
S 24 SO 34/19

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Niedersachsen-Bremen
Sozialgericht	Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen
Sachgebiet	Sozialhilfe
Abteilung	-
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Begrenzung auf den nach § 152 Abs. 4 VAG halbierten monatlichen Beitrag im Basistarif Beitragszuschuss Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung Meistbegünstigungsgrundsatz private Kranken- und Pflegeversicherung Rücknahmeermessen Sozialhilfe Übernahme angemessener Beiträge für eine private Kranken- und Pflegeversicherung
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) Basistarif maßgeblich, 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 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

Normenkette	Renteneinkommen). SGB II § 26 SGB X § 45 SGB X § 48 Abs 1 SGB XI § 110 Abs 2 S 3 SGB XII § 32 Abs 4 SGB XII § 32 Abs 6 VAG § 152 VVG § 193 Abs 3
-------------	--

1. Instanz

Aktenzeichen	S 24 SO 34/19
Datum	06.09.2019

2. Instanz

Aktenzeichen	L 8 SO 246/19
Datum	22.07.2021

3. Instanz

Datum	-
-------	---

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.

Ä

Tatbestand

Im Streit sind hÄ¶here Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (Grundsicherungsleistungen) nach dem Vierten Kapitel des Sozialgesetzbuchs ZwÄ¶ftes Buch (SGB XII) fÄ¶r die Zeit ab Juni 2018, insbesondere wegen hÄ¶herer BeitragszuschÄ¶sse fÄ¶r die private Kranken- und Pflegeversicherung.

Ä

Der 1951 geborene KlÄ¶ger lebt gemeinsam mit seiner 1963 geborenen LebensgefÄ¶hrtin in einer im Stadtgebiet der Beklagten gelegenen, etwa 68 qm groÄ¶en Wohnung, fÄ¶r die eine Grundmiete von 419,68 Ä¶ (bis Juni 2018) und Vorauszahlungen fÄ¶r Betriebs- und Heizkosten von 137,00 Ä¶ bzw. 58,00 Ä¶ zu entrichten waren (bruttowarm: 614,68 Ä¶ je Monat); die Grundmiete erhÄ¶hte sich ab Juli 2018 auf 473,27 Ä¶ und ab Februar 2021 auf 482,63 Ä¶. Der KlÄ¶ger bezieht seit MÄ¶rz 2017 eine Regelaltersrente, deren monatlicher Zahlbetrag (netto) sich ab Juli 2017 auf 86,66Ä¶, ab Juli 2018 auf 89,46 Ä¶, ab Juli 2019 auf 92,69 Ä¶, ab Januar 2020 auf 92,78Ä¶ und ab Juli 2020 auf 95,98 Ä¶ belief und seit Januar 2021 96,07Ä¶ je Monat betrÄ¶gt. Seine LebensgefÄ¶hrtin erhÄ¶lt eine Rente wegen voller Erwerbsminderung, die sich im streitgegenstÄ¶ndlichen Zeitraum auf einen monatlichen Betrag von 586,90 Ä¶ (im Juni 2018) bis zu 647,03 Ä¶ (seit Juli 2020) belief. FÄ¶r seine private Kranken- und Pflegeversicherung bei der DKV (im Normaltarif) hat der KlÄ¶ger BeitrÄ¶ge zu entrichten in monatlicher HÄ¶he ab Juni 2018 von 606,74Ä¶ bzw. 49,15 Ä¶ (Gesamt: 655,89Ä¶), ab Januar 2020 von 616,83Ä¶ bzw. 85,17 Ä¶ (Gesamt: 702,00 Ä¶) und zuletzt ab Juli 2021 von 606,74 Ä¶ bzw. 85,17 Ä¶ (Gesamt: 691,91 Ä¶).

Ä

Der KlÄ¶ger war u.a. wegen verschiedener kÄ¶rperlicher Beschwerden (SomatisierungsstÄ¶rung), einer ausgeprÄ¶gten AngststÄ¶rung (Agoraphobie) und einer wiederkehrenden (rezidivierenden) depressiven StÄ¶rung 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 ZuschÄ¶sse fÄ¶r die private Kranken- und Pflegeversicherung in monatlicher HÄ¶he von 246,15 Ä¶ bzw. 34,01 Ä¶ (gesamt: 280,16 Ä¶) berÄ¶cksichtigt worden sind (Sozialgericht Ä¶ SG Ä¶ Bremen, Beschluss vom 18.1.2011 Ä¶ S 27 AS 2/11 ER -; AusfÄ¶hrungsbescheid des Jobcenters Bremen vom 20.1.2011). In dieser HÄ¶he wurden dem KlÄ¶ger auch von der Beklagten bis Mai 2018 BeitragszuschÄ¶sse gewÄ¶hrt; zuletzt wurden ihm und seiner LebensgefÄ¶hrtin durch Bescheid vom 28.3.2018 fÄ¶r die Zeit Ä¶ ab dem 01.03.18Ä¶ Grundsicherungsleistungen bewilligt in einer monatlichen GesamthÄ¶he von 987,19 Ä¶ bzw. ab April 2018 von 1002,33Ä¶, wobei auf den KlÄ¶ger ein Individualanspruch von 874,84 Ä¶ bzw. ab April 2018 von 889,98 Ä¶ entfiel (davon

Beitragszuschüsse i.H.v. 280,16 € bzw. ab April 2018 wegen der Erhöhung des Pflegeversicherungsbeitrags i.H.v. 295,30 €).

Ä

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.

Ä

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 Altersrückstellungen Vermögen dar, das seine Bedürftigkeit mindere.

Ä

Gegen die dem KlÄger am 12.9.2019 zugestellte Entscheidung richtet sich seine Berufung vom 9.10.2019. Er macht geltend, der gÄnstige Basistarif seiner Versicherung sei allein auf eigene Anspareleistungen bzw. AlterungsÄckstellungen durch eine langjÄhrige Mitgliedschaft zurÄckzufÄhren und nicht der Maßstab fÄr die Bemessung der BeitragszuschÄsse. Vielmehr seien nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG, Urteil vom 18.1.2011 – B 4 AS 108/10 R –) grundsÄtzlich die tatsÄchlichen Kosten zu Äbernehmen. Ein Wechsel in den Basistarif seiner Krankenversicherung sei fÄr ihn wegen seines komplexen Krankheitsbildes, das u.a. wegen der AngststÄrung therapeutische Hausbesuche sowie alternative Heilmittel und damit einen besseren Versicherungsschutz als denjenigen der gesetzlichen Krankenversicherung erfordere, nicht zumutbar. Zudem sei ein Wechsel nicht kostengÄnstiger, weil er als Selbstzahler hÄhere Kosten zu tragen habe, u.a. fÄr Hausbesuche, Laboruntersuchungen und Heilmittel (letztere in einer GrÄÄenordnung von 300,00 € bis 400,00 € je Monat), die derzeit von der privaten Krankenversicherung Äbernommen wÄrden. FÄr ihn sei ein Wechsel in den Basistarif Ä auch wegen seiner AngststÄrung Ä der Äblanke HorrorÄ.

Ä

WÄhrend des Berufungsverfahrens sind fÄr den KlÄger und seine LebensgefÄhrtin weitere Entscheidungen Äber 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 HÄhe von 939,95 € bzw. 939,86 € (Regelsatz- und RentenerhÄhung ab Januar 2020; Anspruch des KlÄgers: 824,35 € bzw. 824,26 €) und 915,08 € (RentenerhÄhung ab Juli 2020; Anspruch des KlÄgers: 821,06 €), 939,08 € (RegelsatzerhÄhung ab Januar 2021; Anspruch des KlÄgers 833,06 €) sowie 950,17 € (Korrektur der Leistungen fÄr Unterkunft und der Einkommensanrechnung ab Juni 2021; Anspruch des KlÄgers: 837,65 €) und 970,24 € (ErhÄhung des Krankenversicherungsbeitrags im Basistarif ab Juli 2021; Anspruch des KlÄgers: 857,72 €), wobei als BeitragszuschÄsse wegen ErhÄhungen der BeitrÄge im Basistarif von Januar 2020 bis Juni 2021 jeweils 193,91 € und ab Juli 2021 213,98 € berÄcksichtigt worden sind.

Ä

Der KlÄger beantragt schriftsÄtzlich sinngemÄß,

Ä

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

Â

die Beklagte zu verurteilen, dem KlÃ¤ger Grundsicherungsleistungen ab dem 1.6.2018 unter BerÃ¼cksichtigung von ZuschÃ¼ssen fÃ¼r die private Kranken- und Pflegeversicherung in HÃ¶he der tatsÃ¤chlichen Kosten zu gewÃ¤hren.

Â

Die Beklagte beantragt schriftsÃ¤tzlich,

Â

die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Â

Sie hÃ¤lt die Entscheidung des SG fÃ¼r zutreffend.

Â

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mÃ¼ndliche Verhandlung durch Urteil einverstanden erklÃ¤rt (SchriftsÃ¤tze vom 4. und 19.5.2021).

Â

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der beigezogenen VerwaltungsvorgÃ¤nge der Beklagten (zwei BÃ¼nde, drei Hefter) Bezug genommen. Diese Akten haben dem Senat vorgelegen und sind Gegenstand der Entscheidungsfindung gewesen.

Â

EntscheidungsgrÃ¼nde

Â

Der Senat entscheidet mit dem EinverstÃ¤ndnis der Beteiligten ohne mÃ¼ndliche Verhandlung durch Urteil ([Â§ 124 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz â SGG).

Â

1.

Die form- und fristgerecht ([Â§ 151 SGG](#)) eingelegte und auch im Ã¼brigen zulÃ¤ssige, insbesondere statthafte ([Â§ 143, 144 Abs. 1 Satz 2 SGG](#)) Berufung ist zum Teil begrÃ¼ndet. Das SG hat die Klage zu Unrecht in vollem Umfang abgewiesen.

Â

2.

Gegenstand der kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage ([Â§ 54 Abs. 1](#) und 4, [Â§ 56 SGG](#)) sind die Bescheide der Beklagten vom 26.4., 16.5. und 19.6.2018 ([Â§ 86 SGG](#)) in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28.1.2019 ([Â§ 95 SGG](#)) und die gemÃ¤Ã [Â§ 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 KlÃ¤ger ab Juni 2018 Grundsicherungsleistungen bewilligt worden sind (dazu im Einzelnen gleich). Nach dem MeistbegÃ¼nstigungsgrundsatz hat sich der Widerspruch des KlÃ¤gers vom 25.5.2018 sowohl gegen den Bescheid vom 26.4.2018 Ã¼ber die Begrenzung bzw. Aufhebung der BeitragszuschÃsse 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 KlÃ¤ger in der Sache erkennbar fÃ¼r die o.g. Zeit hÃ¶here Grundsicherungsleistungen begehrt (hat), insbesondere ZuschÃsse fÃ¼r die private Kranken- und Pflegeversicherung in HÃ¶he der tatsÃchlichen Kosten.

Â

3.

Da die Bescheide vom 26.4.2018 (Begrenzung der ZuschÃsse ab Juni 2018 i.S. einer isolierten Aufhebung) und 16.5.2018 (Bewilligung von Grundsicherungsleistungen fÃ¼r den KlÃ¤ger ab Juni 2018 in monatlicher HÃ¶he von 752,57 â¬) die vorangegangene Bewilligung von Leistungen in monatlicher HÃ¶he von 889,98 â¬ (ab April 2018) durch Bescheid vom 28.3.2018 teilweise aufgehoben haben (in HÃ¶he der den KlÃ¤ger betreffenden Leistungsdifferenz von 137,41 â¬ je Monat), ist gegen diese VerfÃ¼gungen im Ausgangspunkt statthaft die (isolierte) Anfechtungsklage ([Â§ 54 Abs. 1 SGG](#)). Die zusÃtzlich (kombiniert) erhobene (unechte) Leistungsklage ([Â§ 54 Abs. 4 SGG](#)) ist statthaft, weil der KlÃ¤ger fÃ¼r die Zeit ab Juni 2018 noch hÃ¶here Leistungen begehrt, als ursprÃ¼nglich durch den Bescheid vom 28.3.2018 bewilligt worden sind. Die Klagen sind auch im Ã¼brigen zulÃssig.

Â

4.

Die (isolierte) Anfechtungsklage ist grÃ¶Ãtenteils begrÃ¼ndet, 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 fÃ¼r die Zeit ab Juni 2018 als AufhebungsverfÃ¼gungen Ã¼berwiegend nicht den Anforderungen der [Â§ 44 ff. Sozialgesetzbuch Zehntes Buch \(SGB X\)](#) genÃ¼gen (dazu gleich a)). Die weitergehende Leistungsklage ist allerdings unbegrÃ¼ndet, weil der KlÃ¤ger Ã¼ber

die Korrektur der o.g. Bescheide hinaus keinen Anspruch auf (noch) höhere Grundsicherungsleistungen hat (dazu gleich b)).

Ä

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 ([Ä§ 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 [Ä§ 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 erhalten soll. Die anschließenden Zusätze Eine Leistungsbefristung erfolgt entsprechend den Zeitangaben auf dem Berechnungsbogen und für den Monat 6/2018 fñhren 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 [Ä§ 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) abändert oder ersetzt haben.

Ä

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)).

Ä

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](#)).

Ä

cc)

Die Voraussetzungen für eine Aufhebung des Leistungsbescheids vom 28.3.2018 [§ 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.

Ä

(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, [BGBI. I](#)

[2557](#), zuletzt geÄndert durch Gesetz vom 2.6.2021, [BGBl. I 1387](#)).

Ä

(2)

Der monatliche Gesamtbedarf des KlÄgers ergibt sich aus der Summe der nach [Ä 42 Nr. 1 bis 4 SGB XII](#) anzuerkennenden monatlichen Bedarfe ([Ä 43a Abs. 1 SGB XII](#)). Die HÄhe der monatlichen Geldleistung im Einzelfall (monatlicher Zahlungsanspruch) ergibt sich aus dem Gesamtbedarf und abZglich des nach [Ä 43 Abs. 1 bis 4 SGB XII](#) einzusetzenden Einkommens und VermÄgens (vgl. [Ä 43a Abs. 2 SGB XII](#)).

Ä

(a)

Die Bedarfe des KlÄgers nach dem Vierten Kapitel umfassen die RegelsÄtze nach den Regelbedarfsstufen der Anlage zu [Ä 28 SGB XII](#) ([Ä 42 Nr. 1 SGB XII](#)), die sich hier nach der Regelbedarfsstufe 2 bemessen. Der KlÄger und seine LebensgefÄhrtin fÄhren eine eheÄhnliche Lebensgemeinschaft, also eine solche, die auf Dauer angelegt ist, daneben keine weitere Lebensgemeinschaft gleicher Art zulÄsst und sich durch innere Bindungen auszeichnet, die ein gegenseitiges Entstehen der Partner fÄreinander begrÄnden, also Äber die Beziehung in einer reinen Haushalts- und Wirtschaftsgemeinschaft hinausgeht (zum Begriff BSG, Urteil vom 5.9.2019 â B 8 SO 14/18 R â juris Rn. 16 m.w.N.). Der Regelsatz nach der Regelbedarfsstufe 2 hat sich fÄr das Jahr 2018 auf 374,00 â belaufen.

Ä

(b)

Weiter sind die Bedarfe fÄr Unterkunft und Heizung bei Leistungsberechtigten auÄerhalb von Einrichtungen ([Ä 42 Nr. 4 SGB XII](#)) zu berÄcksichtigen, die hier nach [Ä 42a Abs. 1](#) i.V.m. [Ä 35 SGB XII](#) zu beurteilen sind, weil sich aus den Äbrigen AbsÄtzen des [Ä 42a SGB XII](#) nichts Abweichendes ergibt. Nach [Ä 35 Abs. 1 Satz 1, Abs. 4 Satz 1 SGB XII](#) sind maÄgeblich die tatsÄchlichen Kosten fÄr Unterkunft und Heizung, wobei dahinstehen kann, ob diese angemessen sind bzw. den KlÄger (und seine LebensgefÄhrtin) eine Kostensenkungsobliegenheit treffen kÄnnte; der KlÄger ist bis heute nicht zu einer Kostensenkung aufgefordert worden (zu diesem Erfordernis jÄngst BSG, Urteil vom 19.5.2021 â B 14 AS 57/19 R â zitiert nach Terminbericht des BSG Nr. 20/21, abgerufen unter www.bsg.bund.de, zuletzt am 22.7.2021). Die tatsÄchlichen Kosten fÄr Unterkunft und Heizung haben sich monatlich bis Juni 2018 auf 614,68 â belaufen (bruttowarm).

Ä

(c)

Bestandteil des Gesamtbedarfs ([Â§ 43a SGB XII](#)) sind auch die Bedarfe f¼r eine Kranken- und Pflegeversicherung nach [Â§ 32 Abs. 4 Satz 1 und Abs. 6 Satz 1 SGB XII](#) als zusÃ¤tzliche Bedarfe nach dem Zweiten Abschnitt des Dritten Kapitels ([Â§ 42 Nr. 2 SGB XII](#)).

Â

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

bis zu der HÃ¶he des sich nach [Â§ 152 Abs. 4](#) des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) ergebenden halbierten monatlichen Beitrags f¼r den Basistarif, sofern die VersicherungsvertrÃ¤ge der Versicherungspflicht nach [Â§ 193 Abs. 3](#) des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) gen¼gen. Nach [Â§ 32 Abs. 4 Satz 3](#) und 4 SGB XII kann im Ausnahmefall ein hÃ¶herer Beitrag als angemessen anerkannt werden (dazu spÃ¤ter).

Â

Die Voraussetzungen f¼r einen Beitragszuschuss nach [Â§ 32 Abs. 4 SGB XII](#) haben 2018 vorgelegen (und liegen bis heute vor). Der Versicherungsvertrag des KIÃ¤gers gen¼gt der Versicherungspflicht aus [Â§ 193 Abs. 3 Satz 1 VVG](#). Er ist gegen das Risiko Krankheit mit einem privaten, in Deutschland zum GeschÃ¤ftsbetrieb zugelassenen Krankenversicherungsunternehmen geschlossen worden; Ausnahmen von der Versicherungspflicht nach [Â§ 193 Abs. 3 Satz 2 VVG](#) liegen nicht vor, insbesondere ist der KIÃ¤ger nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig (Nr. 1).

Â

Die HÃ¶he des Beitragszuschusses ist nach oben begrenzt auf den angemessenen Beitrag nach [Â§ 32 Abs. 4 Satz 2 Nr. 1 SGB XII](#) (Nr. 2 der Norm ist hier nicht einschliÃ§ig), also bis zu der HÃ¶he des sich nach [Â§ 152 Abs. 4 VAG](#) ergebenden halbierten monatlichen Beitrags f¼r den Basistarif. Nach stÃ¤ndiger Rechtsprechung des Senats (seit Senatsbeschluss vom 2.2.2011 â [L 8 SO 312/10 B ER](#) -) sind in diesem Sinne angemessen Aufwendungen f¼r eine private Krankenversicherung, die (nicht mehr und nicht weniger) dem Leistungsniveau der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht. Dies ist eine solche im Basistarif der privaten Krankenversicherung. F¼r die Obergrenze des Beitragszuschusses ist insoweit maÃgeblich die HÃ¤lfte des (konkret-individuellen) Basistarifs, den die betroffene Person der privaten Krankenversicherung zu leisten hat oder âÂ soweit sie nicht im Basistarif versichert ist â nach einem Wechsel in diesen Tarif zu leisten hÃ¤tte (ebenso SÃ¤chsisches LSG, Beschluss vom 15.3.2021 â [L 8 SO 29/20 B ER](#) â juris Rn. 37; zu der Parallelvorschrift [Â§ 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 [Â§ 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 [Â§ 152 Abs. 3 Satz 1 VAG](#) (zu [Â§ 26 SGB II](#) so aber Klerks, info also 2017, S. 3, 8, Rn. 59; wohl auch Birk in LPK-SGB II, 7. Aufl. 2021, Â§ 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).

Â

Hierfür spricht bereits eine am Wortlaut des [Â§ 32 Abs. 4 Satz 2 SGB XII](#) orientierte Auslegung. Die Vorschrift verweist zur Bestimmung der Angemessenheit des Zuschusses auf die Höhe des sich nach [Â§ 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 Kapitel des fünften Buches Sozialgesetzbuch, auf die ein Anspruch besteht, vergleichbar sind ([Â§ 152 Abs. 1 Satz 1 VAG](#)). [Â§ 152 Abs. 4 Satz 1](#) HS. 1 VAG betrifft den Beitrag für den Basistarif ohne Selbstbehalt und in allen Selbstbehaltstufen i.S. des [Â§ 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 [Â§ 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 [Â§ 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 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 Beitrag (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 [Â§ 32 Abs. 4 Satz 2 SGB XII](#) von derjenigen für eine private Pflegeversicherung nach [Â§ 32 Abs. 6 Satz 1 SGB XII](#) (und nach [Â§ 26 Abs. 3 Satz 1 SGB II](#)); diese Zuschüsse sind auf die Hälfte des Höchstbeitrags in der sozialen Pflegeversicherung begrenzt (vgl. [Â§ 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 ([Â§ 152 Abs. 3 VAG](#)) orientiert.

Â

Allenfalls die Entstehungsgeschichte der Norm könnte für eine andere Auslegung sprechen. Der Gesetzgeber hat durch die Neufassung des [Â§ 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 [â€â€ B 4 AS 108/10 R](#) [â€â€ juris Rn. 19 ff.](#) und Urteil vom 16.10.2012 [â€â€Â BÂ 14 AS 11/12Â R](#) [â€â€ juris Rn. 22](#)) umgesetzt (vgl. zu [Â§ 26 SGB II BT-Drs. 18/8041, S.Â 42](#) f.; S. Knickrehm/Hahn in Eicher/Luik, SGB II, 4. Aufl. 2017, [Â§ 26 Rn. 16](#)), nach der eine privat krankenversicherte leistungsberechtigte Person einen Anspruch (nach [Â§ 26 SGBÂ II](#) [Â a.F.](#)) auf Ãbernahme ihres Beitrags zur privaten Krankenversicherung [â€â€bis zur HÃlfte des HÃchstbeitrags zur gesetzlichen Krankenversicherungâ€â€ hatte. Aus dieser Formulierung ist aber nicht zwingend zu schlieÃen, dass die Angemessenheit des Zuschusses nach \[Â§ 32 Abs. 4 Satz 1\]\(#\) und 2 SGB XII unabhÃngig 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 HÃlfte des HÃchstbeitrags zur gesetzlichen Krankenversicherung abzustellen ist. Das BSG hatte gerade nicht Ãber Sachverhalte zu entscheiden, in denen der Beitrag fÃr den Basistarif im Einzelfall \(ausnahmsweise\) niedriger gewesen ist, als der HÃchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung. In seiner weiteren Rechtsprechung hat es ausgefÃhrt, Voraussetzung fÃr den Beitragszuschuss \(nach \[Â§ 26 SGB II\]\(#\) a.F.\) sei, dass auch bei einem auf die HÃlfte des Basistarifs reduzierten Beitrag weiterhin HilfebedÃftigkeit im Sinne des SGB II oder des SGB XII besteht, und sich die erforderliche Beteiligung des LeistungstrÃgers auf \[â€â€den die HilfebedÃftigkeit auslÃsenden Teil des herabgesetzten Beitragsâ€â€ bezieht \\(vgl. BSG, Urteil vom 29.4.2015 \\[â€â€ B 14 AS 8/14 R\\]\\(#\\) \\[â€â€ juris Rn. 16\\]\\(#\\) zu der VorgÃngervorschrift \\[Â§Â 12 Abs. 1c VAG\\]\\(#\\)\\). Zuletzt hat der fÃr Angelegenheiten der Sozialhilfe zustÃndige 8. Senat betont, dass die seit dem 1.1.2018 geltende \\(neue\\) Gesetzesfassung \\(\\[Â§Â 32 Abs. 4 Satz 2 SGB XII\\]\\(#\\)\\) zur Angemessenheit der BeitrÃge der HÃhe nach konkret umschriebene gesetzliche Vorgaben enthÃlt \\(vgl. BSG, Beschluss vom 26.8.2019 \\[â€â€ B 8 SO 90/18 B\\]\\(#\\) \\[â€â€ juris Rn. 7\\]\\(#\\)\\); damit kann nach der Wortlautinterpretation nur gemeint sein, dass fÃr die Obergrenze des Beitragszuschusses die HÃlfte des Basistarifs im Einzelfall maÃgeblich ist \\(s.o.\\).\]\(#\)](#)

Â

Die Auslegung, nach der die Zuschussbegrenzung sich auf den konkret-individuell ergebenden halbierten Beitrag fÃr den Basistarif bezieht, wird (mittelbar) durch die Gesetzesmaterialien zu der Parallelvorschrift des [Â§ 26 Abs. 1 Satz 1 SGB II](#) bestÃtigt; danach soll es gerade auf den Basistarif der privaten Krankenversicherung ankommen, den Leistungsberechtigte [â€â€im Einzelfallâ€â€ zu leisten haben \(vgl. \[BT-Drs. 18/8041, S. 43\]\(#\)\). Soweit in den Materialien zu \[Â§ 32 Abs. 4 SGB XII\]\(#\) ausgefÃhrt wird, dass bei der nach \[Â§ 152 Abs. 4 Satz 1 VAG\]\(#\) vorzunehmenden PrÃfung, ob durch die Beitragszahlung HilfebedÃftigkeit eintreten wÃrde oder unabhÃngig vom Versicherungsbeitrag HilfebedÃftigkeit vorliegt, der Beitrag nach \[Â§ 152 Abs. 3 Satz 1 oder 3 VAG\]\(#\) zugrunde zu legen ist \(\[BT-Drs. 18/9984, S.Â 103\]\(#\)\), ist dies nicht auf die Auslegung des \[Â§ 32 Abs. 4 Satz 2 SGBÂ XII\]\(#\) zu Ãbertragen. Die Vorschriften verfolgen unterschiedliche Zwecke. \[Â§ 152 Abs.Â 4 Satz 1 VAG\]\(#\) gewÃhrt zur Vermeidung bzw. Verringerung von HilfebedÃftigkeit einen Anspruch auf Beitragshalbierung nicht erst mit Eintritt und fÃr die Zeit von HilfebedÃftigkeit 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.

Ä

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 [Â§ 32 Abs. 4 Satz 1](#) und 2 SGB XII (sowie nach [Â§ 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, [Â§ 26 Rn. 17](#)). Der Senat hat in diesem Zusammenhang bereits ausgeführt (grundlegend Senatsbeschluss vom 2.2.2011 – [LÄ 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 [Â§ 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 [Â§ 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 ([Â§ 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, [Â§§ 47 bis 52 SGB XII](#)). Gemäß [Â§ 48 Satz 1 SGB XII](#) werden Leistungen zur Krankenbehandlung entsprechend dem 3. Kapitel, 5. Abschnitt, 1. Titel des SGB V erbracht. Nach [Â§ 52 Abs. 1 Satz 1 SGB XII](#) entsprechen die Hilfen nach den [Â§§ 47 bis 51 SGB XII](#) der gesetzlichen Krankenversicherung. Auch hier wird das Leistungsniveau der gesetzlichen Krankenversicherung also nicht überschritten.

Ä

[Â§ 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 ([Â§ 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 [Â§ 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 ([Â§ 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 [Â§ 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).

Â

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 [Â§ 32 Abs. 4 Satz 1](#) und 2 SGB XII gewesen ist.

Â

Die Anerkennung höherer Aufwendungen kommt nicht in Betracht. Insoweit kann nach [Â§ 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.

Ä

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 Stimmung, 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.).

Ä

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 €.

Ä

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 (Äberschießendes) 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 €.

Ä

(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).

Ä

(3)

Die Höhe des Gesamtbedarfs im Juni 2018 von 759,85 € ist zugleich die Höhe des klägerischen Anspruchs auf Grundsicherungsleistungen. Aber 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.

Ä

(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. Rücknahmevermessen, 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).

Ä

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.

Ä

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.

Ä

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, sofern 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.).

Ä

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 €).

Ä

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).

Ä

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, [BGBl. 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 €).

Ä

5.

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

Ä

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).

Erstellt am: 10.02.2022

Zuletzt verändert am: 23.12.2024