

## L 4 SO 59/18 ZVW

Land  
Hessen  
Sozialgericht  
Hessisches LSG  
Sachgebiet  
Sozialhilfe  
Abteilung  
4  
1. Instanz  
SG Darmstadt (HES)  
Aktenzeichen  
S 28 SO 18/16  
Datum  
07.10.2016  
2. Instanz  
Hessisches LSG  
Aktenzeichen  
L 4 SO 59/18 ZVW  
Datum  
09.01.2019  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
B 8 SO 7/19 B  
Datum  
25.04.2019  
Kategorie  
Urteil  
Leitsätze

1. Bewilligungsbescheiden der Sozialleistungsträger ist regelmäßig keine Verfügung im Sinne von [§ 31 Satz 1 SGB X](#) über den Auszahlungsempfänger zu entnehmen, wenn die Leistung schlicht an den „natürlichen“ Leistungsempfänger, also den Leistungsberechtigten, ausbezahlt werden soll und nicht erkennbar ist, dass die Behörde die Auszahlung an einen Dritten wenigstens erwogen hätte. Anders liegt die Situation jedoch, wenn die Behörde die Leistung an einen Dritten auszahlen möchte, jedenfalls dann, wenn dies gegen den Willen des Betroffenen geschehen soll, und sich der Leistungsträger diesbezüglich gegenüber dem Leistungsberechtigten in einer Weise äußert, die einen Regelungswillen zum Ausdruck bringt.

2. Für eine entsprechende verbindliche Regelung besteht, wenn eine Direktzahlung der Leistung an Dritte (hier: ein privates Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen) in Betracht kommt, auch ein Bedürfnis, um zwischen den Beteiligten Rechtssicherheit zu schaffen, so dass es einer ausdrücklichen gesetzlichen Befugnisnorm nicht bedarf, um dem Leistungsträger entsprechende Verfügungen zu ermöglichen. Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Darmstadt vom 7. Oktober 2016 wird zurückgewiesen.

Die Beteiligten haben einander auch für das Berufungsverfahren und das Beschwerdeverfahren wegen der Nichtzulassung der Revision vor dem Bundessozialgericht keine Kosten zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Auszahlung von Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch – Sozialhilfe – (SGB XII), die der Beklagte unter Berücksichtigung von Beiträgen zu einer privaten Kranken- und Pflegeversicherung bewilligt hat, an den Kläger – statt an das Versicherungsunternehmen – und die Gewährung einer einmaligen Beihilfe zur Behebung einer finanziellen Notlage.

Der 1940 geborene Kläger erhält aufstockend zu einer Altersrente und einem Ruhegeld der C. Bausparkassen AG Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch. Er ist bei der DKV Deutsche Krankenversicherung AG (DKV) privat kranken- und pflegeversichert, und zwar – soweit ersichtlich seit Juni 2009 – im sogenannten Basistarif. Nach Umzug von D-Stadt nach A-Stadt gewährte ihm der Beklagte als nunmehr zuständiger Leistungsträger mit Bescheid vom 16. April 2015 laufende Leistungen zum Lebensunterhalt nach dem Vierten Kapitel des Sozialgesetzbuches Zwölftes Buch in Höhe von 204,83 Euro monatlich für den Zeitraum vom 1. April 2015 bis zum 31. März 2016. Bei der Leistungsberechnung berücksichtigte er – wie vom Kläger im Rahmen seines Antrags vom 2. April 2015 geltend gemacht – auf der Grundlage von [§ 32 Abs. 5 SGB XII](#) in der im streitigen Zeitraum maßgeblichen alten Fassung (a.F.) den von diesem geschuldeten Beitrag zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung in Höhe von 363,18 Euro monatlich. Als Zahlungsempfänger ist in dem Berechnungsbogen, der dem Bescheid beigelegt war, der Kläger persönlich aufgeführt. Wegen der Einzelheiten wird auf der Abteilung 1 der Leistungsakte des Beklagten (im Folgenden: LA) Bl. 27-30 Bezug genommen. Durch Änderungsbescheid vom 2. Juli 2015 passte der Beklagte die Leistungshöhe infolge einer Erhöhung der als Einkommen berücksichtigten Rente auf einen monatlichen Betrag von 186,63 Euro an. Hinsichtlich der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung ergaben sich keine Änderungen.

Mit Schreiben vom 23. September 2015 (vgl. i. Einz. Bl. 2-3 der Abl. 4 der LA) teilte die DKV dem Beklagten mit, der Kläger habe schon seit Jahren keine Beiträge mehr entrichtet, und bat um Direktzahlung der wegen der Kranken- und Pflegeversicherung erbrachten Leistungen an sie. Der Kläger erklärte dazu in einem Gespräch am 16. Oktober 2015 und nachfolgenden Schreiben, er sei vom früheren Sozialhilfeträger gezwungen worden, vom Standard- in den Basistarif seiner privaten Krankenversicherung zu wechseln, den jedoch die privaten

Krankenversicherer von Anfang an abgelehnt hätten. Aus diesem Grund verweigere die DKV regelmäßig eine vollständige Übernahme seiner Arztrechnungen. Auch müsse er teilweise ärztliche Behandlungen zuvor von ihr genehmigen lassen. Er zahle deshalb keine Beiträge mehr, verlange von der DKV aber auch keine Leistungen. Er reichte ergänzend eine Beschwerde an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht zur Akte, aus der sich unter anderem ergibt, dass die DKV von ihm ausstehende Beiträge in Höhe von circa 25.000 Euro forderte.

Der Beklagte stellte daraufhin die Leistungsauszahlung ab November 2015 zunächst ein. Nachdem sich der Kläger hiergegen gewandt hatte, teilte der Beklagte ihm mit Schreiben vom 16. Dezember 2015 mit, die Leistungen würden ab 1. November 2015 direkt an die DKV ausgezahlt. Wegen der Einzelheiten wird auf Bl. 62 LA Bezug genommen. Am gleichen Tage erließ er zudem einen Änderungsbescheid, mit dem er wegen der Erhöhung des Regel- und eines zu Gunsten des Klägers berücksichtigten Mehrbedarfs wegen kostenaufwändiger Ernährung für die Zeit ab dem 1. Januar 2016 die monatliche Leistung auf 192,13 Euro erhöhte. Als Zahlungsempfänger ist die DKV benannt. Im Übrigen wird wegen der Einzelheiten auf Bl. 63-67 LA verwiesen.

Der Kläger hatte sich bereits zuvor mit Schreiben vom 12. Dezember 2015 an einen Kreisbeigeordneten bei dem Beklagten gewandt und die Übernahme von Behandlungskosten verlangt. Er fügte einen "Kostenvorschlag für die Krankenkasse" der ihn behandelnden Internistin vom 7. Dezember 2015 bei, in dem als notwendig oder empfehlenswert eingestufte Maßnahmen aufgezählt waren. Der Beklagte antwortete mit Schreiben vom 18. Dezember 2015, dass er solche Kosten nicht übernehmen könne, da der Kläger nach wie vor bei der DKV krankenversichert sei und daher dort die Übernahme beantragen könne. Auf Bl. 72 LA wird Bezug genommen.

Mit Schreiben vom 21. Dezember 2015 legte der Kläger sodann Widerspruch gegen das Schreiben vom 16. Dezember 2015 und den Änderungsbescheid vom gleichen Tage ein. Er widerspreche der Auszahlung seiner Sozialhilfe an die DKV. Der rechtskräftige Bescheid "mit Auszahlung auf sein Konto" gelte bis 31. März 2016. Er benötige die bewilligten Beträge selbst zur Zahlung der Behandlungskosten für seine lebensbedrohenden Krankheiten. Diesbezüglich wird wegen der Einzelheiten auf LA Bl. 73 verwiesen.

Mit Widerspruchsbescheid vom 6. Januar 2016 (LA Bl. 74-77) wies der Beklagte den Widerspruch zurück. Zur Begründung führte er insbesondere aus, der Sozialhilfeträger habe grundsätzlich ein Ermessen bei der Bestimmung des Maßes der Hilfe. Dabei könne die Befürchtung zweckwidriger Verwendung von Geldleistungen auch dazu führen, die Modalitäten von deren Gewährung zu ändern. So könne es ermessensgerecht sein, Geld direkt an den Gläubiger – etwa den Vermieter des Hilfeempfängers – zu überweisen. Insoweit gehe [§ 17 Abs. 2 SGB XII](#) der Regelung des [§ 47](#) Sozialgesetzbuch Erstes Buch – Allgemeiner Teil – (SGB I) vor, wonach Geldleistungen auf ein Konto des Leistungsberechtigten zu überweisen seien. Daher sei seine Entscheidung, die zweckbestimmte Leistung direkt an den Gläubiger zu zahlen, nicht zu beanstanden.

Der Kläger hat daraufhin am 1. Februar 2016 Klage zum Sozialgericht Darmstadt erhoben. Dabei hat er neben der Aufhebung des Widerspruchsbescheides (vgl. Klageantrag Ziff. 1) beantragt, den Beklagten zu verurteilen, die ihm zugesagte Grundsicherung ab 1. November 2015 und in Zukunft an ihn auszuzahlen (vgl. Klageantrag Ziff. 2), ihm sofort aus seiner von dem Beklagten verschuldeten Notlage zu helfen (vgl. Klageantrag Ziff. 3) und die Kosten für seine "Gesundhaltung" zu übernehmen (vgl. Klageantrag Ziff. 4).

Während des Verfahrens hat der Beklagte dem Kläger durch Bescheid vom 23. Februar 2016 laufende Leistungen zum Lebensunterhalt für die Zeit vom 1. April 2016 bis zum 31. März 2017 bewilligt, wobei er an der Auszahlung an die DKV festgehalten hat. Den dagegen gerichteten Widerspruch hat er durch Widerspruchsbescheid vom 27. April 2016 zurückgewiesen. Klage hat der Kläger daraufhin, soweit ersichtlich, nicht erhoben. Mit Bescheid vom 28. April 2016 in der Gestalt eines Widerspruchsbescheides vom 21. Juli 2016 und weiterem Bescheid vom 29. Juli 2016 hat der Beklagte zudem Anträge des Klägers, gerichtet auf die Gewährung einer "Soforthilfe" zur Behebung einer einmaligen Notlage, abgelehnt. Diesbezüglich hat der Kläger am 30. Juni 2016 Klage zum Sozialgericht Darmstadt erhoben, die unter dem Aktenzeichen S 28 SO 116/16 geführt wird.

Zur Begründung seiner Klage im hiesigen Verfahren hat der Kläger unter anderem vorgetragen, die Leistungen müssten an ihn selbst ausgezahlt werden, da er sie für die Bezahlung von Behandlungen und Medikamenten benötige. Zum Beleg hat er insbesondere erneut den Kostenvorschlag seiner Internistin, Kostenvorschläge seiner Zahnärztin sowie diverse Leistungsanträge an die DKV vorgelegt.

Im Rahmen eines Erörterungstermins vor dem Sozialgericht am 5. Oktober 2016 hat er erklärt, eine Auszahlung der Leistungen der Grundsicherung für die Kranken- und Pflegeversicherung an ihn selbst nicht mehr geltend machen zu wollen. Das Sozialgericht hat sodann zu Protokoll genommen, er beantrage, den Beklagten zu verurteilen, ihm sofort aus der von diesem verschuldeten Notlage zu helfen (vgl. i. Einz. Gerichtsakte – im Folgenden: GA – Bl. 56 f.).

Mit Gerichtsbescheid vom 7. Oktober 2016 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Die Klage sei – hinsichtlich des verbliebenen Antrags – bereits unzulässig. Es fehle an einem Rechtsschutzbedürfnis des Klägers. Er habe die Gewährung einer einmaligen Beihilfe zur Behebung einer finanziellen Notlage bislang in dieser Form nicht beim Beklagten beantragt. Lediglich in seinem Schreiben an den Kreisbeigeordneten vom 12. Dezember 2015 habe er die Übernahme von bestimmten Behandlungskosten gefordert. Am 5. Oktober 2016 habe er jedoch seinen verbliebenen Klageantrag damit begründet, er benötige die Beihilfe zur Behebung einer finanziellen Notlage, die unter anderem durch aufgelaufene Krankheitskosten bedingt sei. Dies könne nur so verstanden werden, dass er sich auch aufgrund sonstiger, gegebenenfalls auch nicht krankheitsbedingter Ausgaben beziehungsweise Bedarfe in einer generellen Notlage sehe. Zudem habe er bereits mit der Klageschrift zahlreiche Unterlagen über Krankheitskosten eingereicht, die dem Beklagten bislang nicht vorgelegen hätten und deren Übernahme daher durch diesen bislang nicht geprüft worden sei. Ein Bedürfnis zur Inanspruchnahme gerichtlicher Hilfe könne aber regelmäßig nur dann bestehen, wenn der Bürger sich mit seinem hinreichend konkret gefassten Anliegen zuvor erfolglos an die Verwaltung gewandt habe. Wegen der Einzelheiten wird auf GA Bl. 58 ff. Bezug genommen.

Der Kläger hat mit Eingang am 26. Oktober 2016 Berufung eingelegt, wobei er namentlich geltend gemacht hat, das Sozialgericht habe die Angaben des Beklagten einfach übernommen und seinen eigenen Vortrag nicht gewürdigt.

Der Senat hat nach Übertragung des Rechtsstreits auf die Berichterstatterin durch Beschluss vom 21. Dezember 2016 am 17. Mai 2017 eine mündliche Verhandlung durchgeführt und dort den Antrag des Klägers zu Protokoll genommen, den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts

Darmstadt vom 7. Oktober 2016 aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, ihm eine einmalige Beihilfe zur Behebung seiner finanziellen Notlage zu gewähren.

Der Senat hat sodann durch Urteil vom gleichen Tage die Berufung zurückgewiesen. Zur Begründung hat er insbesondere ausgeführt, die vom Kläger als Leistungsklage erhobene und auf Gewährung einer Beihilfe zur Behebung einer finanziellen Notlage gerichtete Klage sei bereits wegen anderweitiger Rechtshängigkeit nach [§ 202 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) in Verbindung mit [§ 17 Abs. 1 Satz 2 Gerichtsverfassungsgesetz](#) unzulässig. Der Kläger habe vor Erhebung der auf die Gewährung von einmaliger Sozialhilfe als Soforthilfe gerichteten Leistungsklage im hiesigen Verfahren im Rahmen des Erörterungstermins vom 5. Oktober 2016 im Verfahren vor dem Sozialgericht Darmstadt, Az.: S 28 SO 116/16, bereits am 30. Juni 2016 eine weitere Klage erhoben gehabt, mit der er 3.000,- Euro zur Behebung einer Notlage begehrt habe. Das dortige Begehren sei mit dem aufgrund der Klageänderung im Erörterungstermin vor dem Sozialgericht am 5. Oktober 2016 verfolgten Klagebegehren identisch und die hiesige Klage daher wegen anderweitiger Rechtshängigkeit unzulässig. Wegen der Einzelheiten wird auf GA Bl. 95 ff. Bezug genommen.

Der Kläger hat daraufhin wegen der vom Senat nicht zugelassenen Revision Beschwerde zum Bundessozialgericht erhoben, wobei er unter anderem beanstandet hat, das Sozialgericht habe sein Klagebegehren verkannt und das Landessozialgericht diesen Fehler nicht korrigiert. Das Bundessozialgericht hat im Nichtzulassungsbeschwerdeverfahren durch Beschluss vom 1. März 2018 das Urteil des Senats vom 17. Mai 2017 aufgehoben und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung zurückverwiesen. Zur Begründung hat es namentlich ausgeführt, der gerügte Verfahrensfehler (Verletzung von [§ 123 SGG](#)) liege vor. Nach [§ 123 SGG](#) entscheide das Gericht über die vom Kläger erhobenen Ansprüche, ohne an die Fassung der Anträge gebunden zu sein. Bei unklaren Anträgen müsse das Gericht mit den Beteiligten klären, was gewollt sei, und vor allem bei nicht rechtskundig vertretenen Beteiligten darauf hinwirken, dass sachdienliche und klare Anträge gestellt würden ([§ 106 Abs. 1 SGG](#), [§ 112 Abs. 2 Satz 2 SGG](#)). Im Übrigen sei das Gewollte, also das mit der Klage beziehungsweise der Berufung verfolgte Prozessziel, bei nicht eindeutigen Anträgen im Wege der Auslegung festzustellen. Im Zweifel sei davon auszugehen, dass nach Maßgabe des Meistbegünstigungsprinzips alles begehrt werde, was dem Kläger aufgrund des Sachverhalts rechtlich zustehe.

Unter Berücksichtigung dieser Vorgaben habe das Sozialgericht bei verständiger Würdigung das Begehren des nicht anwaltlich vertretenen Klägers nicht so verstehen können, dass dieser die Anfechtungsklage gegen die ihn belastenden Bescheide habe zurücknehmen und nur noch ein Klagebegehren habe verfolgen wollen, dem es nach Ansicht des Sozialgerichts bereits an der Zulässigkeit fehle. Der Kläger habe mit seiner Klage neben den Leistungen zur "Behebung einer Notlage" (Leistungsantrag) erkennbar weiterhin die Auszahlung der Leistungen zur Deckung der Kosten für die private Krankenversicherung auf sein Konto angestrebt (Anfechtungsantrag). Ein irgendwie geartetes Interesse des Klägers, den Anfechtungsantrag nicht, dafür aber einen unzulässigen Leistungsantrag weiter zu verfolgen, habe nicht bestanden. Es verstoße gegen das Gebot des fairen Verfahrens ([Art. 19 Abs. 4 Grundgesetz](#)) und gegen [§ 106 Abs. 1 Satz 1 SGG](#), wenn ein Gericht bei einem nicht anwaltlich vertretenen Kläger darauf hinwirke, dass ausschließlich ein nach der Rechtsansicht des Gerichts unzulässiges und damit erkennbar nicht sachdienliches Klagebegehren weiterverfolgt werde. Dieser Verfahrensfehler habe sich vor dem Landessozialgericht fortgesetzt. Dieses hätte zur Korrektur des Verfahrensfehlers (Verweis auf BSG, Beschluss vom 8. September 2015 – [B 1 KR 134/14 B -](#), juris, Rn. 11) in der mündlichen Verhandlung das wahre Klagebegehren des Klägers – das sich allerdings schon in seinem Berufungsschriftsatz deutlich manifestiert habe – ermitteln und ihm die Möglichkeit einräumen müssen, seinen Antrag nunmehr richtigzustellen, beziehungsweise gegebenenfalls die Sache wegen des Verfahrensfehlers an das Sozialgericht zurückverweisen müssen. Wegen der Einzelheiten wird auf Bl. 118 ff. GA Bezug genommen.

Während des daraufhin wiedereröffneten Berufungsverfahrens hat der Beklagte durch Bescheid vom 9. Mai 2018 und Widerspruchsbescheid vom 23. Juli 2018 einen Antrag des Klägers, für alle Bewilligungszeiträume ab 1. November 2015 die Leistungen wegen der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge direkt an ihn auszuzahlen, abgelehnt.

Der Senat hat durch Beschluss vom 4. Januar 2019 die ihm vom Berichterstatter vorgelegte Berufung auf den Senat zurückübertragen.

Zur Begründung der Berufung wiederholt und vertieft der Kläger sein bisheriges Vorbringen. Namentlich hält er daran fest, dass er die entsprechenden Leistungen unmittelbar selbst gebraucht habe und weiterhin brauche, um die Kosten abzudecken, die dadurch entstünden, dass die DAK ihm regelmäßig nur einen Teil seiner Heilbehandlungsaufwendungen erstatte. Insofern sei mit der unterlassenen Weiterleitung der entsprechenden Leistungen, solange diese noch an ihn ausgezahlt worden seien, auch keine Zweckentfremdung verbunden gewesen.

Der nunmehr anwaltlich vertretene Kläger beantragt zuletzt (sinngemäß), den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Darmstadt vom 7. Oktober 2016 aufzuheben und

1. die Bescheide des Beklagten vom 16. Dezember 2015, beide in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 6. Januar 2016, aufzuheben sowie den Beklagten zu verurteilen, ihm ab dem 1. November 2015 Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung unter Berücksichtigung der monatlichen Beiträge zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung direkt auszuzahlen, und
2. den Beklagten zu verurteilen, ihm eine Soforthilfe in Höhe von 1.000,- Euro zur Beseitigung einer Notlage zu zahlen.

Der Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Er bestreitet insbesondere unter Verweis auf [§ 32 Abs. 5 Satz 5 SGB XII](#) a.F. einen Anspruch des Klägers auf Auszahlung der Leistungen für die von ihm zu tragenden Beiträge an sich selbst.

Wegen des weiteren Vorbringens der Beteiligten sowie zur Ergänzung des Sach- und Streitstandes wird auf die gewechselten Schriftsätze sowie auf den Inhalt der den Antragsteller betreffenden Verwaltungsakte des Antragsgegners Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat kann nach [§ 153 Abs. 1 SGG](#) in Verbindung mit [§ 124 Abs. 2 SGG](#) ohne mündliche Verhandlung entscheiden, nachdem beide Beteiligte, der Kläger durch Schriftsatz seines Bevollmächtigten vom 26. Oktober 2018 (GA Bl. 175), der Beklagte durch Schriftsatz vom 19. September 2018 (GA Bl. 174), ihr Einverständnis hierzu erklärt haben.

Der Senat hatte in der aus dem Rubrum ersichtlichen Besetzung zu entscheiden, nachdem das (erneute) Befangenhheitsgesuch des Klägers gegenüber Richterin am Landessozialgericht Vogl durch Beschluss des Senats vom 2. Januar 2019 als unzulässig verworfen und die Berufung durch Beschluss vom 4. Januar 2019 von dem Berichterstatler auf den Senat zurückübertragen worden war.

Der Beiladung der DAK bedurfte es nicht. Es besteht Einigkeit, dass auch bei einer tatsächlich vorgenommenen und/oder rechtliche gebotenen Direktzahlung von entsprechenden Beiträgen kein Anspruch des Versicherungsunternehmens gegen den Sozialleistungsträger besteht, der sozialhilfebedürftige Versicherungsnehmer vielmehr allein Leistungsberechtigter bleibt und Auseinandersetzungen über den Sozialhilfeanspruch zwischen ihm und dem Sozialhilfeträger zu führen sind (vgl. für den Fall der Direktzahlung an den Vermieter im Rahmen des Sozialgesetzbuches Zweites Buch – Grundsicherung für Arbeitsuchende – [SGB II] jüngst BSG, Urt. v. 9. August 2018 – [B 14 AS 38/17 R](#) –, juris, Rn. 30 sowie Luik, in: Eicher/Luik, SGB II – Kommentar, 4. Aufl. 2017, § 22 Rn. 247; zur hier streitigen Direktzahlung der Versicherungsbeiträge an ein privates Versicherungsunternehmen nach [§ 32 Abs. 5 SGB XII](#) a.F. vgl. z.B. H. Schellhorn, in: Schellhorn/Hohm/Schneider, SGB XII, 19. Aufl. 2015, § 33 Rn. 54). Ein Fall der notwendigen Beiladung – wobei insofern von vornherein nur ein Fall des [§ 75 Abs. 2 Alt. 1 SGG](#) in Betracht kommt – liegt daher nicht vor.

Die Berufung ist zulässig, aber unbegründet. Das Sozialgericht hat die Klage im Ergebnis zu Recht abgewiesen. Der Kläger hat weder einen Anspruch auf Auszahlung der ihm bewilligten Grundsicherungsleistungen unmittelbar an ihn (Klageantrag Ziff. 1) noch auf Zahlung einer "Soforthilfe" (Klageantrag Ziff. 2).

1. Gegenstand des Verfahrens ist zum einen der prozessuale Anspruch des Klägers auf Auszahlung der Leistungen, die der Beklagte zur Deckung der Kosten für die private Kranken- und Pflegeversicherung bewilligt hat, an ihn selbst. Hinsichtlich des Umstandes, dass dies (noch immer) Gegenstand des Verfahrens ist, ist der Senat an die Vorgaben des Bundessozialgerichts gebunden ([§ 170 Abs. 5 SGG](#)), so dass auf mögliche Einwände gegen diese Rechtsauffassung nicht weiter einzugehen ist.

Gegenstand des Verfahrens sind in diesem Zusammenhang die Regelung des Zahlungsadressaten durch das Schreiben des Beklagten vom 16. Dezember 2015 bezüglich der Auszahlung für die Monate November 2015 und Dezember 2015 sowie der Änderungsbescheid vom gleichen Tage für die Zeit ab Januar 2016. Hinsichtlich beider mag, wie noch auszuführen sein wird, fraglich sein, ob sie für sich genommen als Verwaltungsakte ([§ 31 Satz 1](#) Sozialgesetzbuch Zehntes Buch Sozialverfahren und Sozialdatenschutz – [SGB X]) angesehen werden könnten; der Widerspruchsbescheid vom 6. Januar 2016, der beiden die maßgebliche Gestalt gibt ([§ 95 SGG](#)), lässt daran jedoch keinen Zweifel.

Sowohl das jetzige Klagebegehren als auch zuvor der Widerspruch des Klägers vom 21. Dezember 2015 und der daraufhin erlassene Widerspruchsbescheid des Beklagten vom 6. Januar 2016 beziehen sich ohne erkennbare Einschränkungen auf die gesamte Zeit vom Beginn der Direktzahlungen der Leistungen bis zum Ende des ursprünglich durch den Bescheid vom 16. April 2015 und den Änderungsbescheid vom 2. Juli 2015 geregelten Zeitraums. Daher müssen bei der gebotenen an den erkennbaren Interessen des Klägers orientierten Auslegung seines Klagebegehrens sowohl das Schreiben vom 16. Dezember 2015 als auch der Änderungsbescheid vom gleichen Tage, beide in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 6. Januar 2016, als angefochten gelten, obwohl der anwaltlich vertretene Kläger in seinem schriftsätzlich formulierten Klageantrag (vgl. zuletzt GA Bl. 171) nur "den Bescheid" vom 16. Dezember 2015 aufführt, ohne dabei klarzustellen, ob er sich auf das Schreiben oder den Änderungsbescheid bezieht.

In zeitlicher Hinsicht ist der Streitgegenstand auf die Zeit vom 1. November 2015 bis 31. März 2016 beschränkt. Nur bis zu diesem Zeitpunkt reichte die Bewilligung durch den Bescheid vom 16. April 2015, geändert durch den Bescheid vom 2. Juli 2015; nur auf diesen Zeitraum bezogen sich das Schreiben des Beklagten vom 16. Dezember 2015 und der Änderungsbescheid vom gleichen Tag; auch der zugehörige Widerspruchsbescheid vom 6. Januar 2016 geht nicht erkennbar hierüber hinaus. Der während des erstinstanzlichen Verfahrens ergangene Bewilligungsbescheid vom 23. Februar 2016 für den nachfolgenden Bewilligungszeitraum vom 1. April 2016 bis zum 31. März 2017 wirft zwar inhaltlich vergleichbare Probleme auf. In zeitlicher Hinsicht betrifft er jedoch einen anderen Regelungsgegenstand und ist aus diesem Grunde nicht über [§ 96 Abs. 1 SGG](#) zum Gegenstand des Verfahrens geworden (vgl. für viele BSG, Urt. v. 17. Dezember 2015 – [B 8 SO 14/14 R](#) –, juris, Rn. 11 f.; BSG, Urt. v. 24. Februar 2011 – [B 14 AS 49/10 R](#) –, SozR 4-4200 § 21 Nr. 10 = juris, Rn. 14 ff.; B. Schmidt, in: Meyer-Ladewig u.a., SGG – Kommentar, 12. Aufl. 2017, § 96 Rn. 4a).

Auch der Bescheid vom 9. Mai 2018 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23. Juli 2018, mit dem der Beklagte den Antrag des Klägers, für alle Bewilligungszeiträume ab 1. November 2015 die Leistungen wegen der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge an ihn auszuzahlen, abgelehnt hat, ist – trotz zumindest partieller zeitlicher Überschneidung – nicht zum Gegenstand des Verfahrens geworden. [§ 96 Abs. 1 SGG](#) (in Verbindung mit [§ 153 Abs. 1 SGG](#)) erfasst die hiesige Fallkonstellation nicht. Das gilt sogar unabhängig von der Frage, ob der Beklagte die Entscheidung über die Direktzahlung im Wege eines Verwaltungsaktes treffen musste und tatsächlich getroffen hat oder ob es sich dabei um Realakte handelte: Sofern die streitige Auszahlung allein als Realakt ohne begleitenden Verwaltungsakt zu qualifizieren wäre, läge gar keine Vorverfügung vor, an die [§ 96 Abs. 1 SGG](#) anknüpfen könnte. Geht man dagegen entsprechend der unten näher erläuterten Rechtsauffassung des Senats – davon aus, dass der Beklagte mit dem Schreiben vom 16. Dezember 2015 und dem Vermerk des Zahlungsempfängers im Änderungsbescheid vom gleichen Tage in der Gestalt, die beide durch den Widerspruchsbescheid vom 6. Januar 2016 erhalten haben, durch Verwaltungsakt gehandelt hat, stellt sich der Bescheid vom 9. Mai 2018 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23. Juli 2018 als ablehnender Bescheid in einem Überprüfungsverfahren nach [§ 44 SGB X](#) dar. Auf das Verhältnis des ursprünglichen Verwaltungsaktes und eines – für den streitigen Zeitraum wegen der fehlenden Bestandskraft der im hiesigen Verfahren streitigen Bescheide im Übrigen noch gar nicht notwendigen – Überprüfungsbescheides ist [§ 96 Abs. 1 SGG](#) nicht anwendbar (vgl. BSG, Beschl. v. 30. September 2009 – [B 9 SB 19/09 B](#) –, juris, Rn. 9; wohl auch BSG, Urt. v. 28. Oktober 2014 – [B 14 AS 39/13 R](#) –, SozR 4-1300 § 44 Nr. 31 = juris, Rn. 11, und B. Schmidt, in: Meyer-Ladewig u.a., SGG – Kommentar, 12. Aufl. 2017, § 96 Rn. 4b; anders wohl: BSG, Urt. v. 20. Oktober 2010 – [B 13 R 82/09 R](#) –, SozR 4-6480 Art. 22 Nr. 2 = juris, Rn. 21, wobei das Bundessozialgericht dort auf Grund der spezifischen Situation des Verfahrens davon ausging, der Überprüfungsbescheid habe den vorangegangenen Bescheid ersetzt, wofür vorliegend kein Anhaltspunkt besteht).

Zum anderen ist Gegenstand des Berufungsverfahrens der mangels entsprechender Vorbefassung und Bescheidung des Beklagten im Wege der reinen Leistungsklage verfolgte Anspruch auf eine "Soforthilfe" in Höhe von 1.000,- Euro.

2. Mit diesem Gegenstand ist die Berufung zulässig, insbesondere nach [§ 144 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) statthaft und frist- und formgerecht

ingelegt ([§ 151 Abs. 1 SGG](#)).

3. Die Berufung ist jedoch unbegründet. Hinsichtlich der Sofortzahlung ist die Klage bereits unzulässig, hinsichtlich des Anspruchs auf Auszahlung der Leistungen zur Deckung der Kosten für die private Kranken- und Pflegeversicherung an den Kläger selbst statt an die DKV ist sie unbegründet.

a) Die "Soforthilfe in Höhe von 1.000,- Euro zur Beseitigung einer Notlage" (Klageantrag zu Ziff. 2) macht der Kläger im Wege der reinen Leistungsklage ([§ 54 Abs. 5 SGG](#)) geltend, nachdem diesbezüglich ein Verwaltungsakt, an den die Klage in zulässiger Weise anknüpfen könnte, nicht ergangen ist. Das Schreiben vom 18. Dezember 2015, mit dem der Beklagte das Schreiben des Klägers vom 12. Dezember 2015 beantwortet hat, kommt insoweit nicht in Betracht: Wenn man es trotz seines formlosen Charakters als Verwaltungsakt qualifizieren wollte, wäre es, da der Kläger Widerspruch hiergegen nicht eingelegt hat, bindend geworden. Der im wiedereröffneten Berufungsverfahren anwaltlich vertretene Kläger hat es daher mit guten Gründen nicht in die von ihm gestellten Anträge einbezogen.

Der Bescheid vom 28. April 2016 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21. Juli 2016 hinsichtlich einer Soforthilfe ist zum Gegenstand des Verfahrens vor dem SG Darmstadt mit dem Aktenzeichen S 28 SO 116/16 geworden, so dass es schon deswegen sachgerecht ist, den Bescheid nicht in das hiesige Verfahren einzubeziehen, und der anwaltlich vertretene Kläger dies auch nicht getan hat. Im Übrigen könnte die Einbeziehung dieses nach Klageerhebung im hiesigen Verfahren ergangenen Bescheides – und ebenso des weiteren Bescheides zu einer Soforthilfe vom 29. Juli 2016 – nicht zur Zulässigkeit der insoweit allein statthaften kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage ([§ 54 Abs. 1 und Abs. 4 SGG](#), [§ 56 Abs. 1 SGG](#)) führen, da ein anfechtbarer Bescheid bereits bei Erhebung der Klage vorliegen muss; eine spätere Heilung ist nicht möglich.

Damit bleibt es bei einer reinen Leistungsklage, die ist jedoch nach [§ 54 Abs. 5 SGG](#) nur statthaft ist, wenn ein Verwaltungsakt durch die zuständige Behörde nicht zu ergehen hatte. Das ist regelmäßig nur dann der Fall, wenn die Beteiligten sich im Gleichordnungsverhältnis gegenüberstehen; im Regelfall – und auch hier – sind dagegen mit Blick auf die Funktionsverteilung von Judikative und Exekutive die Gerichte darauf beschränkt, das Handeln des zunächst zur Entscheidung berufenen Sozialleistungsträgers zu überprüfen (vgl. zum Ausnahmeharakter der reinen Leistungsklage Keller, in: Meyer-Ladewig u.a., SGG – Kommentar, 12. Aufl. 2017, § 54 Rn. 41). Die reine Leistungsklage, gerichtet auf eine – im Gesetz als solche überdies nicht vorgesehene – "Soforthilfe", ist daher nicht statthaft, weil hierüber zunächst der Beklagte hätte entscheiden müssen.

b) Der Antrag des Klägers zu Ziffer 1, die unter Berücksichtigung der monatlichen Beiträge zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung bewilligten Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung für die Zeit ab 1. November 2015 weiterhin an ihn selbst auszuzahlen, obwohl der Beklagte bereits Zahlungen an das Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen erbracht hat, ist unbegründet.

aa) Der Kläger macht sein diesbezügliches Begehren in zulässiger Weise im Wege einer Anfechtungs- und Leistungsklage geltend.

Das Anfechtungsbegehren ist statthaft, ohne dass in diesem Zusammenhang darüber zu entscheiden wäre, ob der Beklagte über die Auszahlung der dem Kläger bewilligten Leistungen direkt an das Versicherungsunternehmen durch Verwaltungsakt entscheiden durfte oder sogar musste. Nachdem er dies tatsächlich getan hat, sah sich der Kläger jedenfalls einem sogenannten Formverwaltungsakt gegenüber, dessen Bestandskraft er verhindern musste, um nicht schon deswegen seines möglichen Leistungsanspruchs verlustig zu gehen (vgl. hierzu etwa BSG, Urt. v. 3. April 2003 – [B 13 RJ 39/02 R](#) –, [BSGE 91, 68](#) = juris, Rn. 24; BSG, Urt. v. 13. August 2014 – [B 6 KA 6/14 R](#) –, [BSGE 116, 280](#) = juris, Rn. 26; Keller, in: Meyer-Ladewig u.a., SGG – Kommentar, 12. Aufl. 2017, § 54 Rn. 8a).

Das Vorliegen eines Verwaltungsaktes ergibt sich hier jedenfalls aus dem Widerspruchsbescheid vom 6. Januar 2016, der den angegriffenen Äußerungen des Beklagten die für das gerichtliche Verfahren maßgebliche Gestalt gibt ([§ 95 SGG](#)). Ein Widerspruchsbescheid kann daher unstreitig auch dazu führen, dass ein Verwaltungshandeln, das ursprünglich gar nicht in Form eines Verwaltungsaktes im Sinne von [§ 31 Satz 1 SGB X](#) erfolgte, durch den Widerspruchsbescheid entsprechende Gestalt gewinnt (B. Schmidt, in: Meyer-Ladewig u.a., SGG – Kommentar, 12. Aufl. 2017, § 85 Rn. 7a).

So liegt es hier: Das Schreiben vom 16. Dezember 2015, mit dem der Beklagte dem Kläger mitteilte, er werde die Leistungen ab November 2015 direkt an das Versicherungsunternehmen zahlen, war jedenfalls seiner Form nach kein Verwaltungsakt. Auch bezüglich des Änderungsbescheides vom gleichen Tage über die Leistungen ab Januar 2016 kann man jedenfalls mit guten Gründen zweifeln, ob ihm eine Verfügung hinsichtlich des Auszahlungsadressaten zu entnehmen ist oder ob die Ausweisung des Versicherungsunternehmens als Zahlungsempfänger am Ende des Berechnungsbogens als bloße Mitteilung ohne regelnden Charakter zu verstehen war. Das kann jedoch auf sich beruhen: Der Beklagte hat den Widerspruch des Klägers gegen beide – wobei der Kläger auch den Änderungsbescheid nur wegen des Auszahlungsempfängers mit Widerspruch angegriffen hatte – in der Sache beschieden und damit und auch durch seine inhaltliche Argumentation zu erkennen gegeben, dass er eine Entscheidung über den Auszahlungsempfänger durch Verwaltungsakt treffen wollte. Sein Handeln hat damit jedenfalls durch den Widerspruchsbescheid die Form eines Verwaltungsaktes erhalten. Das Anfechtungsbegehren ist somit statthaft. Es kann daher auf sich beruhen, ob überdies die zurückverweisende Entscheidung des Bundessozialgerichts so zu verstehen ist, dass dem Senat auch die Zulässigkeit des Anfechtungsbegehrens mit Bindungswirkung vorgegeben ist.

Auch das Leistungsbegehren ist statthaft (vgl. hierzu und zum Folgenden: BSG, Urt. v. 3. April 2003 – [B 13 RJ 39/02 R](#) –, [BSGE 91, 68](#) = juris, Rn. 27): Bei einer reinen Anfechtungsklage, mit der eine belastende Verfügung im Sinne eines Eingriffs der Behörde angefochten wird, erübrigt sich zwar im Regelfall eine Verurteilung zur (Weiter-)Leistung und es genügt die Aufhebung der in das Recht des Betroffenen eingreifenden Verfügung. So wäre regelmäßig eine Aufhebung der Verfügung über die Nichtauszahlung der bewilligten Leistungen an den Kläger zur Erreichung des Klageziels ausreichend, weil er dann aufgrund des Bescheides vom 16. April 2016, geändert durch den Bescheid vom 2. Juli 2016 und den hinsichtlich der geänderten Leistungsbewilligung nicht angegriffenen Bescheid vom 16. Dezember 2016, einen Anspruch auf Auszahlung der Rente hätte. Da vorliegend jedoch auch im Falle einer erfolgreichen Anfechtung der Regelung hinsichtlich der Auszahlung streitig geblieben wäre, ob der Beklagte den Anspruch durch die Direktzahlung an das Versicherungsunternehmen möglicherweise trotz der Aufhebung der entsprechenden Verfügung erfüllt hat beziehungsweise der entsprechende Bedarf dadurch entfallen ist und er daher berechtigt ist, eine (nochmalige) Zahlung zu verweigern, ist die Leistungsklage als zulässig anzusehen. Für den Kläger besteht angesichts der vorliegenden Fallkonstellation das Klageziel sogar vornehmlich in der Verurteilung der Beklagten zur

(nochmaligen) Auszahlung der bewilligten Grundsicherungsleistungen an ihn selbst.

bb) Die somit statthafte und auch im Übrigen zulässige Klage wegen der Auszahlung der bewilligten Leistungen an den Kläger selbst kann jedoch in der Sache keinen Erfolg haben.

(1) Der Kläger kann sich zunächst nicht darauf berufen, dass der Beklagte durch den Bescheid vom 16. April 2015 in Gestalt des Änderungsbescheides vom 2. Juli 2015 bindend an ihn auszuzahlende Leistungen bewilligt habe und er die Auszahlung an sich selbst daher allein deswegen beanspruchen könne, weil der Beklagte diese Verfügung nicht beseitigt habe.

Bewilligungsbescheiden der Sozialleistungsträger ist regelmäßig keine Verfügung im Sinne von [§ 31 Satz 1 SGB X](#) über den Auszahlungsempfänger zu entnehmen, wenn die Leistung schlicht an den "natürlichen" Leistungsempfänger, also den Leistungsberechtigten, ausgezahlt werden soll und nicht erkennbar ist, dass die Behörde die Auszahlung an einen Dritten wenigstens erwogen hätte. In diesem Fall bedarf es einer über die Leistungsbewilligung hinausgehenden Regelung nicht und aus der maßgeblichen Sicht des Leistungsberechtigten als Empfänger ist dementsprechend auch ein diesbezüglicher Regelungswille regelmäßig nicht zu erkennen. Dies gilt selbst dann, wenn – wie hier – der Zahlungsempfänger und der Zahlungsweg im Bescheid genannt werden, um dem Berechtigten etwa die Prüfung zu ermöglichen, ob der Leistungsträger die richtigen Kontodaten verwendet.

Nicht anders verhält es sich hier: In den Bescheiden vom 16. April 2015 und vom 2. Juli 2015 ist zwar am Ende des Berechnungsbogens der Kläger als Zahlungsempfänger und dessen Kontoverbindung aufgeführt. Schon nach der Stellung im Bescheid – am Ende des Berechnungsbogens, also im Rahmen der rechnerischen Begründung der Verfügung, und damit außerhalb des regelnden Teiles und konsequenterweise auch nach der Rechtsbehelfsbelehrung –, aber auch nach dem Inhalt handelt es sich um die bloße Benennung des Zahlungsempfängers und des Zahlungswegs, wie sie in den Bescheiden der meisten Sozialleistungsträger üblich ist, ohne dass erkennbar würde, dass der Beklagte hier einen Regelungsbedarf gesehen hätte. Daran vermag auch die Wortwahl ("Dieser Betrag wird folgenden Zahlungsempfänger zugeordnet:") nichts zu ändern, nachdem auch aus der objektiven Sicht des Bescheidempfängers keine Anhaltspunkte der Streit um die mögliche Direktzahlung war zum damaligen Zeitpunkt noch nicht virulent – dafür bestanden, dass der Beklagte hier eine Auswahl unter mehreren denkbaren Zahlungsempfängern hätte treffen wollen.

Der Beklagte war danach auf Grund der Bescheide vom 16. April 2015 und vom 2. Juli 2015 nicht gehindert, durch die Bescheide vom 16. Dezember 2015 (wegen des Bescheidcharakters kann auf die obigen Ausführungen zur Statthaftigkeit der Anfechtungsklage verwiesen werden) in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 6. Januar 2016 die direkte Zahlung des bewilligten Betrages in Höhe von 183,63 Euro beziehungsweise 192,13 Euro (nach der Leistungserhöhung durch den insoweit nicht angegriffenen Bescheid vom 16. Dezember 2015) an das Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen zu verfügen.

(2.) Die angegriffenen Bescheide erweisen sich auch im Übrigen als rechtmäßig.

(a) Sie sind zunächst nicht etwa wegen fehlender Verwaltungsaktsbefugnis hinsichtlich der Bestimmung des Auszahlungsadressaten rechtswidrig. Unabhängig von der im Einzelnen streitigen Frage, ob es einer ausgeformten gesetzlichen Grundlage für eine Entscheidung der zuständigen Behörde durch Verwaltungsakt bedarf, ist in diesem Zusammenhang jedenfalls ausreichend, wenn sich eine entsprechende Befugnis aus der Systematik des Gesetzes und der Eigenart des zwischen der Behörde und dem Einzelnen bestehenden Rechtsverhältnisses ergibt (vgl. in diesem Sinne etwa BSG, Ur. v. 15. Dezember 1999 – [B 9 V 26/98 R](#) –, [SozR 3-3100 § 62 Nr. 4](#) = juris, Rn. 13; Engelmann, in: von Wulffen/Schütze, SGB X – Kommentar, 8. Aufl. 2014, § 31 Rn. 7 m.w.Nw.). Insbesondere wenn zwischen Verwaltung und Adressat wie im Bereich der Sozialleistungsverwaltung üblich ein Subordinationsverhältnis besteht, also ein Verhältnis der Über- und Unterordnung, ist von der Befugnis durch Verwaltungsakt zu entscheiden, auszugehen (vgl. BSG, Ur. v. 9. Juni 2017 – [B 11 AL 6/16 R](#) –, [BSGE 123, 216](#) = juris, Rn. 18).

Danach war der Beklagte im vorliegenden Zusammenhang zur Bestimmung des Zahlungsadressaten durch Verwaltungsakt befugt. Zwar enthalten, wie gesehen, Bewilligungsbescheide, wenn die Leistung unmittelbar an den Leistungsberechtigten oder einen von ihm benannten Vertreter ausgezahlt wird, regelmäßig keine Verfügung über den Zahlungsempfänger und den Zahlungsweg; hierfür besteht auch kein Bedürfnis. Anders liegt die Situation jedoch, wenn die Behörde die Leistung an einen Dritten auszahlen möchte, jedenfalls dann, wenn dies gegen den Willen des Betroffenen geschehen soll, und sich der Leistungsträger diesbezüglich gegenüber dem Leistungsberechtigten in einer Weise äußert, die einen Regelungswillen zum Ausdruck bringt. Dies ist für die vergleichbare Problematik einer Auszahlung eines Teils der Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes an den Vermieter des Leistungsberechtigten nach [§ 22 Abs. 7 SGB II](#) beziehungsweise [§ 35 Abs. 1 Satz 2 ff. SGB XII](#) grundsätzlich weitgehend anerkannt (vgl. in diesem Sinne etwa LSG BW, Beschl. v. 5. Mai 2011 – [L 3 AS 1261/11 ER-B](#), juris; BayLSG, Beschl. v. 5. August 2015 – [L 7 AS 263/15](#) –, juris, Rn. 35; Luik, in: Eicher/Luik, SGB II – Kommentar, 4. Aufl. 2017, § 22 Rn. 249; Nguyen, in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB XII, 2. Aufl. 2014, § 35 Rn. 122), auch wenn das Bundessozialgericht diesbezüglich, soweit ersichtlich, noch keine abschließende Entscheidung getroffen hat. Einwände gegen die Einordnung als Verwaltungsakt werden denn auch in erster Linie aus dem Umstand hergeleitet, dass nach der gesetzlichen Formulierung der Leistungsträger den Leistungsberechtigten und den Vermieter über die direkte Zahlung [nur] schriftlich zu unterrichten habe ([§ 22 Abs. 7 Satz 4 SGB II](#) bzw. [§ 35 Abs. 1 Satz 5 SGB XII](#)). Darin wird eine spezialgesetzliche Regelung zu [§ 31 SGB X](#) gesehen, die dazu führe, dass trotz der Erfüllung der dort genannten Voraussetzungen für die Qualifikation einer behördlichen Äußerung als Verwaltungsakt nicht davon ausgegangen werden könne, dass ein solcher vorliegt (vgl. in diesem Sinne etwa Berlitz, in: Münder, LPK-SGB II, 6. Aufl. 2017, § 22 Rn. 237). Eine entsprechende Norm bestand im fraglichen Zeitraum für den hiesigen Regelungszusammenhang jedoch nicht, so dass den daraus sich ergebenden Einwänden gegen eine Qualifizierung als Verwaltungsakt nicht weiter nachzugehen ist. Der Umstand, dass heute in dem mit Wirkung zum 1. Juli 2017 in Kraft getretenen [§ 43a Abs. 3 Satz 3 SGB XII](#) eine vergleichbare Vorschrift, die (nur) eine schriftliche Information des Leistungsberechtigten und des Zahlungsempfängers vorsieht, für alle Direktzahlungen von Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung zu finden ist, bleibt ohne Bedeutung, nachdem im hiesigen Rechtsstreit in Ermangelung ausdrücklicher Übergangsvorschriften nach den allgemeinen Regeln des intertemporalen Rechts auf das im streitigen Leistungszeitraum maßgebliche Recht abzustellen ist.

In der Sache sind die Voraussetzungen des [§ 31 Satz 1 SGB X](#) jedenfalls erfüllt, wenn die Behörde gegenüber dem Leistungsberechtigten ihre Entscheidung zum Ausdruck bringt, sie wolle und werde aufgrund der besonderen Umstände des Einzelfalles die ihm bewilligten Leistungen nicht an ihn, sondern an einen Dritten auszahlen und er müsse dies gegen sich gelten lassen. Dies genügt den Vorgaben aus [§](#)

[§ 31 Satz 1 SGB X](#), wonach jede Verfügung, Entscheidung oder andere hoheitliche Maßnahme, die eine Behörde zur Regelung eines Einzelfalles auf dem Gebiet des öffentlichen Rechts trifft und die auf unmittelbare Rechtswirkung nach außen gerichtet ist, als Verwaltungsakt anzusehen ist. Dies ist zwar umso augenfälliger, wenn die Behörde dabei wie im Rahmen von § 22 Abs. 7 Sätze 2 f. SGB II oder [§ 35 Abs. 1](#) Sätze 3 f. SGB XII (zumindest in atypischen Fällen) Ermessen auszuüben hat, gilt aber unabhängig davon in jedem Fall, in dem die Behörde die bewilligte Leistung nicht an den Leistungsberechtigten selbst als "natürlichen" Zahlungsempfänger auskehren will und den Leistungsberechtigten darüber nicht nur informiert, sondern ihm gegenüber einen entsprechenden Regelungswillen zum Ausdruck bringt. Unabhängig davon, ob das Gesetz eine entsprechende Direktzahlung ermöglicht oder sogar bindend vorgibt, gilt dies jedenfalls dann, wenn die bewilligte Leistung nicht zur Deckung aller Bedarfe ausreicht und mit Blick auf die verschiedenen Bedarfe unterschiedliche Zahlungsempfänger in Betracht kommen, etwa der Leistungsberechtigte selbst für den Regelbedarf, der Vermieter für die Bedarfe für Unterkunft und Heizung und der Sozialversicherungsträger beziehungsweise das Versicherungsunternehmen für die Bedarfe für eine Kranken- und Pflegeversicherung. Die Behörde muss in diesem Fall eine Entscheidung treffen, an wen sie die Leistung auszahlt. Selbst in den Fällen in denen dies gesetzlich vorgezeichnet ist, stellt sich eine Erklärung gegenüber dem Leistungsberechtigten, in der die Behörde verbindlich zum Ausdruck bringt, wie sie im Einzelfall verfahren will, unter diesen Umständen als Verwaltungsakt dar.

Für eine entsprechende verbindliche Regelung besteht auch ein Bedürfnis, um zwischen den Beteiligten Rechtssicherheit zu schaffen, so dass es einer ausdrücklichen gesetzlichen Befugnisnorm nicht bedarf, um dem Leistungsträger entsprechende Verfügungen zu ermöglichen. Angesichts der Entscheidungsnotwendigkeit, vor die sich die Leistungsträger durch die gesetzliche Regelung gestellt sehen, ist vor diesem Hintergrund von einer ausreichenden gesetzlichen Grundlage für den Erlass eines Verwaltungsaktes auszugehen. Ob ein Leistungsträger in derartigen Fällen zu einem entsprechenden Vorgehen zwingend verpflichtet ist, kann hier dahinstehen, nachdem der Beklagte, wie gesehen, jedenfalls nach der Gestalt, die die Äußerungen vom 16. Dezember 2015 durch den Widerspruchsbescheid vom 6. Januar 2016 gewonnen haben, eine entsprechende Regelung getroffen hat.

Nur umso mehr ist von einer Verwaltungsaktsbefugnis auszugehen, wenn man der Argumentation des Beklagten im Widerspruchsbescheid vom 6. Januar 2016 folgt, wonach sich die Entscheidung zu Gunsten einer Direktzahlung als Bestimmung des Maßes der Sozialhilfeleistung im Sinne von [§ 17 Abs. 2 Satz 1 SGB XII](#) darstelle.

(b) Der Bescheid ist auch im Übrigen formell rechtmäßig, namentlich ist er nicht wegen eines Anhörungsmangels rechtswidrig.

Nach den gesamten Umständen und bezogen auf die insoweit maßgebliche Perspektive des Klägers als Betroffenen muss der Bescheid als ein in dessen Rechtsposition eingreifender Verwaltungsakt bewertet werden, so dass der Beklagte ihn vor dessen Erlass nach [§ 24 Abs. 1 SGB X](#) anhören musste. Das ist hier zwar nicht ausdrücklich schriftlich geschehen; aufgrund des Schriftverkehrs im Vorfeld, namentlich der Schreiben des Beklagten vom 7. Dezember 2015 und vom 23. November 2015, sowie der telefonischen Kommunikation, auf die der Kläger in seinem Schreiben vom 16. November 2015 Bezug nimmt, und der persönlichen Vorsprache am 16. Oktober 2015 waren dem Kläger aber ersichtlich alle maßgeblichen Umstände bekannt, so dass er sich zu diesen äußern konnte und auch tatsächlich geäußert hat.

Überdies war eine (weitere ausdrückliche) Anhörung auch deswegen entbehrlich, weil der Beklagte von den Angaben des Klägers, die dieser im Vorfeld der streitigen Entscheidung gemacht hatte, nicht abwich (vgl. [§ 24 Abs. 2 Nr. 3 SGB X](#)), sondern dessen erklärtermaßen fehlende Bereitschaft, die für die Versicherung im Basistarif geschuldeten Beiträge an das Versicherungsunternehmen zu zahlen, seiner Entscheidung gerade zugrunde gelegt und daraus nur andere rechtliche Schlüsse gezogen hat als vom Kläger für richtig gehalten.

Auch im Übrigen bestehen keine Bedenken hinsichtlich der formellen Rechtmäßigkeit der Entscheidung des Beklagten.

(c) Diese ist schließlich auch in der Sache nicht zu beanstanden. Dabei kann im Ergebnis sogar offenbleiben, ob im streitigen Zeitraum durch [§ 32 Abs. 5 Satz 5 SGB XII](#) in der auf Art. 6a des Vierten Gesetzes zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 22. Dezember 2011 ([BGBl. I S. 3057](#)) zurückgehenden und bis zum 31. Dezember 2017 maßgeblichen Fassung eine Direktzahlung der bewilligten Beträge an das Versicherungsunternehmen in Fallgestaltungen wie der hiesigen schon gesetzlich ohne Spielraum für die Leistungsträger vorgegeben war.

Das liegt jedenfalls sehr nahe, denn nach der genannten Vorschrift waren die zu übernehmenden Aufwendungen für eine Krankenversicherung bei einem privaten Versicherungsunternehmen und die entsprechenden Aufwendungen für die Pflegeversicherung an das Versicherungsunternehmen zu zahlen waren, bei dem die leistungsberechtigte Person versichert war. Diese ausdrückliche Anordnung dürfte sich als zwingende, bei der Bewilligung durch den Bescheid vom 16. April 2015 und dessen Änderung durch den Bescheid vom 2. Juli 2015 aber übersehene Vorgabe einer Direktzahlung an den Beklagten darstellen. Dies gilt umso mehr im Zusammenspiel mit der Regelung aus [§ 12 Abs. 1c Satz 5 VAG](#) a.F. (bis 31. Dezember 2015) beziehungsweise [§ 152 Abs. 4 Satz 2 VAG](#) n.F. (ab 1. Januar 2016), die es nahelegt, dass im Falle einer Hilfebedürftigkeit, die sich nur aus dem Hinzutreten eines Bedarfs wegen der Aufwendungen für eine private Kranken- und Pflegeversicherung ergibt, Leistungen des Grundsicherungs- beziehungsweise Sozialhilfeträgers in erster Linie auf diese Bedarfe erbracht werden.

Selbst wenn man aber diesem Verständnis der maßgeblichen Vorschriften nicht folgt, sondern davon ausgeht, dass die gesetzlichen Regelungen dem Beklagten Spielraum ließen, auf welche Bedarfe er die Leistung zahlt und wer daher als Zahlungsempfänger auszuwählen war, ist der Bescheid angesichts der konkreten Umstände gerechtfertigt: Der Kläger hatte wiederholt zu erkennen gegeben, dass er nicht bereit sei, die Leistungen, die der Beklagte ihm unter Berücksichtigung der aus der Versicherung im Basistarif entstehenden Beitragspflicht gewährte, zweckentsprechend zu verwenden. Entsprechende Bedarfe sind nach der gesetzlichen Regelung jedoch allein deswegen im Rahmen der Leistungsberechnung und -gewährung zu berücksichtigen, um eine Absicherung des Krankheits- und Pflegerisikos durch eine Versicherung sicherzustellen; es handelt sich gerade nicht um eine Pauschale, mit der die Betroffenen frei verfahren und die sie für eine unmittelbare Abdeckung von Krankheitskosten in eigener Regie verwenden oder ansparen könnten. Dies wäre angesichts der Unkalkulierbarkeit von Krankheits- und Pflegekosten, welche die individuelle Leistungsfähigkeit bei weitem übersteigen können, auch ersichtlich nicht sachgerecht. Ein berücksichtigungsfähiger Bedarf entstand daher gerade nur mit Blick auf die vom Kläger geschuldeten Zahlungen für seine Kranken- und Pflegeversicherung. Wäre seine Weigerung, entsprechende Zahlungen zu erbringen, rechtlich beachtlich, entfiel in der Konsequenz der in [§ 32 Abs. 5 SGB XII](#) a.F. normierte Bedarf, so dass er angesichts des für seine sonstigen Bedarf ausreichenden Renteneinkommens gar keinen Leistungsanspruch hätte.

Nachdem ihm durch die ihm zustehenden Renten ausreichende Mittel zur freien Verfügung zufließen, um den Regelbedarf, den zu seinen Gunsten berücksichtigten Mehrbedarf wegen kostenaufwändiger Ernährung sowie die Bedarfe für Unterkunft und Heizung abzudecken, war ein etwaiges Ermessen des Beklagten, welchem Bedarf er die seinerseits bewilligten Leistungen zuordnen wollte, unter diesen Umständen auf Null reduziert, so dass deren direkte Auszahlung an das Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen geboten war. Im Übrigen ist auch nicht zu sehen, dass die Ermessenserwägungen des Beklagten im Widerspruchsbescheid zu beanstanden wären, wobei offenbleiben kann, ob der dortigen Anknüpfung an [§ 17 Abs. 2 SGB XII](#), also den Ermessensspielraum hinsichtlich der Art und des Maßes der Leistungserbringung, gefolgt werden kann (vgl. insoweit krit. Coseriu in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB XII, 2. Aufl. 2014, § 17 Rn. 34 m. Nw. auch zur Gegenauffassung).

Im maßgeblichen Zeitraum stand dem auch keine Regelung entgegen, wie sie sich heute in dem als Art. 4 des Gesetzes zur Ermittlung von Regelbedarfen sowie zur Änderung des Zweiten und des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch vom 22. Dezember 2016 ([BGBl. I S. 3159](#)) zum 1. Januar 2018 in Kraft getretenen [§ 32a Abs. 2 Satz 1 SGB XII](#) findet und wonach eine Direktzahlung nur erfolgt, wenn der sozialhilferechtliche Zahlungsanspruch größer oder gleich der berücksichtigten Aufwendungen für die Kranken- und Pflegeversicherung ist.

(3.) Nur ergänzend ist danach darauf hinzuweisen, dass sich jedenfalls das Leistungsbegehren des Klägers auch dann als unbegründet erweisen müsste, wenn man entgegen der hier vertretenen Auffassung davon ausgehen wollte, dass sich die Entscheidung zu Gunsten einer Direktzahlung, auch wenn sie, wie hier, dem Betroffenen gegenüber mit erkennbarem Regelungswillen erklärt wird, nicht als Verwaltungsakt darstellt oder die Verwaltungsaktsbefugnis des Sozialhilfeträgers für entsprechende Entscheidungen bestreitet.

Für die Rechtmäßigkeit der dann ausschließlich als Realakt zu beurteilende Auszahlung an das Versicherungsunternehmen gelten zunächst im Wesentlichen die gleichen Erwägungen, die oben hinsichtlich der sachlichen Rechtfertigung der angegriffenen Bescheide angestellt worden sind.

Zudem spricht viel dafür, dass ein offener Bedarf des Klägers zum jetzigen und für die Entscheidung über eine Leistungsklage maßgeblichen Zeitpunkt nicht mehr feststellbar ist, der Beklagte diesen vielmehr durch die Direktzahlung bereits gedeckt hat, wobei man jedenfalls für die Frage der Bedarfsdeckung bezweifeln kann, ob das Vorhandensein oder Fehlen einer Rechtsgrundlage für die Direktzahlung von ausschlaggebender Bedeutung sein kann (vgl. für eine Bedarfsdeckung in entsprechenden Fällen: Holzhey in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB XII, 2. Aufl. 2014, § 32 Rn. 90; Arndt, [NZS 2018, 512](#)). Einen pauschalierten Bedarf an Mitteln, um die Kosten für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung in eigener Verantwortung selbst abzudecken oder gegebenenfalls anzusparen, wie ihn sich der Kläger vorstellt, sieht das Gesetz nicht vor. Der Frage, ob im streitigen Zeitraum ein konkreter Bedarf für tatsächlich erbrachte Aufwendungen des Klägers für Krankheits- oder Pflegekosten entstanden ist – dargetan ist das durch die bei der Akte befindlichen Kostenvoranschläge nicht –, war nicht weiter nachzugehen, nachdem sich der Gegenstand des hiesigen Rechtsstreits auf die Frage beschränkt, an wen die bewilligten Leistungen auszuzahlen sind.

Selbst wenn man gegenüber der Annahme einer regelmäßigen Bedarfsdeckung durch eine Direktzahlung auch ohne ausreichende Rechtsgrundlage grundsätzlich Bedenken haben wollte, namentlich weil dann auch der in der Direktzahlung ohne ausreichende Grundlage liegende Rechtsverstoß folgenlos bliebe, könnte man im vorliegenden Einzelfall nicht zu einem anderen Ergebnis gelangen. Nach Treu und Glauben ([§ 242 BGB](#)) kann eine Leistung nicht verlangt werden, wenn diese unmittelbar zurückzuerstatten wäre. Dieser sogenannte *dolo agit*-Einrede stellt sich vorliegend in leicht abgewandelter Form wie folgt dar: Der Kläger hatte, wie gesehen, im streitigen Zeitraum überhaupt nur dann einen Anspruch auf Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, wenn der Beklagte die Aufwendungen für die Kranken- und Pflegeversicherung als Bedarf zu berücksichtigen hatte. Das Verlangen einer Direktauszahlung der entsprechenden Beträge an ihn selbst stellt sich vor diesem Hintergrund und angesichts seiner wiederholt zu erkennen gegebenen und über lange Zeit praktizierten Weigerung, die Leistungen bedarfsgerecht zu verwenden und Beiträge an die Versicherung zu zahlen, als treuwidrig dar. Der Beklagte hat – zu Recht – die Leistungsbewilligung dem Grunde nach dennoch nicht infrage gestellt, allerdings gerade nur deswegen, weil durch die Direktzahlung an das Versicherungsunternehmen eine bedarfsgerechte Verwendung der Mittel sichergestellt werden konnte und daher kein Anlass bestand, diese Bedarfe außen vor zu lassen.

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

5. Gründe für eine Zulassung der Revision bestehen nicht. Zwar ist die – im Übrigen nur für das Anfechtungsbegehren relevante – Frage, ob der Träger der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung über die Direktauszahlung von Versicherungsbeiträgen durch Verwaltungsakt entscheiden darf, höchststrichterlich nicht abschließend geklärt. Dennoch ist die Rechtssache nicht von grundsätzlicher Bedeutung im Sinne von [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#): Die maßgebliche Rechtslage hat sich zwischenzeitlich insbesondere durch die erwähnte Einfügung von [§ 43a SGB XII](#) entscheidend verändert, so dass die vorliegende Rechtssache nicht zur Klärung der aktuellen Rechtslage führen kann (vgl. Leitherer, in: Meyer-Ladewig u.a., SGG – Kommentar, 12. Aufl. 2017, § 160 Rn. 8d m.w.Nw.).

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2020-11-12