

L 8 SO 246/19

Land
Niedersachsen-Bremen
Sozialgericht
LSG Niedersachsen-Bremen
Sachgebiet
Sozialhilfe
1. Instanz
SG Bremen (NSB)
Aktenzeichen
S 24 SO 34/19
Datum
06.09.2019
2. Instanz
LSG Niedersachsen-Bremen
Aktenzeichen
L 8 SO 246/19
Datum
22.07.2021
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Für die Obergrenze des Beitragszuschusses nach [§ 32 Abs 4 Satz 2 Nr 1 SGB XII](#) ist die Hälfte des Beitrages im (konkret-individuellen) Basisarief maßgeblich, den die betroffene Person der privaten Krankenversicherung zu leisten hat oder - soweit sie nicht im Basisarief versichert ist - nach einem Wechsel in diesen Tarif zu leisten hätte (ebenso Sächsisches LSG v. 15.03.2021 - [L 8 SO 29/20 B ER](#) - juris Rn. 37; zu der Parallelvorschrift [§ 26 SGB II](#) auch LSG Berlin-Brandenburg v. 20.04.2021 - [L 10 AS 802/19](#) - juris Rn. 22 ff.). 2. Der Anwendungsbereich des [§ 48 SGB X](#) erstreckt sich auch auf anfänglich rechtswidrige Verwaltungsakte, "soweit" in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen eine wesentliche Änderung eingetreten ist; die Aufhebung ist damit ausschließlich auf das Ausmaß der Änderung beschränkt (hier Erhöhung von Renteneinkommen).

Auf die Berufung des Klägers wird der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Bremen vom 6. September 2019 geändert.

Der Bescheid der Beklagten vom 26. April 2018 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28. Januar 2019 wird aufgehoben. Die Bescheide der Beklagten vom 16. Mai und 19. Juni 2018 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28. Januar 2019 und vom 17. April, 20. Juni und 20. Dezember 2019, vom 7. Februar, 2. Juli und 21. Dezember 2020 sowie vom 17. Mai und 25. Juni 2021 werden aufgehoben, soweit dem Kläger monatlich Leistungen für Juni 2018 von weniger als 889,98 €, für Juli 2018 bis Juni 2019 von weniger als 887,18 €, für Juli bis Dezember 2019 von weniger als 883,95 €, für Januar bis Juni 2020 von weniger als 883,86 €, für Juli bis Dezember 2020 von weniger als 880,66 € sowie ab Januar 2021 von weniger als 880,57 € bewilligt worden sind.

Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen.

Die Beklagte hat ein Fünftel der außergerichtlichen Kosten des Klägers für beide Instanzen zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand

Im Streit sind höhere Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (Grundsicherungsleistungen) nach dem Vierten Kapitel des Sozialgesetzbuchs Zwölftes Buch (SGB XII) für die Zeit ab Juni 2018, insbesondere wegen höherer Beitragszuschüsse für die private Kranken- und Pflegeversicherung.

Der 1951 geborene Kläger lebt gemeinsam mit seiner 1963 geborenen Lebensgefährtin in einer im Stadtgebiet der Beklagten gelegenen, etwa 68 qm großen Wohnung, für die eine Grundmiete von 419,68 € (bis Juni 2018) und Vorauszahlungen für Betriebs- und Heizkosten von 137,00 € bzw. 58,00 € zu entrichten waren (bruttowarm: 614,68 € je Monat); die Grundmiete erhöhte sich ab Juli 2018 auf 473,27 € und ab Februar 2021 auf 482,63 €. Der Kläger bezieht seit März 2017 eine Regelaltersrente, deren monatlicher Zahlbetrag (netto) sich ab Juli 2017 auf 86,66 €, ab Juli 2018 auf 89,46 €, ab Juli 2019 auf 92,69 €, ab Januar 2020 auf 92,78 € und ab Juli 2020 auf 95,98 € belief und seit Januar 2021 96,07 € je Monat beträgt. Seine Lebensgefährtin erhält eine Rente wegen voller Erwerbsminderung, die sich im streitgegenständlichen Zeitraum auf einen monatlichen Betrag von 586,90 € (im Juni 2018) bis zu 647,03 € (seit Juli 2020) belief. Für seine private Kranken- und Pflegeversicherung bei der DKV (im Normaltarif) hat der Kläger Beiträge zu entrichten in monatlicher Höhe ab Juni 2018 von 606,74 € bzw.

49,15 € (Gesamt: 655,89 €), ab Januar 2020 von 616,83 € bzw. 85,17 € (Gesamt: 702,00 €) und zuletzt ab Juli 2021 von 606,74 € bzw. 85,17 € (Gesamt: 691,91 €).

Der Kläger war u.a. wegen verschiedener körperlicher Beschwerden (Somatisierungsstörung), einer ausgeprägten Angststörung (Agoraphobie) und einer wiederkehrenden (rezidivierenden) depressiven Störung seit mindestens November 2011 dauerhaft voll erwerbsgemindert und bezieht seit dieser Zeit vom Beklagten Grundsicherungsleistungen. Zuvor hatte er zur Sicherung seines Lebensunterhalts Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Zweites Buch (SGB II) bezogen, bei denen zuletzt aufgrund einer gerichtlichen Auseinandersetzung Zuschüsse für die private Kranken- und Pflegeversicherung in monatlicher Höhe von 246,15 € bzw. 34,01 € (gesamt: 280,16 €) berücksichtigt worden sind (Sozialgericht - SG - Bremen, Beschluss vom 18.1.2011 - S 27 AS 2/11 ER -; Ausführungsbescheid des Jobcenters Bremen vom 20.1.2011). In dieser Höhe wurden dem Kläger auch von der Beklagten bis Mai 2018 Beitragszuschüsse gewährt; zuletzt wurden ihm und seiner Lebensgefährtin durch Bescheid vom 28.3.2018 für die Zeit „ab dem 01.03.18“ Grundsicherungsleistungen bewilligt in einer monatlichen Gesamthöhe von 987,19 € bzw. ab April 2018 von 1002,33 €, wobei auf den Kläger ein Individualanspruch von 874,84 € bzw. ab April 2018 von 889,98 € entfiel (davon Beitragszuschüsse i.H.v. 280,16 € bzw. ab April 2018 wegen der Erhöhung des Pflegeversicherungsbeitrags i.H.v. 295,30 €).

Nachdem der Kläger der Beklagten im April 2018 ein Angebot seiner Versicherung über den Wechsel in den Basistarif bei Bedürftigkeit zu monatlichen Beiträgen von 108,74 € (Krankenversicherung) bzw. 49,15 € (Pflegeversicherung) vorgelegt hatte, entschied die Beklagte durch Bescheid vom 26.4.2018, dass die Zuschüsse für die Versicherungsbeiträge ab dem 1.6.2018 auf die Höhe dieser Beiträge begrenzt werden. Durch Bescheid vom 16.5.2018 bewilligte sie sodann Grundsicherungsleistungen „ab dem 01.06.2018“ in einer Gesamthöhe von 864,92 € bzw. dem Kläger i.H.v. 752,57 €, davon 157,89 € als Beitragszuschüsse für die Kranken- und Pflegeversicherung. Am 25.5.2018 erhob der Kläger gegen den Bescheid vom 26.4.2018 bzw. die Begrenzung der Beitragszuschüsse Widerspruch. Während des Vorverfahrens wurden ihm für die Zeit ab Juli 2018 wegen der Erhöhung der Unterkunftskosten und seines Renteneinkommens Grundsicherungsleistungen in monatlicher Höhe von 776,56 € bewilligt (Bescheid vom 19.6.2018), davon wiederum 157,89 € für die Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge (Gesamtbewilligung: 896,81 € je Monat). Den Widerspruch des Klägers wies die Beklagte durch Widerspruchsbescheid vom 28.1.2019 zurück.

Nach Klageerhebung beim SG Bremen (am 25.2.2019) hat die Beklagte dem Kläger und seiner Lebensgefährtin durch Bescheide vom 17.4. und 20.6.2019 Grundsicherungsleistungen für die Zeit ab 1.3.2019 und ab 1.7.2019 in monatlicher Höhe von 926,08 € (Anspruch des Klägers: 798,18 €) bzw. 903,92 € (Anspruch des Klägers: 795,32 €) bewilligt, wobei auf die Beitragszuschüsse wegen einer Erhöhung des Pflegeversicherungsbeitrags jeweils 171,88 € je Monat entfielen. Das SG hat die Klage durch Gerichtsbescheid vom 6.9.2019 u.a. mit der Begründung abgewiesen, der Kläger habe keinen Anspruch auf höhere Beitragszuschüsse für die Kranken- und Pflegeversicherung, wegen der voraussichtlichen Dauer des Leistungsbezugs auch nicht ausnahmsweise für einen vorübergehenden Zeitraum. Mit der Anerkennung von Beiträgen lediglich in Höhe des halbierten Beitrags für den Basistarif werde die verfassungsrechtliche Verpflichtung des Staates, das Existenzminimum sicherzustellen, nicht verletzt, weil die Vertragsleistungen des Basistarifs in Art, Umfang und Höhe der Leistungen den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, durch die ca. 90 % der Bevölkerung in Deutschland abgesichert seien, entsprechen würden. Der Umstand, dass der halbierte Basistarif im Falle des Klägers so gering ausfällt, führe zu keinem anderen Ergebnis, weil insoweit der Nachranggrundsatz greife ([§ 2 Abs. 1 SGB XII](#)); wirtschaftlich betrachtet stellten die auf den Kläger entfallenden Alterungsrückstellungen Vermögen dar, das seine Bedürftigkeit mindere.

Gegen die dem Kläger am 12.9.2019 zugestellte Entscheidung richtet sich seine Berufung vom 9.10.2019. Er macht geltend, der günstige Basistarif seiner Versicherung sei allein auf eigene „Ansparleistungen“ bzw. Alterungsrückstellungen durch eine langjährige Mitgliedschaft zurückzuführen und nicht der Maßstab für die Bemessung der Beitragszuschüsse. Vielmehr seien nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG, Urteil vom 18.1.2011 - [B 4 AS 108/10 R](#) -) grundsätzlich die tatsächlichen Kosten zu übernehmen. Ein Wechsel in den Basistarif seiner Krankenversicherung sei für ihn wegen seines komplexen Krankheitsbildes, das u.a. wegen der Angststörung therapeutische Hausbesuche sowie alternative Heilmittel und damit einen besseren Versicherungsschutz als denjenigen der gesetzlichen Krankenversicherung erfordere, nicht zumutbar. Zudem sei ein Wechsel nicht kostengünstiger, weil er als Selbstzahler höhere Kosten zu tragen habe, u.a. für Hausbesuche, Laboruntersuchungen und Heilmittel (letztere in einer Größenordnung von 300,00 € bis 400,00 € je Monat), die derzeit von der privaten Krankenversicherung übernommen würden. Für ihn sei ein Wechsel in den Basistarif - auch wegen seiner Angststörung - der „blanke Horror“.

Während des Berufungsverfahrens sind für den Kläger und seine Lebensgefährtin weitere Entscheidungen über laufende Grundsicherungsleistungen ergangen und zwar durch Bescheide der Beklagten vom 20.12.2019 (ab 1.1.2020) und 7.2. (ebenfalls ab 1.1.2020), 2.7. (ab 1.7.2020) und 21.12.2020 (ab 1.1.2021) sowie vom 17.5. und 25.6.2021 in monatlicher Höhe von 939,95 € bzw. 939,86 € (Regelsatz- und Rentenerhöhung ab Januar 2020; Anspruch des Klägers: 824,35 € bzw. 824,26 €) und 915,08 € (Rentenerhöhung ab Juli 2020; Anspruch des Klägers: 821,06 €), 939,08 € (Regelsatzerhöhung ab Januar 2021; Anspruch des Klägers 833,06 €) sowie 950,17 € (Korrektur der Leistungen für Unterkunft und der Einkommensanrechnung ab Juni 2021; Anspruch des Klägers: 837,65 €) und 970,24 € (Erhöhung des Krankenversicherungsbeitrags im Basistarif ab Juli 2021; Anspruch des Klägers: 857,72 €), wobei als Beitragszuschüsse wegen Erhöhungen der Beiträge im Basistarif von Januar 2020 bis Juni 2021 jeweils 193,91 € und ab Juli 2021 213,98 € berücksichtigt worden sind.

Der Kläger beantragt schriftsätzlich sinngemäß,

den Gerichtsbescheid des SG Bremen vom 6.9.2019 aufzuheben und die Bescheide der Beklagten vom 26.4., 16.5. und 19.6.2018 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28.1.2019 und die Bescheide der Beklagten vom 17.4., 20.6. und 20.12.2019, vom 7.2., 2.7. und 21.12.2020 sowie vom 17.5. und 25.6.2021 zu ändern und

die Beklagte zu verurteilen, dem Kläger Grundsicherungsleistungen ab dem 1.6.2018 unter Berücksichtigung von Zuschüssen für die private Kranken- und Pflegeversicherung in Höhe der tatsächlichen Kosten zu gewähren.

Die Beklagte beantragt schriftsätzlich,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die Entscheidung des SG für zutreffend.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung durch Urteil einverstanden erklärt (Schriftsätze vom 4. und 19.5.2021).

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der beigezogenen Verwaltungsvorgänge der Beklagten (zwei Bände, drei Hefter) Bezug genommen. Diese Akten haben dem Senat vorgelegen und sind Gegenstand der Entscheidungsfindung gewesen.

Entscheidungsgründe

Der Senat entscheidet mit dem Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung durch Urteil ([§ 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz - SGG](#)).

1.

Die form- und fristgerecht ([§ 151 SGG](#)) eingelegte und auch im Übrigen zulässige, insbesondere statthafte ([§§ 143, 144 Abs. 1 Satz 2 SGG](#)) Berufung ist zum Teil begründet. Das SG hat die Klage zu Unrecht in vollem Umfang abgewiesen.

2.

Gegenstand der kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage ([§ 54 Abs. 1](#) und 4, [§ 56 SGG](#)) sind die Bescheide der Beklagten vom 26.4., 16.5. und 19.6.2018 ([§ 86 SGG](#)) in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28.1.2019 ([§ 95 SGG](#)) und die gemäß [§ 96 SGG](#) in das Verfahren einzubeziehenden Bescheide der Beklagten vom 17.4., 20.6. und 20.12.2019, vom 7.2., 2.7. und 21.12.2020 sowie vom 17.5. und 25.6.2021, durch die dem Kläger ab Juni 2018 Grundsicherungsleistungen bewilligt worden sind (dazu im Einzelnen gleich). Nach dem Meistbegünstigungsgrundsatz hat sich der Widerspruch des Klägers vom 25.5.2018 sowohl gegen den Bescheid vom 26.4.2018 über die Begrenzung bzw. Aufhebung der Beitragszuschüsse ab Juni 2018 gerichtet als auch gegen den Bescheid vom 16.5.2018, durch den diese Begrenzung im Rahmen der Leistungsbewilligung ab Juni 2018 umgesetzt worden ist, weil der Kläger in der Sache erkennbar für die o.g. Zeit höhere Grundsicherungsleistungen begehrt (hat), insbesondere Zuschüsse für die private Kranken- und Pflegeversicherung in Höhe der tatsächlichen Kosten.

3.

Da die Bescheide vom 26.4.2018 (Begrenzung der Zuschüsse ab Juni 2018 i.S. einer isolierten Aufhebung) und 16.5.2018 (Bewilligung von Grundsicherungsleistungen für den Kläger ab Juni 2018 in monatlicher Höhe von 752,57 €) die vorangegangene Bewilligung von Leistungen in monatlicher Höhe von 889,98 € (ab April 2018) durch Bescheid vom 28.3.2018 teilweise aufgehoben haben (in Höhe der den Kläger betreffenden Leistungsdifferenz von 137,41 € je Monat), ist gegen diese Verfügungen im Ausgangspunkt statthaft die (isolierte) Anfechtungsklage ([§ 54 Abs. 1 SGG](#)). Die zusätzlich (kombiniert) erhobene (unechte) Leistungsklage ([§ 54 Abs. 4 SGG](#)) ist statthaft, weil der Kläger für die Zeit ab Juni 2018 noch höhere Leistungen begehrt, als ursprünglich durch den Bescheid vom 28.3.2018 bewilligt worden sind. Die Klagen sind auch im Übrigen zulässig.

4.

Die (isolierte) Anfechtungsklage ist größtenteils begründet, weil die (Ausgangs-)Bescheide vom 26.4., 16.5. und 19.6.2018 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28.1.2019 und alle nachfolgenden Leistungsbescheide betreffend die Leistungsbewilligung für die Zeit ab Juni 2018 als Aufhebungsverfügungen überwiegend nicht den Anforderungen der [§§ 44 ff. Sozialgesetzbuch Zehntes Buch \(SGB X\)](#) genügen (dazu gleich a)). Die weitergehende Leistungsklage ist allerdings unbegründet, weil der Kläger über die Korrektur der o.g. Bescheide hinaus keinen Anspruch auf (noch) höhere Grundsicherungsleistungen hat (dazu gleich b)).

Betreffend die Anfechtungsklage ist nach der Grundregel maßgeblich auf die Sach- und Rechtslage zum Zeitpunkt der letzten Behördenentscheidung (Widerspruchsbescheid vom 28.1.2019) abzustellen (vgl. BSG, Urteil vom 8.10.2019 - [B 1 A 3/19 R](#) - juris Rn. 9 m.w.N.). Anderes gilt für die zusätzlich erhobene Leistungsklage. Zu befinden ist insoweit über den Anspruch des Klägers auf Grundsicherungsleistungen ab Juni 2018 bis zum Zeitpunkt der Entscheidung durch den Senat (ohne mündliche Verhandlung durch Urteil vom 22.7.2021), weil dem Kläger durch die angefochtenen Bescheide Grundsicherungsleistungen ohne zeitliche Begrenzung, also unbefristet und zukunfts offen, bewilligt worden sind (sog. Dauerverwaltungsakt) und er einen zeitlich unbefristeten Klageantrag gestellt hat. Nach allgemeinen Regeln zur Auslegung eines Verwaltungsakts, nach denen der Empfängerhorizont eines verständigen Beteiligten, der die Zusammenhänge berücksichtigt, welche die Behörde nach ihrem wirklichen Willen ([§ 133 BGB](#)) erkennbar in ihre Entscheidung einbezogen hat, maßgeblich ist (statt vieler BSG, Urteil vom 23.3.2021 - [B 8 SO 2/20 R](#) - juris Rn. 10 m.w.N.), hat die Beklagte dem Kläger durch den Bescheid vom 16.5.2018 Grundsicherungsleistungen - entgegen der Vorgabe aus [§ 44 Abs. 3 Satz 1 SGB XII](#) - unbefristet ab Juni 2018 in monatlicher Höhe von 752,57 € bewilligt. Dies ergibt sich aus dessen Verfügungssatz, nach dem der Kläger die Leistungen „ab dem 01.06.2018“ erhalte. Die sich anschließenden Zusätze „Eine Leistungsbefristung erfolgt entsprechend den Zeitraumangaben auf dem Berechnungsbogen“ und „für den Monat 6/2018“ führen u.a. wegen der Verwendung missverständlicher weiterer Hinweise (vgl. etwa den Punkte „Hinweis zu den Zahlungen“ und „Wie lange wird die Leistung gezahlt?“) und unter Berücksichtigung der allgemeinen Verwaltungspraxis der Beklagten, den Betrag unbefristet bewilligter Leistungen in Bescheiden regelmäßig nur für einen Monat auszuweisen, nicht zu einer zeitlichen Begrenzung der Bewilligung. Die nach Abschluss des Widerspruchsverfahrens bzw. seit Klageerhebung ergangenen Leistungsbescheide vom 17.4., 20.6. und 20.12.2019, vom 7.2., 2.7. und 21.12.2020 sowie vom 17.5. und 25.6.2021 sind als Folgebescheide jeweils gemäß [§ 96 Abs. 1 SGG](#) Gegenstand des Verfahrens geworden, weil sie die ab Juni 2018 erfolgte Leistungsbewilligung wegen Änderungen von Bedarfen und Einkommen (jeweils der Höhe nach) abgeändert oder ersetzt haben.

a)

aa) Rechtsgrundlage der Bescheide vom 26.4., 16.5. und 19.6.2018 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28.1.2019 und aller nachfolgenden Leistungsbescheide, durch die die vorangegangene, ebenfalls unbefristete (s.o.) Bewilligung von Leistungen durch Bescheid vom 28.3.2018 in monatlicher Höhe von 889,98 € (ab April 2018) teilweise aufgehoben worden ist (in Höhe der den Kläger betreffenden Leistungsdifferenz von 137,41 € je Monat), ist - bezogen auf die Beitragszuschüsse nach [§ 32 SGB XII - § 45 Abs. 1 SGB X](#), nach dem ein Verwaltungsakt, soweit er ein Recht oder einen rechtlich erheblichen Vorteil begründet oder bestätigt hat (begünstigender Verwaltungsakt), rechtswidrig ist, auch nachdem er unanfechtbar geworden ist, nur unter den Einschränkungen der Absätze 2 bis 4 ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft oder für die Vergangenheit zurückgenommen werden darf (dazu cc)). Bezogen auf die einzelnen Erhöhungen der Rente des Klägers Mitte 2018, 2019 und 2020 sowie Anfang 2020 und 2021 ist Rechtsgrundlage für eine Aufhebung aufgrund einer wesentlichen Änderung der Verhältnisse [§ 48 SGB X](#) (dazu dd)).

bb)

Die Bescheide sind formell rechtmäßig. Insbesondere ist die Beklagte zum Zeitpunkt der jeweiligen Aufhebungsentscheidungen nach [§§ 45 Abs. 5, 44 Abs. 3 SGB X](#) als örtlicher Träger der Sozialhilfe ([§ 3 Abs. 2 Satz 1 SGB XII](#) i.V.m. § 1 Abs. 1 Satz 1 des Bremischen Gesetzes zur Ausführung des SGB XII - Brem. AG SGB XII - vom 30.4.2007, Brem. GBl. 2007, S. 315, zuletzt geändert durch Art. 2 des Gesetzes vom 5.3.2019, Brem. GBl. S. 45, 48) für die Gewährung von Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung sachlich ([§ 46b Abs. 1 SGB XII](#) i.V.m. § 3 Nr. 2 Brem. AG SGB XII) und, weil der gewöhnliche Aufenthalt des Klägers im Stadtgebiet der Beklagten liegt, auch örtlich zuständig gewesen ([§ 46b Abs. 1 SGB XII](#) i.V.m. § 5 Abs. 1 Satz 1 Brem. AG SGB XII).

cc)

Die Voraussetzungen für eine Aufhebung des Leistungsbescheids vom 28.3.2018 - ein begünstigender Verwaltungsakt - nach [§ 45 Abs. 1 SGB X](#) haben tatbestandsmäßig vorgelegen, insbesondere ist der Bescheid anfänglich rechtswidrig gewesen, weil dem Kläger wegen der Berücksichtigung eines zu hohen Beitragszuschusses für die private Krankenversicherung (von 246,15 € je Monat) zum Teil rechtswidrig Grundsicherungsleistungen bewilligt worden sind (dazu (1) bis (3)). Die Aufhebungen sind allerdings rechtswidrig, weil die Beklagte kein Ermessen über die Rücknahme der Leistungsbewilligung ausgeübt hat.

(1)

Der Kläger ist wegen des Erreichens der (Regel-)Altersgrenze dem Grunde nach leistungsberechtigt nach [§ 19 Abs. 2, §§ 41 ff. SGB XII](#) (hier und im Folgenden in den für die Zeit ab dem 1.1.2016 geltenden Fassungen vom 21.12.2015, [BGBl. I 2557](#), zuletzt geändert durch Gesetz vom 2.6.2021, [BGBl. I 1387](#)).

(2)

Der monatliche Gesamtbedarf des Klägers ergibt sich aus der Summe der nach [§ 42 Nr. 1 bis 4 SGB XII](#) anzuerkennenden monatlichen Bedarfe ([§ 43a Abs. 1 SGB XII](#)). Die Höhe der monatlichen Geldleistung im Einzelfall (monatlicher Zahlungsanspruch) ergibt sich aus dem Gesamtbedarf und abzüglich des nach [§ 43 Abs. 1 bis 4 SGB XII](#) einzusetzenden Einkommens und Vermögens (vgl. [§ 43a Abs. 2 SGB XII](#)).

(a)

Die Bedarfe des Klägers nach dem Vierten Kapitel umfassen die Regelsätze nach den Regelbedarfsstufen der Anlage zu [§ 28 SGB XII](#) ([§ 42 Nr. 1 SGB XII](#)), die sich hier nach der Regelbedarfsstufe 2 bemessen. Der Kläger und seine Lebensgefährtin führen eine eheähnliche Lebensgemeinschaft, also eine solche, die auf Dauer angelegt ist, daneben keine weitere Lebensgemeinschaft gleicher Art zulässt und sich durch innere Bindungen auszeichnet, die ein gegenseitiges Entstehen der Partner füreinander begründen, also über die Beziehung in einer reinen Haushalts- und Wirtschaftsgemeinschaft hinausgeht (zum Begriff BSG, Urteil vom 5.9.2019 - [B 8 SO 14/18 R](#) - juris Rn. 16 m.w.N.). Der Regelsatz nach der Regelbedarfsstufe 2 hat sich für das Jahr 2018 auf 374,00 € belaufen.

(b)

Weiter sind die Bedarfe für Unterkunft und Heizung bei Leistungsberechtigten außerhalb von Einrichtungen ([§ 42 Nr. 4 SGB XII](#)) zu berücksichtigen, die hier nach [§ 42a Abs. 1](#) i.V.m. [§ 35 SGB XII](#) zu beurteilen sind, weil sich aus den übrigen Absätzen des [§ 42a SGB XII](#) nichts Abweichendes ergibt. Nach [§ 35 Abs. 1 Satz 1, Abs. 4 Satz 1 SGB XII](#) sind maßgeblich die tatsächlichen Kosten für Unterkunft und Heizung, wobei dahinstehen kann, ob diese angemessen sind bzw. den Kläger (und seine Lebensgefährtin) eine Kostensenkungsobliegenheit treffen könnte; der Kläger ist bis heute nicht zu einer Kostensenkung aufgefordert worden (zu diesem Erfordernis jüngst BSG, Urteil vom 19.5.2021 - [B 14 AS 57/19 R](#) - zitiert nach Terminbericht des BSG Nr. 20/21, abgerufen unter www.bsg.bund.de, zuletzt am 22.7.2021). Die tatsächlichen Kosten für Unterkunft und Heizung haben sich monatlich bis Juni 2018 auf 614,68 € belaufen (bruttowarm).

(c)

Bestandteil des Gesamtbedarfs ([§ 43a SGB XII](#)) sind auch die Bedarfe für eine Kranken- und Pflegeversicherung nach [§ 32 Abs. 4 Satz 1 und Abs. 6 Satz 1 SGB XII](#) als zusätzliche Bedarfe nach dem Zweiten Abschnitt des Dritten Kapitels ([§ 42 Nr. 2 SGB XII](#)).

Bei Personen, die gegen das Risiko Krankheit bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, sind nach [§ 32 Abs. 4 Satz 1 SGB XII](#) angemessene Beiträge anzuerkennen. Gemäß [§ 32 Abs. 4 Satz 2 SGB XII](#) sind angemessen Beiträge

bis zu der Höhe des sich nach [§ 152 Abs. 4](#) des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) ergebenden halbierten monatlichen Beitrags für den Basistarif, sofern die Versicherungsverträge der Versicherungspflicht nach [§ 193 Abs. 3](#) des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) genügen. Nach [§ 32 Abs. 4 Satz 3](#) und 4 SGB XII kann im Ausnahmefall ein höherer Beitrag als angemessen anerkannt werden (dazu später).

Die Voraussetzungen für einen Beitragszuschuss nach [§ 32 Abs. 4 SGB XII](#) haben 2018 vorgelegen (und liegen bis heute vor). Der Versicherungsvertrag des Klägers genügt der Versicherungspflicht aus [§ 193 Abs. 3 Satz 1 VVG](#). Er ist gegen das Risiko Krankheit mit einem privaten, in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Krankenversicherungsunternehmen geschlossen worden; Ausnahmen von der Versicherungspflicht nach [§ 193 Abs. 3 Satz 2 VVG](#) liegen nicht vor, insbesondere ist der Kläger nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig (Nr. 1).

Die Höhe des Beitragszuschusses ist nach oben begrenzt auf den angemessenen Beitrag nach [§ 32 Abs. 4 Satz 2 Nr. 1 SGB XII](#) (Nr. 2 der Norm ist hier nicht einschlägig), also bis zu der Höhe des sich nach [§ 152 Abs. 4 VAG](#) ergebenden halbierten monatlichen Beitrags für den Basistarif. Nach ständiger Rechtsprechung des Senats (seit Senatsbeschluss vom 2.2.2011 - [L 8 SO 312/10 B ER](#) -) sind in diesem Sinne angemessen Aufwendungen für eine private Krankenversicherung, die (nicht mehr und nicht weniger) dem Leistungsniveau der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht. Dies ist eine solche im Basistarif der privaten Krankenversicherung. Für die Obergrenze des Beitragszuschusses ist insoweit maßgeblich die Hälfte des (konkret-individuellen) Basistarifs, den die betroffene Person der privaten Krankenversicherung zu leisten hat oder - soweit sie nicht im Basistarif versichert ist - nach einem Wechsel in diesen Tarif zu leisten hätte (ebenso Sächsisches LSG, Beschluss vom 15.3.2021 - [L 8 SO 29/20 B ER](#) - juris Rn. 37; zu der Parallelvorschrift [§ 26 SGB II](#) auch LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 20.4.2021 - [L 10 AS 802/19](#) - juris Rn. 22 ff.; Fachliche Weisungen der Bundesagentur für Arbeit zu [§ 26 SGB II](#), Stand 1.7.2020, Ziff. 26.30, 26.32, abgerufen unter www.arbeitsagentur.de, zuletzt am 12.7.2021), nicht aber einheitlich (abstrakt-generell) der halbierte Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung i.S. des [§ 152 Abs. 3 Satz 1 VAG](#) (zu [§ 26 SGB II](#) so aber Klerks, info also 2017, S. 3, 8, Rn. 59; wohl auch Birk in LPK-SGB II, 7. Aufl. 2021, § 26 Rn. 22; vgl. auch zu der bis zum 31.12.2017 geltenden Rechtslage auch BSG, Urteil vom 18.1.2011 - [B 4 AS 108/10 R](#) - juris Rn. 19 f. und Urteil vom 16.10.2012 - [B 14 AS 11/12 R](#) - juris Rn. 22).

Hierfür spricht bereits eine am Wortlaut des [§ 32 Abs. 4 Satz 2 SGB XII](#) orientierte Auslegung. Die Vorschrift verweist zur Bestimmung der Angemessenheit des Zuschusses auf die „Höhe des sich nach [§ 152 Abs. 4 VAG](#) ergebenden halbierten monatlichen Beitrags für den Basistarif“, also den branchenweit einheitlichen Basistarif, dessen Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe jeweils den Leistungen nach dem Dritten Buches Sozialgesetzbuch, auf die ein Anspruch besteht, vergleichbar sind ([§ 152 Abs. 1 Satz 1 VAG](#)). [§ 152 Abs. 4 Satz 1](#) HS. 1 VAG betrifft den Beitrag für den Basistarif ohne Selbstbehalt und in allen Selbstbehaltstufen i.S. des [§ 152 Abs. 3 Satz 1 VAG](#). Beide Vorschriften beziehen sich im Ausgangspunkt auf den nach den Versicherungsbedingungen individuell „ergebenden“ Beitrag für den Basistarif und nicht auf den (allgemeinen) Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung nach [§ 152 Abs. 3 Satz 1](#) und 2 VAG; dieser Höchstbeitrag ist nur die Obergrenze des Beitrags im Basistarif. Noch eindeutiger ist insoweit der Wortlaut der Parallelvorschrift des [§ 26 Abs. 1 Satz 1 SGB II](#), nach dem zur Bestimmung der Angemessenheit des Beitragszuschusses auf den halbierten Beitrag für den Basistarif in der privaten Krankenversicherung maßgeblich ist, „den Hilfebedürftige zu leisten haben“. Auch wenn der hälftige Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung betragsmäßig der Hälfte des Beitrags für den Basistarif im Einzelfall entsprechen kann, betrifft eine Beitragsschuld ausschließlich den nach den Versicherungsbedingungen konkret zu leistenden Beiträgen (vgl. LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 20.4.2021 - [L 10 AS 802/19](#) - juris Rn. 27). Zudem unterscheidet sich die Bestimmung der Angemessenheit des Beitragszuschusses nach [§ 32 Abs. 4 Satz 2 SGB XII](#) von derjenigen für eine private Pflegeversicherung nach [§ 32 Abs. 6 Satz 1 SGB XII](#) (und nach [§ 26 Abs. 3 Satz 1 SGB II](#)); diese Zuschüsse sind auf die Hälfte des Höchstbeitrags in der sozialen Pflegeversicherung begrenzt (vgl. [§ 110 Abs. 2 Satz 3 SGB XI](#)). Im Umkehrschluss liegt es insoweit nahe, dass der Zuschuss für eine private Krankenversicherung auf die Höhe des Basistarifs im Einzelfall begrenzt ist und sich nicht (ebenfalls) an dem Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung ([§ 152 Abs. 3 VAG](#)) orientiert.

Allenfalls die Entstehungsgeschichte der Norm könnte für eine andere Auslegung sprechen. Der Gesetzgeber hat durch die Neufassung des [§ 32 Abs. 4 Satz 1 SGB XII](#) zum 1.1.2018 ([BGBl. I 2016, 3159](#)) die Rechtsprechung des BSG zu der bis dahin geltenden Rechtslage (BSG, Urteil vom 18.1.2011 - [B 4 AS 108/10 R](#) - juris Rn. 19 ff. und Urteil vom 16.10.2012 - [B 14 AS 11/12 R](#) - juris Rn. 22) umgesetzt (vgl. zu [§ 26 SGB II BT-Drs. 18/8041, S. 42](#) f.; S. Knickrehm/Hahn in Eicher/Luik, SGB II, 4. Aufl. 2017, § 26 Rn. 16), nach der eine privat krankenversicherte leistungsberechtigte Person einen Anspruch (nach [§ 26 SGB II](#) a.F.) auf Übernahme ihres Beitrags zur privaten Krankenversicherung „bis zur Hälfte des Höchstbeitrags zur gesetzlichen Krankenversicherung“ hatte. Aus dieser Formulierung ist aber nicht zwingend zu schließen, dass die Angemessenheit des Zuschusses nach [§ 32 Abs. 4 Satz 1](#) und 2 SGB XII unabhängig davon zu bestimmen ist, ob im Einzelfall eine Versicherung im Basistarif besteht oder nicht (so aber Klerks, info also 2017, S. 3, 8, Fn. 59), und damit stets auf die Hälfte des Höchstbeitrags zur gesetzlichen Krankenversicherung abzustellen ist. Das BSG hatte gerade nicht über Sachverhalte zu entscheiden, in denen der Beitrag für den Basistarif im Einzelfall (ausnahmsweise) niedriger gewesen ist, als der Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung. In seiner weiteren Rechtsprechung hat es ausgeführt, Voraussetzung für den Beitragszuschuss (nach [§ 26 SGB II](#) a.F.) sei, dass auch bei einem auf die Hälfte des Basistarifs reduzierten Beitrag weiterhin Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II oder des SGB XII besteht, und sich die erforderliche Beteiligung des Leistungsträgers auf „den die Hilfebedürftigkeit auslösenden Teil des herabgesetzten Beitrags“ bezieht (vgl. BSG, Urteil vom 29.4.2015 - [B 14 AS 8/14 R](#) - juris Rn. 16 zu der Vorgängervorschrift [§ 12 Abs. 1c VAG](#)). Zuletzt hat der für Angelegenheiten der Sozialhilfe zuständige 8. Senat betont, dass die seit dem 1.1.2018 geltende (neue) Gesetzesfassung ([§ 32 Abs. 4 Satz 2 SGB XII](#)) zur Angemessenheit der Beiträge der Höhe nach konkret umschriebene gesetzliche Vorgaben enthält (vgl. BSG, Beschluss vom 26.8.2019 - [B 8 SO 90/18 B](#) - juris Rn. 7); damit kann nach der Wortlautinterpretation nur gemeint sein, dass für die Obergrenze des Beitragszuschusses die Hälfte des Basistarifs im Einzelfall maßgeblich ist (s.o.).

Die Auslegung, nach der die Zuschussbegrenzung sich auf den konkret-individuell ergebenden halbierten Beitrag für den Basistarif bezieht, wird (mittelbar) durch die Gesetzesmaterialien zu der Parallelvorschrift des [§ 26 Abs. 1 Satz 1 SGB II](#) bestätigt; danach soll es gerade auf den Basistarif der privaten Krankenversicherung ankommen, den Leistungsberechtigte „im Einzelfall“ zu leisten haben (vgl. [BT-Drs. 18/8041, S. 43](#)). Soweit in den Materialien zu [§ 32 Abs. 4 SGB XII](#) ausgeführt wird, dass bei der nach [§ 152 Abs. 4 Satz 1 VAG](#) vorzunehmenden Prüfung, ob durch die Beitragszahlung Hilfebedürftigkeit eintreten würde oder unabhängig vom Versicherungsbeitrag Hilfebedürftigkeit vorliegt, der Beitrag nach [§ 152 Abs. 3 Satz 1](#) oder 3 VAG zugrunde zu legen ist ([BT-Drs. 18/9984, S. 103](#)), ist dies nicht auf die Auslegung des [§ 32 Abs. 4 Satz 2 SGB XII](#) zu übertragen. Die Vorschriften verfolgen unterschiedliche Zwecke. [§ 152 Abs. 4 Satz 1 VAG](#) gewährt zur Vermeidung bzw. Verringerung von Hilfebedürftigkeit einen Anspruch auf Beitragshalbierung nicht erst mit Eintritt und für die Zeit von Hilfebedürftigkeit i.S. des SGB II oder des SGB XII, sondern bereits dann, wenn allein durch die Zahlung des Höchstbeitrags des Basistarifs Hilfebedürftigkeit entstehen würde. M.a.W.: Bei der Prüfung der Hilfebedürftigkeit i.S. des SGB II und des SGB XII ist auf den individuellen Beitrag für den Basistarif abzustellen, weil insoweit ein anderer Maßstab als bei der Prüfung gilt, ob die betroffene Person allein wegen ihres Beitrags zur privaten Krankenversicherung im Rahmen des Anspruchs auf Beitragshalbierung einer (tatsächlich) hilfebedürftigen Person gleichgestellt wird.

Eine Auslegung, nach der ein Beitrag nur bis zur Höhe des individuellen Beitrags für den Basistarif der privaten Krankenversicherung als angemessen gilt, entspricht auch Sinn und Zweck der Regelung über einen Beitragszuschuss nach [§ 32 Abs. 4 Satz 1](#) und 2 SGB XII (sowie nach [§ 26 Abs. 1 Satz 1 SGB II](#)). Steuerfinanzierte Leistungen zur Existenzsicherung reichen im Grundsatz nicht weiter, als es zur Sicherstellung des Existenzminimums nötig ist, und dies wird im Bereich der Gesundheitsvorsorge mit einem Krankenversicherungsschutz im Basistarif erreicht (vgl. Knickrehm/Hahn in Eicher/Luik, SGB II, 4. Aufl. 2017, § 26 Rn. 17). Der Senat hat in diesem Zusammenhang bereits ausgeführt (grundlegend Senatsbeschluss vom 2.2.2011 - [L 8 SO 312/10 B ER](#) -), dass der Gesetzgeber durch zahlreiche Regelungen deutlich zum Ausdruck gebracht hat, dass er einen Krankenversicherungsschutz für Hilfebedürftige nach dem SGB XII und SGB II mit dem Leistungsniveau der gesetzlichen Krankenversicherung für erforderlich, aber auch ausreichend und angemessen hält. So ist der größte Teil der Leistungsberechtigten nach dem SGB II gemäß [§ 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V](#) in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert; der Bund trägt die Versicherungsbeiträge. Leistungsberechtigte nach dem SGB XII, die in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind und einen Teil der dort freiwillig versicherten Personen haben gemäß [§ 32 Abs. 1](#) i.V.m. Abs. 4 SGB XII einen Anspruch auf Übernahme der Krankenversicherungsbeiträge. Für einen Teil der in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versicherten Hilfebedürftigen steht die Übernahme der Krankenversicherungsbeiträge im Ermessen des Sozialhilfeträgers ([§ 32 Abs. 2](#) i.V.m. Abs. 4 SGB XII). Dass der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung, der für den Großteil der Bevölkerung die alleinige Versicherungsleistung im Krankheitsfall bietet, vom Gesetzgeber auch für Leistungsberechtigte nach dem SGB XII als maßgeblich erachtet wird, ergibt sich weiterhin

aus den Regelungen des Fünften Kapitels des SGB XII (Hilfen zur Gesundheit, §§ 47 bis 52 SGB XII). Gemäß § 48 Satz 1 SGB XII werden Leistungen zur Krankenbehandlung entsprechend dem 3. Kapitel, 5. Abschnitt, 1. Titel des SGB V erbracht. Nach § 52 Abs. 1 Satz 1 SGB XII entsprechen die Hilfen nach den §§ 47 bis 51 SGB XII der gesetzlichen Krankenversicherung. Auch hier wird das Leistungsniveau der gesetzlichen Krankenversicherung also nicht überschritten.

§ 32 Abs. 4 SGB XII ist vor dem Hintergrund zu sehen, dass durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 26.3.2007 (BGBl. I S. 378) seit dem 1.1.2009 für alle Einwohner Deutschlands eine Versicherungspflicht in der gesetzlichen oder der privaten Krankenversicherung begründet worden ist, und soll durch den Beitragszuschuss sicherstellen, dass alle Personen, die weder gesetzlich krankenversichert sind noch einem dritten Sicherungssystem angehören, eine substitutive Krankenversicherung in einem branchenweit einheitlichen Basistarif, dessen Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem Dritten Kapitel des SGB V, auf die ein Anspruch besteht, jeweils vergleichbar ist (§ 152 Abs. 1 Satz 1 VAG), finanzieren können. Angemessen ist danach nur derjenige Beitrag, der im jeweiligen Einzelfall für diesen Basistarif erforderlich ist, also der für die Dauer der Hilfebedürftigkeit um die Hälfte geminderte Beitrag nach § 152 Abs. 4 VAG. Entgegen der Auffassung des Klägers kommt es insoweit nicht darauf an, dass der (individuelle) Beitrag für den Basistarif (oder den Normaltarif) gerade aufgrund von aus dem Vertrag erworbenen Rechten oder Alterungsrückstellungen ermäßigt ist, zumal der Wechsel in den Basistarif wegen (drohender) Hilfebedürftigkeit ist alterungsrückstellungsunschädlich ist (§ 204 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Halbsatz 5 lit. b VVG). Für die Angemessenheit des Beitragszuschusses ist allein entscheidend, dass durch einen Wechsel in den Basistarif einer privaten Krankenversicherung (ohne Selbstbehalt) eine ausreichende medizinische Versorgung gewährleistet ist (dazu auch gleich). In diesem Zusammenhang ist es auch unerheblich, dass einem privat Krankenversicherten bei einem späteren Rückwechsel in den alten Tarif oder in einen anderen als den Basistarif gemäß § 204 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 VVG Nachteile (erneute Gesundheitsprüfung, mögliche Risikozuschläge) entstehen können (so zutreffend LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 18.1.2012 - L 3 AS 3615/11 - juris Rn. 40).

Dies zu Grunde gelegt, ist die Berücksichtigung eines Beitragszuschusses für die private Krankenversicherung durch Bescheid der Beklagten vom 28.3.2018 für die Zeit ab April 2018 in monatlicher Höhe von 246,15 € von Anfang an rechtswidrig gewesen, weil der Kläger im Falle eines Wechsels in den Basistarif nur einen (halbierten) Beitrag von 108,74 € hätte leisten müssen und nur dieser Beitrag angemessen i.S. des § 32 Abs. 4 Satz 1 und 2 SGB XII gewesen ist.

Die Anerkennung höherer Aufwendungen kommt nicht in Betracht. Insoweit kann nach § 32 Abs. 4 SGB XII ein höherer Beitrag nur dann als angemessen anerkannt werden, wenn die Leistungsberechtigung nach diesem Kapitel voraussichtlich nur für einen Zeitraum von bis zu drei Monaten besteht (Satz 3). Im begründeten Ausnahmefall kann auf Antrag ein höherer Beitrag auch im Fall einer Leistungsberechtigung für einen Zeitraum von bis zu sechs Monaten als angemessen anerkannt werden, wenn vor Ablauf der drei Monate oder bereits bei Antragstellung davon auszugehen ist, dass die Leistungsberechtigung nach diesem Kapitel für einen begrenzten, aber mehr als drei Monate andauernden Zeitraum bestehen wird (Satz 4). Diese Voraussetzungen liegen hier offensichtlich nicht vor, weil der Kläger wegen seiner gesundheitlichen Beeinträchtigungen und seiner wirtschaftlichen Verhältnisse voraussichtlich nicht nur vorübergehend, sondern auf unabsehbare Zeit leistungsberechtigt nach dem Vierten Kapitel des SGB XII sein wird.

Die Übernahme höherer Aufwendungen für die private Krankenversicherung ist auch nicht aus anderen - u.a. verfassungsrechtlichen - Gründen gerechtfertigt. Dem Kläger ist trotz seiner schweren gesundheitlichen Beeinträchtigungen, insbesondere der ausgeprägten Angststörung und der rezidivierenden depressiven Störung, ein Wechsel in den Basistarif zumutbar, auch unter Berücksichtigung der von ihm im Einzelnen dargelegten Besonderheiten in der medizinischen Versorgung, etwa der ärztlichen und therapeutischen Hausbesuche. Insbesondere ist eine Beeinträchtigung des vom menschenwürdigen Existenzminimum aus Art. 1 Abs. 1 Grundgesetz (GG) i.V.m. Art. 20 Abs. 1 GG umfassten Anspruchs auf eine ausreichende medizinische Versorgung bei einem Wechsel in den Basistarif einer privaten Krankenversicherung (ohne Selbstbehalt) ausgeschlossen, weil den im Einzelfall gebotenen Standard auch die gesetzliche Krankenversicherung gewährleisten muss. Der Wechsel in den Basistarif ist daher Leistungsberechtigten nach dem SGB II bzw. SGB XII zumutbar (vgl. BSG, Urteil vom 29.4.2015 - B 14 AS 8/14 R - juris Rn. 24 m.w.N.).

Für die Berechnung des Beitragszuschusses zur privaten Pflegeversicherung nach § 32 Abs. 6 Satz 1 SGB XII gilt ein anderer Maßstab. Bei Personen, die - wie hier - gegen das Risiko Pflegebedürftigkeit bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen in Erfüllung ihrer Versicherungspflicht nach § 23 SGB XI versichert sind, gilt der geschuldete Beitrag als angemessen, höchstens jedoch bis zu einer Höhe des nach § 110 Abs. 2 Satz 3 SGB XI halbierten Höchstbeitrags in der sozialen Pflegeversicherung (eine Versicherung im brancheneinheitlichen Standardtarif nach § 257 Abs. 2a SGB V in der bis zum 31.12.2008 geltenden Fassung liegt hier nicht vor). Der Beitrag in der privaten Pflegeversicherung für Personen im verminderten Basistarif zur privaten Krankenversicherung durfte im Jahr 2018 bei dem normalen Beitragssatz von 2,55 % (§ 55 Abs. 1, 3 SGB XI in der vom 1.1.2017 bis 31.12.2018 geltenden Fassung vom 21.12.2015, BGBl. I 2424) und einer Beitragsbemessungsgrenze von 4.425,00 € (§ 55 Abs. 2 SGB XI, § 6 Abs. 6 SGB V i.V.m. der Rechtsverordnung nach § 160 SGB VI) maximal 112,84 € betragen. Für Sozialhilfebezieher ist der Zuschuss nach § 32 Abs. 6 Satz 1 SGB XII der Höhe nach begrenzt auf den nach § 110 Abs. 2 Satz 3 SGB XI halbierten Höchstbeitrags in der sozialen Pflegeversicherung, im Jahr 2018 also auf 56,43 €.

Da die angemessenen Beiträge für eine Kranken- und Pflegeversicherung (nur) als Bedarf anzuerkennen sind, soweit Leistungsberechtigte diese nicht aus eigenem Einkommen tragen können, also wie diese im Wege der Einkommensbereinigung nach § 82 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 abzusetzen sind (§ 32 Abs. 1 Satz 1 und 2 SGB XII), sind die dem Grunde nach zu berücksichtigenden Beiträge (im Juni 2018 in einer Gesamthöhe von 165,17 €) der Höhe nach um das Renteneinkommen des Klägers zu reduzieren (weitere Absetzbeträge i.S. des § 82 Abs. 2

[SGB XII](#) sind nicht ersichtlich), im Juni 2018 also um 86,66 €. Im Übrigen ist kein Einkommen nach [§ 82 SGB XII](#) zu berücksichtigen, insbesondere nicht (überschießendes) Einkommen der Lebensgefährtin des Klägers, weil ihr Renteneinkommen ersichtlich nicht ausreicht, um ihren (Gesamt-)Bedarf zu decken (sog. vertikale Einkommensanrechnung). Die Zuschüsse des Klägers für die Kranken- und Pflegeversicherung belaufen sich für Juni 2018 also auf insgesamt 78,51 €.

(d)

Damit bestand für den Kläger im Juni 2018 ein Gesamtbedarf in Höhe von 759,85 € (374,00 € Regelsatz + 307,34 € kopfteilige Kosten der Unterkunft und Heizung + 78,51 € Beitragszuschüsse i.S. des [§ 32 Abs. 4](#) und 6 SGB XII).

(3)

Die Höhe des Gesamtbedarfs im Juni 2018 von 759,85 € ist zugleich die Höhe des klägerischen Anspruchs auf Grundsicherungsleistungen. Über nach [§ 43 Abs. 1](#) i.V.m. [§ 90 SGB XII](#) vorrangig einzusetzendes Vermögen, das den (gemeinsamen) Vermögensfreibetrag nach [§ 90 Abs. 1 Nr. 9 SGB XII](#) i.V.m. § 1 Nr. 1 der Verordnung zur Durchführung des [§ 90 Abs. 2 Nr. 9 SGB XII](#) (hier i.d.F.v. 22.3.2017, [BGBl I 2017, 519](#); sog. Barbetragsverordnung) von 10.000,00 € überschreitet, verfügen der Kläger und seine Lebensgefährtin bis heute nicht.

(4)

Die Teilaufhebung des Bescheides vom 28.3.2018 für die Zeit ab Juni 2018 ist bereits deswegen rechtswidrig, weil die Beklagte insoweit keine Ermessensentscheidung getroffen hat. Aus der Formulierung „darf“ in [§ 45 Abs. 1 SGB X](#) ergibt sich, dass die Aufhebung in der Rechtsfolge die Ausübung von Ermessen erfordert (sog. Rücknahmeermessen, vgl. etwa BSG, Urteil vom 23.3.2010 - [B 8 SO 12/08 R](#) - juris Rn. 10 m.w.N.). Eine solche Ermessensausübung ist weder den Ausgangsbescheiden vom 26.4. und 16.5.2018 noch der Widerspruchsentscheidung vom 28.1.2019 zu entnehmen. Sie ist bei dieser Sachlage auch nicht ausnahmsweise entbehrlich (gewesen).

Dieser Mangel (Ermessensausfall) betrifft auch sämtliche nachfolgenden Leistungsbescheide der Beklagten vom 19.6.2018 (in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28.1.2019), vom 17.4., 20.6. und 20.12.2019, vom 7.2., 2.7. und 21.12.2020 sowie vom 17.5. und 25.6.2021, soweit durch diese der Bescheid vom 28.3.2018 wegen der Bewilligung des (zu hohen) Beitragszuschusses zur Krankenversicherung teilweise aufgehoben worden ist. Auch diese Verfügungen sind insoweit rechtswidrig.

dd)

Rechtmäßig sind allerdings die (Teil-)Aufhebungen der Leistungsbewilligungen, soweit durch sie die Rentenerhöhungen als wesentliche Änderungen der tatsächlichen Verhältnisse i.S. des [§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) berücksichtigt worden sind, weil eine Aufhebung aus diesem Grund die Ausübung von Ermessen nicht erfordert. Nach [§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) ist ein Verwaltungsakt mit Dauerwirkung mit Wirkung für die Zukunft aufzuheben, soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die bei seinem Erlass vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eintritt.

Der Anwendungsbereich des [§ 48 SGB X](#) erstreckt sich auch auf anfänglich rechtswidrige Verwaltungsakte. Allerdings darf nicht der in [§ 45 SGB X](#) festgelegte Vertrauensschutz unterlaufen werden, so dass ein anfänglich rechtswidriger Verwaltungsakt nach [§ 48 Abs. 1 SGB X](#) nur aufzuheben ist, „soweit“ in den Verhältnissen eine wesentliche Änderung eingetreten ist; die Aufhebung ist damit ausschließlich auf das Ausmaß der Änderung beschränkt (Brandenburg in jurisPK-SGB X, 2. Aufl. 2017, § 48 Rn. 38 f.).

Übertragen auf den vorliegenden Fall sind Teilaufhebungen des Bescheides vom 28.3.2018 zulässig (gewesen), soweit sich durch eine Änderung von Einzelbedarfen oder Einkommen der Leistungsanspruch des Klägers verringert hat, hier namentlich durch die Erhöhung seiner monatlichen Rente zum 1.7.2018 um 2,80 € (von 86,66 € auf 89,46 €), 1.7.2019 um 3,23 € (auf 92,69 €), 1.1.2020 um 0,09 € (auf 92,78 €), 1.7.2020 um 3,20 € (auf 95,98 €) und zum 1.1.2021 um 0,09 € (auf 96,07 €). Der Höhe nach ergibt sich durch die Berücksichtigung (zumindest) des höheren Einkommens nach [§ 32 Abs. 1 SGB XII](#) eine Verringerung der monatlich bewilligten Leistungen für die Zeit von Juli 2018 bis Juni 2019 auf 887,18 € (889,98 € - 2,80 €), von Juli bis Dezember 2019 auf 883,95 € (887,18 € - 3,23 €), von Januar bis Juni 2020 auf 883,86 € (883,95 € - 0,09 €), von Juli bis Dezember 2020 auf 880,66 € (883,86 € - 3,20 €) und ab Januar 2021 auf 880,57 € (880,66 € - 0,09 €).

b)

Die weitergehende Leistungsklage ist dagegen unbegründet. Einen Anspruch auf (noch) höhere Grundsicherungsleistungen hat der Kläger nicht. Sein Gesamtbedarf und damit sein Leistungsanspruch beläuft sich in der streitgegenständlichen Zeit höchstens - zuletzt für Juli 2021 - auf 870,18 € (je Monat).

Die Einzelbedarfe setzen sich zusammen aus dem für 2021 geltenden Regelbedarf gemäß der Anlage zu [§ 28 SGB XII](#) nach der Regelbedarfsstufe 2 i.H.v. 401,00 €, kopfteilige Kosten der Unterkunft und Heizung i.H.v. 338,82 € und den Beitragszuschüssen für die Kranken- und Pflegeversicherung i.H.v. 130,36 €. Der Beitrag im Basistarif beläuft sich derzeit auf 152,66 € (vgl. die Bescheinigung der DKV vom 9.6.2021), der Zuschuss für die Pflegeversicherung auf 73,77 € (Gesamt: 226,43 €). Letzterer ergibt sich aus der Begrenzung nach [§ 32 Abs. 6 Satz 1 SGB XII](#) auf den nach [§ 110 Abs. 2 Satz 3 SGB XI](#) halbierten Höchstbeitrag in der sozialen Pflegeversicherung. Der Beitrag in der privaten Pflegeversicherung für Personen im verminderten Basistarif zur privaten Krankenversicherung beträgt im Jahr 2021 bei dem normalen Beitragssatz von 3,05 % ([§ 55 Abs. 1, 3 SGB XI](#) in der ab 1.1.2019 geltenden Fassung vom 17.12.2018, [BGBI. I 2587](#)) und einer Beitragsbemessungsgrenze von 4.837,50 € ([§ 55 Abs. 2 SGB XI, § 6 Abs. 6 SGB V](#) i.V.m. der Rechtsverordnung nach [§ 160 SGB VI](#)) maximal 147,54 €. Die Beitragszuschüsse für die Kranken- und Pflegeversicherung des Klägers sind wiederum zu reduzieren um das Renteneinkommen von zuletzt 96,07 € und belaufen sich damit auf 130,36 € (226,43 € - 96,07 €).

5.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) und berücksichtigt die Anteile des Obsiegens und Unterliegens der Beteiligten.

6.

Gründe für die Zulassung der Revision ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)) liegen nicht vor. Der Rechtsfrage, ob und in welchen Fällen sich Aufwendungen für eine private Krankenversicherung als angemessen darstellen können, auch soweit sie eine Absicherung im Krankheitsfall über die Leistungen im Basistarif hinaus vermitteln, kommt angesichts der seit dem 1.1.2018 auch der Höhe nach konkret umschriebenen gesetzlichen Vorgaben ([§ 32 Abs. 4 SGB XII](#)) zur Angemessenheit der Beiträge keine grundsätzliche Bedeutung zu (vgl. auch BSG, Beschluss vom 26.8.2019 - B [8 SO 90/18 R](#) - juris Rn. 7).

Rechtskraft
Aus
Saved
2022-02-10