, nachdem die Kläger ihrem Vorbringen zufolge bereits Privatdarlehen zur Vermeidung von Beitragslücken aufgenommen hatten.

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

Die Revision ist nicht zuzulassen. Gründe nach [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#) liegen nicht vor, da die Rechtsfrage ausschließlich bereits außer Kraft getretenes Recht – [§ 26 Abs. 2 SGB II](#) a. F. – betrifft. Insofern ist, zumal weder bekannt noch erkennbar ist, dass noch über eine erhebliche Zahl vergleichbarer Fälle zu entscheiden wäre, nicht von einer grundsätzlichen Klärungsbedürftigkeit auszugehen. Die Revision ist auch nicht aus Gründen der Divergenz (vgl. [§ 160 Abs. 2 Nr. 2 SGG](#)) zuzulassen.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2012-06-29