
Datum: 07.06.2010
Gericht: Sozialgericht Aachen
Spruchkörper: 14. Kammer
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: S 14 AS 73/10
ECLI: ECLI:DE:SGAC:2010:0607:S14AS73.10.00

Sachgebiet: Grundsicherung für Arbeitssuchende
Rechtskraft: nicht rechtskräftig

Tenor:

Die Beklagte wird unter Abänderung der Bescheide vom 17.11.2009 und vom 29.12.2009 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 05.01.2010 verurteilt, dem Kläger für den Zeitraum vom 01.09.2009 bis 31.12.2009 monatlich weitere Leistungen in Höhe von 178,53 Euro und für den Zeitraum vom 01.01.2010 bis 31.01.2010 weitere Leistungen in Höhe von 183,09 Euro als Zuschuss zur Kranken- und Pflegeversicherung zu gewähren. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen. Die Beklagte trägt die außergerichtlichen Kosten des Klägers dem Grunde nach zu vier Fünfteln.

-
- Tatbestand: 1
- Die Beteiligten streiten um die Höhe des Zuschusses, der dem Kläger von der Beklagten zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung gewährt wird. 2
- Der 60-jährige Kläger war bis Ende 2008 als selbstständiger Rechtsanwalt tätig. Im März 2009 verzichtete er auf die Zulassung als Rechtsanwalt und lebte zunächst von seinen Ersparnissen. Während der Zeit seiner Selbstständigkeit war er bei der D-Versicherung privat kranken- und pflegeversichert. Dieser Versicherungsvertrag wurde von der D-Versicherung zum 30.04.2009 wegen Beitragsrückständen gekündigt. 3
- Im August 2008 stellte der Kläger bei der Beklagten einen Antrag auf Leistungen der Grundsicherung nach dem Sozialgesetzbuch Zweites Buch – Grundsicherung für 4

Arbeitsuchende (SGB II). Ab 01.09.2009 war er nach Abschluss eines neuen Versicherungsvertrages wieder bei der D-Versicherung privat kranken- und pflegeversichert. Dort hatte er bis 31.12.2009 folgende monatliche Beiträge zu leisten: Tarif BTN-A in Höhe von 284,81 Euro sowie den Tarif zur Pflegeversicherung in Höhe von 35,83 Euro, insgesamt also 320,64 Euro. Ab Januar 2010 betrugen die Tarife 290, 62 Euro und 38,56 Euro, insgesamt also 327,18 Euro.

Mit Bescheid vom 17.11.2009 bewilligte die Beklagte dem Kläger Leistungen für den Zeitraum vom 24.07.2009 bis 31.01.2010 unter Berücksichtigung eines Zuschusses zur Krankenversicherung in Höhe von 124,32 Euro und zur Pflegeversicherung in Höhe von 17,79 Euro (anteilig für den Monat Juli 33,15 Euro bzw. 4,74 Euro). Hiergegen legte der Kläger am 07.12.2009 Widerspruch ein mit der Begründung, die Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung seien von der Beklagten voll zu übernehmen. Gleichzeitig stellte er einen Eilantrag bei Gericht mit dem Begehren, die Beklagte zu verpflichten, die vollen Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge zu übernehmen (Verfahren S 21 AS 143/09 ER). In diesem Verfahren erklärte sich die Beklagte bereit, die vollen Beiträge vorläufig zu übernehmen und erließ am 29.12.2009 einen entsprechenden Änderungsbescheid. 5

Der Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 05.01.2010 zurückgewiesen. Hiergegen hat der Kläger am 20.01.2010 Klage erhoben. 6

Der Kläger ist der Ansicht, die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung seien von der Beklagten vollständig in tatsächlicher Höhe zu bezuschussen. Dies ergebe sich jedenfalls aus einer analogen Anwendung des § 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB II. 7

Der Kläger beantragt schriftlich, 8

die Beklagte unter Abänderung des Bescheids vom 17.11.2009 und des Bescheids vom 29.12.2009, diese in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 05.01.2010 zu verurteilen, dem Kläger einen Zuschuss zur Kranken- und Pflegeversicherung in Höhe von monatlich insgesamt 320,64 Euro zu bewilligen. 9

Die Beklagte beantragt, 10

die Klage abzuweisen. 11

Sie bezieht sich im Wesentlichen auf die Gründe des Widerspruchsbescheids und ist der Ansicht, das SGB II sehe in § 26 einen höheren Zuschuss als den bereits gewährten nicht vor. 12

Die Beteiligten haben sich übereinstimmend mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt. 13

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der zwischen den Beteiligten gewechselten Schriftsätze und den sonstigen Inhalt der Gerichtsakte sowie auf die beigezogene Verwaltungsakte Bezug genommen. 14

Entscheidungsgründe: 15

Die Kammer konnte durch Urteil ohne mündliche Verhandlung entscheiden, weil sich die Beteiligten hiermit übereinstimmend einverstanden erklärt haben, § 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG). 16

Die zulässige Klage ist überwiegend begründet. Die angefochtenen Bescheide sind insoweit rechtswidrig und verletzen den Kläger in seinen Rechten, § 54 Abs. 2 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG). Der Kläger hat einen Anspruch auf Übernahme der tatsächlichen Beiträge zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung.

Die Beklagte hat zwar die einschlägigen gesetzlichen Regelungen ihrem Wortlaut nach zutreffend angewandt. Zur Überzeugung der Kammer liegt aber eine planwidrige Regelungslücke vor, die durch Übertragung einer für einen anderen Tatbestand vorgesehenen Rechtsfolge zu schließen ist. Sie schließt sich insofern der Auffassung insbesondere des 3. Senats des LSG Baden-Württemberg (vgl. LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 16.09.2009, Az. L 3 AS 3934/09 ER-B; hierauf sich stützend: SG Bremen, Beschluss vom 21.12.2009, Az. S 23 AS 2415/09 ER) und des SG Karlsruhe (Urteil vom 10.08.2009, Az. S 5 AS 2121/09) an. 18

1. 19

Es liegt nach der Überzeugung der Kammer eine planwidrige Regelungslücke vor. 20

Im allgemeinen liegen Regelungs- bzw. Gesetzeslücken nur dann vor, wenn das Gesetz, gemessen an der Regelungsabsicht des Gesetzgebers und der gesetzesimmanenten Zwecke, planwidrig unvollständig ist. Das kann ausnahmsweise auch dann der Fall sein, wenn das Gesetz zwar eine nach ihrem Wortlaut anwendbare Regelung enthält, diese aber nach ihrem Sinn und Zweck nicht passt oder sich in dem System, in dem sie als Teil enthalten ist, als Fremdkörper erweist (vgl. BSG, Urteil vom 21.10.1998, Az. B 9 V 7/98 R). Solche Systemwidrigkeiten können auch nachträglich durch Gesetzesänderungen eintreten. 21

a. 22

Nach dem durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG) vom 26.03.2007 (BGBl. I S. 378) mit Wirkung vom 01.01.2009 neu eingefügten Absatz 5 a des § 5 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) ist der Kläger als Bezieher von Leistungen nach dem SGB II von der Versicherungspflicht gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 2 a SGB V ausgenommen, weil er unmittelbar vor dem Bezug von ALG II privat krankenversichert war. Der Kläger ist also im Gegensatz zur bis dahin geltenden Rechtslage nicht mehr automatisch über den Bezug von Leistungen nach dem SGB II in der gesetzlichen Krankenkasse (GKV) pflichtversichert. Auch ein freiwilliger Beitritt in die gesetzliche Krankenversicherung ist dem Kläger gemäß § 9 Abs.1, Abs.2 SGB V nicht möglich. Die privaten Krankenversicherungsunternehmen sind vor diesem Hintergrund seit dem 01.01.2009 gemäß § 193 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) zur Bereitstellung eines uneingeschränkten Versicherungsschutzes (Basistarif) verpflichtet, der den Umfang und das Leistungsangebot der gesetzlichen Krankenversicherung hat. Gemäß § 12 Abs. 1c S. 1 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) darf der Beitrag für diesen Basistarif ohne Selbstbehalt den Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigen. Dieser Höchstbeitrag errechnet sich nach den Vorgaben des § 12 Abs. 1c S. 1 2. Halbsatz VAG und betrug vorliegend bei der D-Versicherung im streitgegenständlichen Zeitraum für die Krankenversicherung 569,63 Euro. Entsteht allein durch die Zahlung dieses Beitrags im Basistarif beim Versicherten Hilfebedürftigkeit, vermindert sich der Beitrag nach § 12 Abs. 1 c Satz 4 VAG um die Hälfte. Dies gilt nach § 12 Abs. 1 c Satz 6 1. Halbsatz VAG auch, wenn unabhängig von der Beitragszahlung Hilfebedürftigkeit besteht. Der Kläger, der ohne Einkommen und damit auch unabhängig von der Beitragspflicht zur Kranken- und Pflegeversicherung hilfebedürftig ist, ist seit dem 01.09.2009 im Basistarif versichert. Der 23

halbierte Tarif, der dementsprechend für den Kläger anfällt, beträgt 284,81 Euro für die Krankenversicherung.

b.

24

Der Regelung des § 26 SGB II lässt sich grundsätzlich entnehmen, dass der Grundsicherungsträger die Sozialversicherungsbeiträge des Hilfebedürftigen als Leistung übernimmt. Die Höhe des Beitragszuschusses für Leistungsbezieher, die in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht versicherungspflichtig und nicht familienversichert sind (und damit für den Kläger) ergibt sich dabei aus der ebenfalls mit Wirkung zum 01.01.2009 neu geregelten Vorschrift des § 26 Abs. 2 SGB II. Für Versicherte in der privaten Krankenversicherung (PKV) wird insoweit in § 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB II auf § 12 Abs. 1c S. 5 und 6 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) Bezug genommen. Daraus ergibt sich, dass im Fall des Bezugs von Leistungen nach dem SGB II und gleichzeitig unabhängig von der Höhe des Beitrags zur PKV bestehender Hilfebedürftigkeit der vom Leistungsempfänger gegenüber der PKV geschuldete Beitrag für den Basisstarif um die Hälfte zu reduzieren ist. Dabei zahlt der Grundsicherungsträger nach der ausdrücklichen Regelung in § 12 Abs. 1c S. 6 2. Halbsatz VAG aber nur den Beitrag als Zuschuss an den Hilfebedürftigen, der auch für einen Bezieher von Leistungen nach dem SGB II in der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen ist. Nach den Beitragsregelungen des SGB V bemisst sich dieser Beitrag nach den beitragspflichtigen Einnahmen (§ 223 Abs. 2 S. 1 SGB V). Für Bezieher von ALG II gilt gemäß § 232 a Abs. 1 Nr. 2 SGB V der 30. Teil des 0,345fachen der monatlichen Bezugsgröße als beitragspflichtige Einnahme. Die monatliche Bezugsgröße beläuft sich gemäß § 18 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Viertes Buch - Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung - (SGB IV) in Verbindung mit § 2 Abs. 1 der Sozialversicherungs-Rechengrößenverordnung 2009 auf 2.520,00 Euro bis zum 31.12.2009, ab dem 01.01.2010 auf 2.555,00 Euro (Sozialversicherungs-Rechengrößenverordnung 2010). Für ALG-II-Bezieher sind danach für 2009 beitragspflichtige Einnahmen in Höhe von 869,40 EUR monatlich zugrunde zu legen ($2.520,00 \times 0,345$), ab 2010 Einnahmen in Höhe von 881,45 Euro. Anzuwenden ist gemäß § 246 SGB V der ermäßigte Beitragssatz des § 243 SGB V. Dieser beträgt seit dem 01.07.2009 14,3 Prozent (§ 2 GKV-Beitragssatzverordnung in der Fassung vom 02.03.2009). Es errechnet sich somit ein für Bezieher von ALG II in der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragender Beitrag für das Jahr 2009 in Höhe von 124,32 Euro ($869,40 \text{ EUR} \times 14,3\%$) bzw. ab dem Jahr 2010 in Höhe von 126,05 Euro. Dies entspricht dem von der Antragsgegnerin bewilligten Zuschuss zur Krankenversicherung.

25

c.

26

Nach dem Wortlaut der gesetzlichen Regelungen hat der Bezieher von ALG II den Differenzbetrag danach allerdings selbst zu tragen. Bezüglich des Klägers ergibt sich insoweit eine Deckungslücke von pro Monat 160,49 Euro (2009) bzw. 164,57 Euro (2010) in Bezug auf die Krankenversicherung. Diese ungedeckten Beiträge kann der Leistungsbezieher mangels Einkommens aber nur aus der Regelleistung bestreiten. In der Regelleistung sind nach der Konzeption des SGB II die Kosten der Kranken- und Pflegeversicherung jedoch nicht enthalten. Nach § 20 Abs. 1 SGB II umfasst die Regelleistung insbesondere Ernährung, Kleidung, Körperpflege, Hausrat, Haushaltsenergie, Bedarfe des täglichen Lebens sowie in vertretbarem Umfang auch Beziehungen zur Umwelt und eine Teilnahme am kulturellen Leben. Zwar werden zudem auch Aufwendungen für die Gesundheitspflege erfasst, allerdings nur solche, die ein Versicherter nach dem SGB V selbst tragen muss, etwa Kosten für Praxisgebühr, Zuzahlungen und nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel (vgl. BT-Drucks. 15/1516 Seite 56; Spellbrink in: Eicher/Spellbrink, 2. Auflage 2008, § 20 Rn. 29).

27

Damit sind die im vorliegenden Fall anfallenden Aufwendungen des Klägers für die Krankenversicherungsbeiträge aber von der Regelleistung gerade nicht umfasst (vgl. Landessozialgericht Baden-Württemberg, Beschluss vom 16.09.2009, Az. L 3 AS 3934/09 ER-B, SG Karlsruhe, Urteil vom 10.08.2009, Az. S 5 AS 2121/09).

Auch der Gesetzesbegründung zur Neufassung von § 12 Abs. 1c VAG lässt sich nicht entnehmen, dass die Deckungslücke durch die Regelleistung aufgefangen werden soll. In der Begründung hierzu wird in BT-Drucks. 16/4247 S. 69 ausgeführt, § 12 Abs. 1c Satz 6 VAG stelle klar, dass die Halbierung des Beitrags im Basistarif bei Entstehen oder Vorliegen von Hilfebedürftigkeit greife. Es bleibe bei der vorgesehenen Beteiligung der Grundsicherungsträger und der vorgesehenen Begrenzung möglicher finanzieller Belastungen der Versicherungsunternehmen in diesen Fällen. Dem gesamten Konzept des Basistarifs ist aber zu entnehmen, dass in erster Linie die Bezahlbarkeit des Krankenversicherungsschutzes gewährleistet werden sollte. Eben aus diesem Grund darf dessen Beitrag zum einen den durchschnittlichen GKV-Höchstbeitrag nicht überschreiten, zum anderen wird geregelt, dass dann, wenn die Bezahlung eines solchen Beitrags Hilfebedürftigkeit im Sinne von SGB II oder SGB XII auslöst, sogar eine Halbierung dieses Basistarifs erfolgen muss. Eine ausdrückliche Auseinandersetzung mit der Frage, in welcher Weise und aus welchen Mitteln Bezieher von Leistungen nach dem SGB II den immer noch bestehenden Differenzbetrag aufzubringen hätten und ob dies mit Mitteln aus der Regelleistung der Fall sein soll, hat aber nicht stattgefunden

d. 29

Die Kammer ist hiernach der Überzeugung, dass die Deckungslücke in den Beitragszahlungen der privat Krankenversicherten jedenfalls eine Systemwidrigkeit im Gefüge des SGB II darstellt, bei der Schaffung der Regelungen nicht in dieser Konsequenz gesehen wurde (vgl. LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 30.06.2009, Az.: L 2 SO 2529/09 ER-B; SG Gelsenkirchen, Beschluss vom 02.10.2009, Az.: S 31 AS 174/09 ER; SG Bremen, Beschluss vom 21.12.2009, Az. S 23 AS 2415/09 ER; SG Karlsruhe, Urteil vom 10.08.2009, Az. S 5 AS 2121/09; SG Stuttgart, Beschluss vom 13.08.2009, Az. S 9 AS 5003/09 ER; a.A.: LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 18.01.2010, Az. L 34 AS 2001/09 B ER; LSG Hamburg, Beschluss vom 19.01.2010, L 5 AS 34/10 B ER; LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss vom 03.12.2009, Az. L 15 AS 1048/09 B ER, das die Regelung insgesamt für verfassungswidrig hält; SG Köln, Beschluss vom 07.01.2010, Az. S 14 AS 256/09 ER; SG Berlin, Beschluss vom 27.11.2009, Az. S 37 AS 31127/09; SG Dresden, Beschluss vom 18.09.2009, Az. S 29 AS 4051/09 ER; offen gelassen: LSG Bayern, Beschluss vom 29.01.2010, Az. L 16 AS 27/10 B ER; LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 29.01.2010, Az. L 7 B 449/09 AS ER; SG Hildesheim, Beschluss vom 23.07.2009, Az. S 43 AS 730/09 ER).

Dass es ausdrückliche Absicht des Gesetzgebers war, eine solche Rechtslage zu schaffen, belegen dabei auch nicht die nachfolgenden Debatten im Bundestag (vgl. Parlamentsprotokoll der 230. Sitzung der 16. Wahlperiode am 2. Juli 2009 zu Tagesordnungspunkt 45, 25925 – 25929), da die Regelungen zu diesem Zeitpunkt schon in Kraft waren und nur über deren Auswirkungen debattiert wurde (a.A.: SG Köln, Beschluss vom 07.01.2010, Az. S 14 AS 256/09 ER).

2. 32

Solche Systemwidrigkeiten und die dadurch entstandenen Regelungslücken können durch Übertragung einer für einen anderen Tatbestand im Gesetz festgelegten Rechtsfolge

geschlossen werden. Das setzt voraus, dass der lückenhaft geregelte Sachverhalt dem geregelten ähnlich ist und deshalb rechtlich gleichbehandelt werden muss und der Gesetzgeber, hätte er die Regelungslücke erkannt, die gebotene Regelung auch getroffen hätte (vgl. BSG, Urteil vom 21.10.1998, Az. B 9 V 7/98 R). Eine Gleichsetzung von Sachverhalten darf jedoch dann nicht erfolgen, wenn dadurch die Regelungsabsicht des Gesetzgebers vereitelt werden würde.

Nach dem Bedarfsdeckungsgrundsatz des SGB II hat der Hilfebedürftige das Recht auf ausreichende persönliche Hilfe (vgl. Brünner in: LPK-SGB II, 3. Auflage 2009, § 20 Rn. 30 ff.). Auch direkt aus Art. 1 Abs. 1 Grundgesetz (GG) in Verbindung mit Art. 20 Abs. 1 GG ist der Staat verpflichtet, dem mittellosen Bürger die Mindestvoraussetzungen für ein menschenwürdiges Dasein durch Sozialleistungen zu sichern. Hierzu gehört auch die Sicherstellung einer ausreichenden medizinischen Versorgung (BVerfG, Beschluss vom 31. Oktober 1984, Az. 1 BvR 35/82; BSG, Urteil vom 22 April 2008, Az. B 1 KR 10/07 R). Vor diesem Hintergrund ist es nach Ansicht der Kammer sachgerecht, zur Schließung der planwidrigen Regelungslücke die Vorschrift des § 26 Abs. 2 Nr. 2 SGB II heranzuziehen. Nach dieser Vorschrift wird für Bezieher von Leistungen nach dem SGB II, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, für die Dauer des Leistungsbezugs der volle Beitrag übernommen. Eine betragsmäßige Begrenzung des Zuschusses zu den Beiträgen ist damit für diesen Personenkreis nicht vorgesehen, anders als in den Vorschriften der § 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB II, § 12 Abs. 1c Satz 5 und 6 VAG geregelt. Einen sachlichen Grund für diese Differenzierung kann die Kammer nicht erkennen, da die Interessenlage von privat krankenversicherten und freiwillig gesetzlich krankenversicherten Beziehern von Leistungen nach dem SGB II identisch ist. Beide Personengruppen müssen mangels Versicherungspflicht oder Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung selbst für den Fall der Krankheit vorsorgen (vgl. SG Karlsruhe, Urteil vom 10.08.2009, Az. S 5 AS 2121/09). Angesichts dessen hätte der Gesetzgeber bei Erkennen der Systemwidrigkeit der Regelung die Übernahme der Beiträge von Beziehern von Leistungen nach dem SGB II, die bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, zur Überzeugung der Kammer mutmaßlich ähnlich geregelt wie bei Leistungsbeziehern, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Ob dies in näherer Zukunft passiert, wird abzuwarten bleiben. Es erscheint der Kammer bis dahin in Übereinstimmung mit dem SG Karlsruhe (Urteil vom 10.08.2009, Az. S 5 AS 2121/09) aber möglich und geboten, die nach ihrem Wortlaut auf freiwillig Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung zugeschnittene Vorschrift des § 26 Abs. 2 Nr. 2 SGB II hier entsprechend anzuwenden und auf diese Weise der Regelungsabsicht des Gesetzgebers (Krankenversicherungsschutz der Bezieher von Arbeitslosengeld II ohne Beitragstragung aus der Regelleistung) gerecht zu werden.

Hieran vermag auch die Regelung des § 206 Abs. 1 Satz 1 VVG nichts zu ändern. Zwar ist danach jede Kündigung einer Krankheitskostenversicherung, die – wie hier - eine Pflicht nach § 193 Abs. 3 Satz 1 VVG zur Aufrechterhaltung einer solchen Versicherung erfüllt, durch den Versicherer ausgeschlossen. Dies gilt auch im Falle von Beitragsrückständen. Hierfür ist grundsätzlich ein Ruhen des Leistungsanspruchs vorgesehen (§ 193 Abs. 6 VVG). Steht der Leistungsberechtigte im Bezug von Leistungen nach dem SGB II – wie hier der Kläger – gilt dies aber nicht. Der Kläger verliert seinen Krankenversicherungsschutz aufgrund der eindeutigen gesetzlichen Regelung also nicht. Dennoch kann der Kläger nicht darauf verwiesen werden, sich rechtsuntreu zu verhalten und gegen seine gesetzliche Verpflichtung zur Aufrechterhaltung ihrer privaten Kranken- und Pflegeversicherung zu gesetzlich festgelegten Beiträgen zu verstoßen (vgl. LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss vom 03.12.2009, Az. L 15 AS 1048/09 B ER).

3.	36
Hiernach ist die Beklagte bei analoger Anwendung der Vorschrift des § 26 Abs. 2 Nr. 2 SGB II zur Übernahme der vollen tatsächlichen Beiträge des Klägers zu seiner Krankenversicherung verpflichtet. Der Kläger hat somit einen Anspruch auf Übernahme des vollen Beitrags zur Krankenversicherung in Höhe von 284,81 Euro monatlich im Jahr 2009 bzw. ab 01.01.2010 auf 290,62 Euro monatlich. Allerdings war der Kläger erst ab dem 01.09.2009 wieder krankenversichert, so dass ein höherer Zuschuss für die Zeit vom 24.07.2009 bis 31.08.2009 - obgleich die Beklagte auch für diesen Zeitraum Zuschüsse zur privaten Krankenversicherung gewährt hat - nicht in Frage kommt. Die Beklagte hat somit im Zeitraum vom 01.09.2009 bis 31.12.2009 über den bereits gewährten Betrag von 124,32 Euro weitere 160,49 Euro als Zuschuss zur Krankenversicherung zu bewilligen, im Zeitraum 01.01.2010 bis 31.01.2010 weitere 164,57 Euro.	37
4.	38
Der Anspruch auf Übernahme der Beiträge zur privaten Pflegeversicherung ergibt sich aus § 26 Abs. 3 Satz 1 SGB II. Danach werden für Bezieher von Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld, die in der sozialen Pflegeversicherung nicht versicherungspflichtig und nicht familienversichert sind, für die Dauer des Leistungsbezugs die Aufwendungen für eine angemessene private Pflegeversicherung im notwendigen Umfang übernommen. Da der Kläger in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungsfrei ist, besteht für die Zeit des Leistungsbezugs auch keine Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung, § 20 Abs. 1 S 1 Sozialgesetzbuch Elftes Buch - Soziale Pflegeversicherung - (SGB XI). Nach § 26 Abs. 3 S. 1 SGB II werden dabei die Aufwendungen für eine angemessene private Pflegeversicherung im notwendigen Umfang übernommen. In Anwendung von § 110 Abs. 2 S. 3 bis 5 SGB XI, § 12 Abs. 1 Nr. 2 lit.e VAG und der Berechnungsvorschriften in § 57 Abs. 2, 55 Abs. 1 S. 1 SGB XI errechnen sich für Bezieher von Leistungen nach dem SGB II für das Jahr 2009 Beiträge in Höhe von 17,79 Euro bzw. für das Jahr 2010 in Höhe von 18,04 Euro. Dies entspricht dem von der Antragsgegnerin bewilligten Zuschuss.	39
Unter Bezugnahme auf die Ausführungen unter 1.) und 2.) ist jedoch auch hier der tatsächliche Beiträge bis zur Höhe der Beiträge im Basistarif vom Grundsicherungsträger zu übernehmen. Der Tarif zur Pflegeversicherung des Klägers betrug bis zum 31.12.2009 monatlich 35,83 Euro, ab dem 01.01.2010 monatlich 36,56 Euro. Die Beklagte hat auch insoweit für den Zeitraum vom 01.09.2009 (vorher war er gar nicht versichert) bis 31.12.2009 über den bereits gewährten Betrag von 17,79 Euro weitere 18,04 Euro, und vom 01.01.2010 bis 31.01.2010 über den gewährten Betrag von 18,04 Euro weitere 18,52 als Zuschuss zu bewilligen.	40
5.	41
Insgesamt ergibt sich daher im Zeitraum vom 01.09.2009 bis 31.12.2009 ein weiterer Anspruch des Klägers in Höhe von von $(160,49 + 18,04 =)$ 178,53 Euro monatlich, im Zeitraum vom 01.01.2010 bis 31.01.2010 ein weiterer Betrag von $(164,57 + 18,52 =)$ 183,09 Euro, der jeweils als Zuschuss zu gewähren ist.	42
Die Kostenentscheidung folgt aus § 193 SGG und berücksichtigt, dass der Kläger nach dem Klageantrag höhere Leistungen auch für die Zeit vom 24.07.2009 bis 31.08.2009 begehrt hat. Er hat damit höhere Leistungen im Wert von insgesamt $(6 \times 178,53 + 178,53 \cdot 30 \times 7 =)$ 1.112,84 beantragt. Erfolgreich war die Klage im Umfang von $(4 \times 178,53 + 183,09 =)$ 897,21 Euro. Die Quote von 4/5 entspricht dem danach vorliegenden Verhältnis von Obsiegen und	43

Verlieren.

Die Berufung ist zulässig, da die Berufungssumme von 750,00 Euro (§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG) erreicht wird. Die Beklagte ist nach dem Tenor in Höhe von insgesamt 897,21 Euro beschwert.