

L 10 AS 802/19

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Grundsicherung für Arbeitsuchende
Abteilung
10.
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 140 AS 9989/17
Datum
30.04.2019
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 10 AS 802/19
Datum
20.04.2021
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers wird zurückgewiesen.

Kosten des Rechtsstreits sind nicht zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand

Der Kläger begehrt weitere Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II). Im Streit ist dabei ausschließlich die Höhe des Zuschusses zu den Beiträgen seiner privaten Krankenversicherung für den Leistungszeitraum vom 01. September 2017 bis zum 28. Februar 2018.

Der 1957 geborene Kläger bezieht seit 2014 Grundsicherungsleistungen nach dem SGB II. Weitere Einnahmen bezieht er aus einer Witwerrente in Höhe von 910,49 € monatlich (848,54 € Rente <Rentenanpassung zum 01. Juli 2017> und 61,95 € Zuschuss zur privaten Krankenversicherung). Seit dem 01. März 2018 bezieht der Kläger zudem eine Rente wegen Alters für schwerbehinderte Menschen.

Bis zum 31. August 2016 gewährte der Beklagte dem Kläger einen Zuschuss zu seiner privaten Krankenversicherung in Höhe von zuletzt monatlich 351,00 €. Das Versicherungsunternehmen des Klägers, die Deutsche Krankenversicherung AG (DKV), teilte dem Beklagten mit Schreiben vom 08. Februar 2017 mit, dass sich die Krankenversicherungsbeiträge des Klägers ab dem 01. Januar 2016 auf 291,89 €, ab dem 01. April 2016 auf 421,79 €, ab dem 01. Januar 2017 auf 420,90 € und ab dem 01. April 2017 auf 484,47 € monatlich beliefen.

Bei nachgewiesener Hilfebedürftigkeit betrage der „halbierte Beitrag“ des Basistarifs nach § 152 Abs 4 des Gesetzes über die Beaufsichtigung von Versicherungsunternehmen (Versicherungsaufsichtsgesetz - VAG) demgegenüber ab dem 01. Januar 2016 222,94 €, ab dem 01. April 2016 212,92 €, ab dem 01. Juli 2016 199,21 € und ab dem 01. Januar 2017 191,84 € monatlich. Der Beklagte hörte daraufhin den Kläger mit Schreiben vom 16. Mai 2017 zu einer beabsichtigten teilweisen Aufhebung der entsprechenden Bewilligungen und

einer Erstattung von Beiträgen an. Mit Bescheid vom 19. Mai 2017 hob die Beklagte die Leistungsbewilligung teilweise mit Wirkung für die Zukunft und mit Bescheid vom 03. August 2017 auch für die Vergangenheit auf und forderte die Erstattung von überzahlten Zuschüssen. Ein Klageverfahren ist bei dem Sozialgericht Berlin anhängig.

Auf seinen Folgeantrag vom 18. Juni 2017 gewährte der Beklagte dem Kläger mit Bescheid vom 05. Juli 2017 für den Bewilligungszeitraum vom 01. September 2017 bis zum 31. August 2018 Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes in Höhe von insgesamt 812,15 € monatlich, inkl. eines Zuschusses zu den Beiträgen zur Krankenversicherung in Höhe von 191,84 € monatlich. Den Zuschuss überwies er direkt an die DKV.

Hiergegen erhob der Kläger Widerspruch. Er führte aus, dass der Höchstbeitrag für eine private Krankenversicherung im Basistarif 2017 682,95 € betrage. Der „halbierte“ Beitragssatz für hilfebedürftige Personen betrage damit 341,47 €. Dies sei der Betrag auf den er nach [§ 26 Abs 1 S 1 SGB II](#) einen Anspruch habe. Denn diese Norm begrenze seinen Anspruch lediglich auf die Höhe des nach [§ 152 Abs 4 VAG](#) halbierten Beitragssatzes, also auf den halben Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung und nicht auf den Basistarif des jeweiligen privaten Versicherungsunternehmens.

Der Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 25. Juli 2017 zurück. Zur Begründung führte er aus, dass der Zuschuss nach [§ 26 Abs 1 S 1](#) 2. Halbsatz SGB II auf den halbierten Beitrag für den Basistarif begrenzt sei. Dieser Basistarif des Versicherers des Klägers betrage ab dem 01. Januar 2017 191,84 €. Der maximale Beitrag im Basistarif nach [§ 152 Abs 4 VAG](#) diene lediglich als übernahmefähige Höchstgrenze.

Gegen diesen Widerspruchsbescheid hat der Kläger am 31. Juli 2017 Klage bei dem Sozialgericht Berlin erhoben. Er hat an seiner Rechtsauffassung festgehalten. Als Versicherter einer privaten Krankenversicherung habe er einen Anspruch auf einen Zuschuss zu seiner privaten Krankenversicherung in Höhe des Höchstbeitrages nach [§ 152 Abs 4 VAG](#). Sei auf den konkret vom Versicherer erhobenen Beitrag für den Basistarif abzustellen, hätte der Gesetzgeber dies ausdrücklich in [§ 26 SGB II](#) dem Wortlaut nach in dem Sinne klarstellen müssen, dass nicht abstrakt auf den halbierten Beitrag, sondern vielmehr auf die Hälfte des konkreten Beitrages zum Basistarif abzustellen sei.

Mit Änderungsbescheid vom 25. November 2017 hat der Beklagte dem Kläger für die Zeit vom 01. Januar 2018 bis zum 31. August 2018 Grundsicherungsleistungen in monatlicher Höhe von nunmehr 819,15 € und hierbei den Zuschuss zu den Beiträgen zur privaten Krankenversicherung in unveränderter Höhe bewilligt, den er wiederum direkt an die DKV überwies. Nachdem dem Kläger mit Wirkung vom 1. März 2018 eine Rente wegen Alters für schwerbehinderte Menschen bewilligt worden ist, hat der Beklagte mit Aufhebungsbescheid vom 28. November 2017 seine Entscheidung über die Bewilligung von Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes nach dem SGB II mit Wirkung ab dem 01. März 2018 aufgehoben.

Das Sozialgericht hat die Klage mit Gerichtsbescheid vom 30. April 2019 abgewiesen. Zur Begründung hat es aufgeführt, dass der Kläger keinen Anspruch auf weitere Grundsicherungsleistungen, insbesondere keinen Anspruch auf einen höheren Zuschuss zu seinen Beiträgen zur Krankenversicherung habe. Der Beklagte habe diesen Zuschuss zutreffend berechnet. Diese Berechnung beruhe auf dem Grundgedanken des SGB II, dass der Grundsicherungsträger dem Hilfebedürftigen nur die für ihn erforderlichen Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Regelungen zur Verfügung zu stellen habe. Eine Besserstellung des in der privaten Krankenversicherung versicherten Hilfebedürftigen gegenüber den in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Hilfebedürftigen in der Weise, dass ihnen die Allgemeinheit zumindest teilweise einen höheren Standard und Komfort finanziere, indem eben nicht nur die erforderlichen Beiträge bezuschusst werden, sondern den weit darüber liegenden halbierten Höchstbeitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung, entspreche demgegenüber offensichtlich nicht dem gesetzgeberischen Willen.

Gegen den ihm am 03. Mai 2019 zugestellten Gerichtsbescheid richtet sich die Berufung des Klägers vom selben Tag. Zur Begründung wiederholt und vertieft er sein bisheriges Vorbringen. Bereits der Wortlaut des [§ 26 Abs 1 S 1 SGB II](#) bestätige seine Rechtsauffassung. Danach sei der Zuschuss begrenzt auf die Höhe des halbierten Beitrags für den Basistarif in der gesetzlichen Krankenversicherung den Hilfebedürftige zu leisten hätten. Da der Gesetzgeber insoweit nicht den Singular, sondern den Plural gewählt und darüber hinaus nicht explizit auf den konkreten Beitrag abgestellt habe, sei kein Raum dafür, von dem Wortlaut abzuweichen. Bei zutreffender wortlautorientierter Auslegung sei der Norm keine Begrenzung in der Weise zu entnehmen, dass auf den individuellen halbierten Beitrag im Basistarif abzustellen sei.

Sollte dem nicht gefolgt werden, habe er jedenfalls einen entsprechenden Anspruch auf den geltend gemachten Zuschuss aus [§ 21 Abs 6 SGB II](#). Denn der Beklagte habe insoweit seine Beratungspflicht verletzt. Er sei nicht über die Wechselmöglichkeit in den Basistarif und auf die entsprechenden Folgen, bei einem Nichtwechsel, hingewiesen worden. Schließlich habe er aber auch aus Härtefallgesichtspunkten einen Anspruch auf Übernahme der Beiträge bis zur Höhe des halbierten Höchstbeitrages im Basistarif. Denn der Beklagte habe ihm langjährig den Zuschuss in der von ihm begehrten Höhe gewährt, um dann plötzlich und für ihn unvorhersehbar von dieser Verwaltungspraxis abzuweichen.

Der Kläger beantragt sinngemäß,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Berlin vom 30. April 2019 aufzuheben, den Bescheid des Beklagten vom 05. Juli 2017 in der Fassung des Änderungsbescheides vom 25. November 2017 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25. Mai 2017 abzuändern und den Beklagten zu verurteilen, ihm weitere Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes in Form eines höheren Zuschusses zu seinen Beiträgen zur privaten Krankenversicherung in Höhe von weiteren 149,63 € monatlich für den Bewilligungszeitraum vom 01. September 2017 bis zum 28. Februar 2018 zu gewähren und diesen direkt an die DKV zu zahlen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Kläger habe keinen Anspruch auf die begehrten weiteren Leistungen. Das Sozialgericht habe die Klage zu Recht abgewiesen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die zwischen den Beteiligten gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen, den sonstigen Inhalt der Gerichtsakte und auf die Verwaltungsakte des Beklagten verwiesen, die dem Gericht vorgelegen haben und die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe

Die zulässige Berufung des Klägers, über die der Senat mit Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entscheiden konnte ([§ 124 Abs 2](#) Sozialgerichtsgesetz <SGG>), ist nicht begründet. Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen.

Zwischen den Beteiligten sind die dem Kläger gewährten Leistungen für Unterkunft und Heizung nicht im Streit. Eine entsprechende Klage hat der Kläger im vorliegenden Fall auch nicht erhoben (vgl. Urteil des Bundessozialgerichts <BSG> vom 29. April 2015 - [B 14 AS 8/14 R](#) -, zitiert nach juris RdNr 11f.). Über den geltend gemachten Anspruch hinaus hat der Kläger die Entscheidung des Beklagten auch nicht angegriffen. Die angefochtene Entscheidung des Beklagten ist, soweit sie nicht angegriffen wurde, auch rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten.

Die angefochtene Entscheidung des Beklagten ist aber auch im Übrigen, soweit der Kläger weitere Ansprüche geltend macht, rechtmäßig und verletzt ihn nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat keinen Anspruch auf weitere Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes nach dem SGB II in Form eines höheren Zuschusses, ggf. als Mehrbedarf, zu seinen Beiträgen zur Krankenversicherung in Höhe von weiteren 149,63 € monatlich für den Bewilligungszeitraum vom 01. September 2017 bis zum 28. Februar 2018.

Nach [§ 26 Abs 1 S 1 SGB II](#) in der Fassung des Gesetzes vom 26. Juli 2016 ([BGBl I S.1824](#)) wird für Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld, die gegen das Risiko Krankheit bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen in Rahmen von Versicherungsverträgen versichert sind, die der Versicherungspflicht nach [§ 193 Abs 3](#) des Versicherungsvertragsgesetzes genügen, für die Dauer des Leistungsbezuges ein Zuschuss zum Beitrag geleistet; der Zuschuss ist begrenzt auf die Höhe des nach [§ 152 Abs 4 VAG](#) halbierten Beitrags für den Basistarif in der privaten Krankenversicherung, den Hilfebedürftige zu leisten haben.

Der Kläger ist bei der DKV privat krankenversichert. Der Basistarif dieser Versicherung für Hilfsbedürftige nach [§ 152 Abs 4 VAG](#) betrug ab dem 1. Januar 2017 191,84 € monatlich. Der Kläger hat von einem Wechsel in diesen Basistarif eigenverantwortlich abgesehen. Er ist in dem von ihm gewählten Tarif verblieben. Ein Anspruch auf Beitragszahlungen, die über die laufenden Zahlungen für den hälftigen Basistarif hinaus gehen, besteht aber nicht (Urteil des BSG vom 16. Oktober 2012 - [B 14 AS 11/12 R](#)).

Soweit der Kläger meint, einen Anspruch auf einen Zuschuss in Höhe der Hälfte des Höchstbetrages der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahre 2017, mithin auf 341,47 € zu haben, findet dieses Begehren im Gesetz keine Grundlage.

Ausgangspunkt der gesetzlichen Regelung ist [§ 152 Abs 1 Satz 1 VAG](#). Danach haben Versicherungsunternehmen mit Sitz im Inland, die die substitutive Krankenversicherung betreiben, einen branchenweit einheitlichen Basistarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe jeweils den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, auf die ein Anspruch besteht, vergleichbar sind. Nach [§ 152 Abs 3 Satz 1 VAG](#) darf der Basistarif ohne Selbstbehalt und in allen Selbstbehaltstufen den Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigen. Dieser Beitrag vermindert sich nach [§ 152 Abs 4 Satz 1 VAG](#) ua bei Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II für die Dauer der Hilfebedürftigkeit um die Hälfte.

An diese Regelung knüpft [§ 26 Abs 1 Satz 1 SGB II](#) an, indem er bestimmt, dass der Zuschuss zu den Beiträgen des Hilfebedürftigen zu seiner privaten Krankenversicherung auf die Höhe des nach [§ 152 Abs 4 VAG](#) halbierten Beitrags für den Basistarif in der privaten Krankenversicherung, den Hilfebedürftige zu leisten haben, begrenzt ist.

Zu leisten haben Hilfebedürftige aber nicht den fiktiven hälftigen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern sie schulden dem privaten Krankenversicherungsträger ausschließlich die Hälfte des Beitrags für den Basistarif ihres Versicherungsunternehmens. Dieser Beitrag betrug ausweislich des Schreibens der privaten Krankenversicherung des Klägers vom 08. Februar 2017 ab dem 01. Januar 2017 191,84 €.

Der Kläger verkennt bereits, dass [§ 152 Abs 3 VAG](#), auf den die Regelung in [§ 152 Abs 4 Satz 1 VAG](#) Bezug nimmt, keinen fixen Beitrag für den Basistarif bestimmt, sondern er begrenzt die Beitragshöhe für den von jedem Versicherungsunternehmen anzubietenden Basistarif der Höhe nach auf den Höchstbetrag der gesetzlichen Krankenversicherung. Versicherungsunternehmen steht es nach dieser Regelung aber frei, diesen Basistarif mit einer Beitragslast anzubieten, die unterhalb des vorgenannten Höchstsatzes liegt. Ein derartiger Fall liegt hier vor. Im Falle von Hilfebedürftigkeit ist dieser jeweilige Beitragssatz für den Basistarif auf die Hälfte zu mindern. Privat Krankenversicherte erhalten somit als Zuschuss ausschließlich die Hälfte der im Basistarif regulär geschuldeten Prämie (Rolfs in Gagel, SGB II/SGB III, Werkstand: 80. EL Februar 2021, [§ 26 SGB II](#) RdNr 47). Ist die privat krankenversicherte Person nicht im Basistarif versichert, wird ihr individueller Tarif maximal bis zur Höhe des fiktiven halben Basistarifs übernommen (Birk in LPK - SGB II, 06. Auflage 2017, [§ 26 RdNr 26](#)).

Die von dem Kläger vertretene Rechtsauffassung widerspricht zudem dem Prinzip der Bedarfsdeckung ([§ 3 Abs 3 SGB II](#)). Denn steuerfinanzierte Leistungen zur Existenzsicherung können nicht weiter reichen, als es zur Sicherstellung des Existenzminimums nötig ist. Dies wird im Bereich der Gesundheitsvorsorge mit einem Krankenversicherungsschutz im Basistarif gedeckt (Knickrehm/Hahn in Eicher/Luik, SGB II, 4. Auflage 2017, [§ 26 RdNr. 17](#)). Dieser Basistarif beträgt im Falle des Klägers 191,84 €. Diesem Bedarfsdeckungsprinzip folgend besteht selbst bei Hilfebedürftigen, die im Normaltarif versichert sind, und sofern dieser Tarif günstiger ist, als der Basistarif, was insbesondere bei jüngeren und gesunden Versicherten der Fall sein kann, lediglich ein Anspruch auf den geringeren Betrag als Zuschuss (Bittner in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB II, 5. Auflage 2020, [§ 26 RdNr. 43](#) und Rolfs, NZS 2019, S. 206 f. <210>) und nicht ein Anspruch auf einen Zuschuss in Höhe des nicht zur Existenzsicherung notwendigen Basistarifs.

Ein Wechsel in den Basistarif war dem Kläger auch jederzeit möglich und zumutbar. Gegenteiliges hat der Kläger nicht vorgetragen. Ihm ging es augenscheinlich ausschließlich um den Verbleib in dem von ihm gewählten Tarif mit dem gegenüber dem Basistarif besseren Leistungsangebot. Die Sicherstellung eines über das Existenzminimum hinausgehenden Versicherungsschutzes ist aber nicht Aufgabe der Grundsicherung für Arbeitsuchende.

Soweit der Kläger seinen Anspruch auf Gewährung eines höheren Zuschusses zu seinen Beiträgen zur privaten Krankenversicherung hilfsweise aus [§ 21 Abs 6 SGB II](#) herleitet, vermag der Senat diesem Vorbringen nicht zu folgen. Nach [§ 21 Abs 6 SGB II](#) wird bei einem Leistungsberechtigten ein Mehrbedarf anerkannt, soweit im Einzelfall ein unabweisbarer, laufender, nicht nur einmaliger besonderer Bedarf besteht. Der Mehrbedarf ist nach [§ 21 Abs 6 Satz 2 SGB II](#) unabweisbar, wenn er insbesondere nicht durch die Zuwendungen Dritter sowie unter Berücksichtigung von Einsparmöglichkeiten der Leistungsberechtigten gedeckt werden kann und seiner Höhe nach erheblich von einem durchschnittlichen Bedarf abweicht.

Der Senat kann offen lassen, ob es sich bei den über den Basistarif hinaus zu zahlenden Beiträgen überhaupt um einen Mehrbedarf in diesem Sinne handeln kann. Denn mit der Einführung eines Härtefallmehrbedarfs nach [§ 21 Abs 6 SGB II](#) sollte jedenfalls ausschließlich sicher gestellt werden, dass auch in atypischen Bedarfslagen Leistungen der Grundsicherung für Arbeitssuchende erbracht werden (Urteil des BSG vom 29. April 2015 - [B 14 AS 8/14 R](#) -, zitiert nach juris RdNr 22). Im vorliegenden Fall macht der Kläger aber keine atypische Bedarfslage geltend. Denn der Grundsicherungsbedarf in Höhe eines Zuschusses zu den Beiträgen zur Krankenversicherung ist ein typischer, vom Gesetzgeber anerkannter Bedarf, dem er mit der Regelung in [§ 26 SGB II](#) abschließend Rechnung getragen hat.

Aber selbst wenn der Argumentation des Klägers zu folgen wäre und es sich bei den über den hälftigen Basistarif zu zahlenden Beiträgen um einen Mehrbedarf handeln sollte, wäre dieser jedenfalls nicht unabweisbar. Denn der Kläger hätte die über den Basistarif hinausgehende Beitragsbelastung durch einen Wechsel in den Basistarif abwenden können. Von dieser Möglichkeit hat er aber abgesehen. Die Anerkennung eines unabwendbaren Mehrbedarfs setzt zudem voraus, dass ein Wechsel in den Basistarif wegen einer fehlenden Beratung und nicht aus anderen Gründen, wie etwa besseren Leistungen im vereinbarten Tarif, unterblieben ist (Urteil des Bayrischen Landessozialgerichts vom 07. Juli 2020 - [L 16 AS 327/18](#) -, zitiert nach juris, RdNr. 16). Letzteres ist hier aber gerade der Fall. Spätestens nachdem der Kläger mit Anhörungsschreiben der Beklagten vom 16. Mai 2017 darüber in Kenntnis gesetzt worden ist, dass er ausschließlich einen Anspruch auf einen Zuschuss zu seinen Beiträgen zur privaten Krankenversicherung in vorgenannter Höhe hat, hätte er eigeninitiativ werden müssen, um in den Basistarif seines Krankenversicherungsträgers zu wechseln. Hiervon hat er aber abgesehen, weil der von ihm gewählte Tarif für ihn bessere Leistungen bot. Jedenfalls ab dem 01. August 2017, dem Beginn des hier streitigen Bewilligungszeitraums, ist der Kläger damit trotz Kenntnis über die Rechtslage in dem von ihm gewählten Tarif verblieben

Soweit der Kläger aus dem Gesichtspunkt des Vertrauensschutzes einen Anspruch auf den begehrten Zuschuss zu seiner privaten Krankenversicherung herleitet, vermag auch dieses Argument der Berufung nicht zum Erfolg zu verhelfen. Der Kläger meint, aufgrund der langjährigen Verwaltungspraxis, der Gewährung eines Zuschusses in der von ihm begehrten Höhe, einen Anspruch auf Weitergewährung dieses Zuschusses in unveränderter (rechtswidriger) Höhe zu haben. Der Senat kann offen lassen, auf welche Rechtsgrundlage der Kläger sich insoweit beruft. Der Kläger muss sich aber insoweit entgegenhalten lassen, dass er spätestens im Mai 2017 insoweit „bösgläubig war“. Daher konnte er jedenfalls mit Wirkung ab 01. August 2017, dem Beginn des hier streitigen Bewilligungsabschnitts, nicht mehr darauf vertrauen, dass ihm der bisher gewährte Zuschuss in Höhe von 341,00 € monatlich weiter gewährt wird.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision nach [§ 160 Abs 2 Nr 1 und Nr 2 SGG](#) liegen nicht vor.

Rechtskraft
Aus
Saved
2022-05-17