

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Verkündet am
21. Dezember 2011

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: B 12 KR 22/09 R

L 9 KR 69/08 (LSG Berlin-Brandenburg)
S 36 KR 442/06 (SG Berlin)

.....,

vertreten durch das Bezirksamt,

Kläger und Revisionsbeklagter,

Prozessbevollmächtigter:

.....,

g e g e n

AOK Nordost - Die Gesundheitskasse,
Behlerstraße 33 A, 14467 Potsdam,

Beklagte und Revisionsklägerin,

beigeladen:

1. Pflegekasse bei der AOK Nordost - Die Gesundheitskasse,
Wilhelmstraße 1, 10963 Berlin,
2. Land Berlin,
vertreten durch das Bezirksamt,
3. Land Berlin,
vertreten durch die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales,
Oranienstraße 106, 10969 Berlin.

Der 12. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 21. Dezember 2011 durch den Vorsitzenden Richter Dr. K r e t s c h m e r , den Richter Dr. B e r n s d o r f f und die Richterin H ü t t m a n n - S t o l l sowie den ehrenamtlichen Richter H e h r und die ehrenamtliche Richterin H e s s e für Recht erkannt:

Auf die Revision der Beklagten wird das Urteil des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg vom 12. November 2008 aufgehoben.

Die Sache wird zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurückverwiesen.

G r ü n d e :

I

- 1 Die Beteiligten streiten über die Höhe der Beiträge zur freiwilligen Krankenversicherung, die für einen Bezieher von Leistungen nach dem SGB XII zu zahlen sind, der in einer vollstationären Pflegeeinrichtung lebt.
- 2 Der 1927 geborene, während des Revisionsverfahrens verstorbene Kläger, der im Jahr 1996 in der sozialen Pflegeversicherung der Pflegestufe II zugeordnet wurde, lebte in einer vollstationären Pflegeeinrichtung und bezog vom Land Berlin (Beigeladener zu 2., vertreten durch ein Sozialamt) Leistungen nach dem SGB XII. Er stand unter Betreuung (durch eine Berliner Betreuungsbehörde) und war bei der Rechtsvorgängerin der beklagten AOK (im Folgenden vereinfachend: Beklagte), deren Aufsichtsbehörde der Beigeladene zu 3. (vertreten durch die zuständige Senatsverwaltung) ist, freiwillig krankenversichert. Von den Heimkosten, die sich bis Ende 2006 auf 3539,58 Euro monatlich beliefen, trugen die Rechtsvorgängerin der zu 1. beigeladenen Pflegekasse 1279 Euro und der Sozialhilfeträger 2260,58 Euro (insoweit für Kosten der Unterkunft <KdU> und Verpflegung 508,50 Euro, für "Investitionskosten" 447,60 Euro, ferner "Pflegevergütung" und "Freihalteentgelte"); vom Sozialhilfeträger erhielt der Kläger zudem einen Barbetrag ("Taschengeld") von 89,70 Euro monatlich (ab 1.1.2007: 93,15 Euro).
- 3 Bis Ende Dezember 2004 hatte der Beitrag des Klägers zur freiwilligen Krankenversicherung 122,19 Euro monatlich betragen, wobei die Beklagte der Bemessung nach § 240 Abs 1 SGB V den 3,2-fachen Sozialhilfe-Regelsatz für Haushaltsvorstände nach § 22 Bundessozialhilfegesetz - BSHG - (= 947,20 Euro) zugrunde gelegt hatte. Diese pauschalisierte Beitragsbemessung erfolgte auf der Grundlage einer Vereinbarung vom 24.1.2002, die in Berlin

vertretene Krankenkassenverbände mit dem Land Berlin geschlossen hatten. Entsprechendes war bis 31.12.2004 in § 19 Abs 6 der Satzung der Beklagten geregelt. Nach Kündigung der Vereinbarung durch das Land Berlin strich die Beklagte die Satzungsregelung zum 1.1.2005.

- 4 Nachdem die Beklagte dem Kläger im Januar 2005 mitgeteilt hatte, die Beitragsberechnung werde künftig anhand der tatsächlichen Einnahmen vorgenommen, setzte sie rückwirkend zum 1.1.2005 die zur freiwilligen Krankenversicherung zu zahlenden Beiträge auf 337,78 Euro monatlich fest (*Bescheid vom 15.6.2005*). Die Beitragsbemessung ging von monatlichen Einnahmen von 2618,38 Euro aus (2236,10 Euro Leistungen des Sozialhilfeträgers zuzüglich "fiktiver" Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung). Rückwirkend zum 1.1.2005 forderte die Beklagte Krankenversicherungsbeiträge in Höhe von 157,98 Euro monatlich nach (*Bescheid vom 4.11.2005*); dazu legte sie nun 1224,59 Euro als monatliches Einkommen zugrunde, welches sie aus Einzelposten unter Berücksichtigung der mit der Pflegeeinrichtung vereinbarten Tagessätze errechnete (KdU und Verpflegung = 508,50 Euro <16,95 Euro x 30>; "Investitionskosten" = 447,60 Euro <14,92 Euro x 30>; Barbetrag = 89,70 Euro; fiktive Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung = 178,79 Euro).
- 5 Den Widerspruch des Klägers, der geltend machte, die unmittelbar an die Pflegeeinrichtung fließenden Beträge dürften nicht verbeitragt werden, wies die Beklagte unter Hinweis auf § 19 Abs 1 ihrer Satzung, wonach der Beitragsbemessung "alle Einnahmen und Geldmittel, die für den Lebensunterhalt verbraucht werden ... könnten", unterliegen, zurück (*Widerspruchsbescheid vom 14.2.2006*).
- 6 Im anschließenden Klageverfahren hat der Kläger sich darauf gestützt, bei der Beitragsbemessung dürften nur der sozialhilferechtliche Regelsatz (276 Euro), die KdU (339,25 Euro) sowie der Barbetrag (89,70 bzw 93,15 Euro) in Ansatz gelangen, nicht aber die zweckbestimmten Leistungen, welche seinen behinderungs- bzw pflegebedingten Mehraufwand ausglich.
- 7 Rückwirkend zum 1.1.2007 setzte die Beklagte die Krankenversicherungsbeiträge auf 158,50 Euro monatlich fest (*Bescheid vom 29.3.2007*) und ging nun von monatlichen Einnahmen von 1228,63 Euro aus (KdU und Verpflegung = 508,50 Euro <16,95 Euro x 30>; "Investitionskosten" = 447,60 Euro <14,92 Euro x 30>; Barbetrag = 93,15 Euro; fiktive Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung = 179,38 Euro).
- 8 Das SG hat die Bescheide für die darin mit Rückwirkung erfassten Zeiträume vom 1.1. bis 15.6.2005 sowie vom 1.1. bis 29.3.2007 aufgehoben und die Klage für die darüber hinausgehende Zeit abgewiesen (*Urteil vom 13.12.2007*). Auf die Berufung des Klägers hat das LSG auch die Beitragsfestsetzung der Beklagten für die Zeit ab 16.6.2005 aufgehoben: Die Beiträge dürften nur nach der Mindestregelung des § 240 Abs 4 S 1 SGB V (2005: 805 Euro; 2006 und 2007: 816 Euro; 2008: 828 Euro monatlich) bemessen werden. Da weder das Gesetz noch die

Satzung der Beklagten die sich ergebenden Schwierigkeiten bei der Bestimmung der maßgeblichen Einnahmehöhe freiwillig krankenversicherter Sozialhilfeempfänger in Pflegeheimen erfassten, greife die gesetzliche Auffangregelung über die Mindestbeitragsbemessung ein. Das BSG sehe insoweit eine Generalklausel in der Satzung als ausreichend für die beitragsmäßige Heranziehung der in ständiger Rechtsprechung anerkannten Einnahmen zum Lebensunterhalt an. Für die Erfassung darüber hinausgehender Einnahmen bedürfe es nach der Rechtsprechung des BSG dagegen einer speziellen, durch § 240 Abs 1 S 1 SGB V legitimierten Satzungsregelung, wenn die Feststellung der beitragspflichtigen Einnahmen auf erhebliche Schwierigkeiten stoße, sich hierfür verschiedene Berechnungsweisen anböten oder eindeutige gesetzliche Bewertungsmaßstäbe fehlten. Abgrenzungsprobleme bestünden nach dieser zu Leistungen nach dem BSHG ergangenen Rechtsprechung - die aber auf die Rechtslage unter Geltung des SGB XII zu übertragen sei - insbesondere für die Beitragsbemessung bei in Heimen lebenden freiwillig versicherten Sozialhilfeempfängern; für diese sei eine - hier fehlende - besondere Bewertungs- oder Einschätzungsentscheidung in der Satzung der Krankenkasse nötig. Die Berechnungsschwierigkeiten seien vorliegend dadurch gekennzeichnet, dass Krankenkassen und Land Berlin sich nicht über die Bemessungsgrundlagen hätten einigen können und dass der Leistungsbezug des Klägers - der faktisch über den ihm zugewandten Barbetrag hinaus selbst wirtschaftlich nicht leistungsfähig sei - auf verschiedenen Rechtsgrundlagen beruhe (*Urteil vom 12.11.2008*).

- 9 Mit ihrer Revision rügt die beklagte AOK die Verletzung von § 240 Abs 1 SGB V sowie von § 27 Abs 1, § 35 Abs 1 und § 42 S 1 Nr 1 bis 3 SGB XII. Die vom LSG unterstellten Berechnungsschwierigkeiten bei der Abgrenzung von beitragspflichtiger Hilfe zum Lebensunterhalt und (zweckgebundenen) beitragsfreien Hilfen zum Ausgleich besonderer Defizite des Betroffenen, die eine über § 19 Abs 1 der Satzung hinausgehende spezielle Satzungsregelung für den hier betroffenen Personenkreis erfordern könnten, bestünden unter Geltung des SGB XII nicht mehr. Schon aus der im Dritten Kapitel des SGB XII vorgenommenen Zuordnung der Kosten für die Heimunterbringung zu den "Hilfen zum notwendigen Lebensunterhalt" ergebe sich vielmehr, dass die übernommene volle Vergütung für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskostenanteil durch den Beigeladenen zu 2. bei der Beitragsbemessung zu berücksichtigen sei. Die gesetzliche Zuordnung zur Hilfe zum Lebensunterhalt sei allerdings nicht auf Leistungen im Umfang der Grundsicherung nach § 42 S 1 Nr 1 bis 3 SGB XII beschränkt. § 35 Abs 1 S 2 SGB XII stehe dem nicht entgegen, weil er nur der Pauschalierung und Verwaltungsvereinfachung diene. Übernahme der Sozialhilfeträger - wie hier - höhere Kosten zur bedarfsgerechten Unterbringung als den Betrag nach § 42 S 1 Nr 2 SGB XII, setze er sich über die "Entsprechung" hinweg, sodass die gewährten Leistungen insgesamt voll beitragspflichtig seien. Dieses Ergebnis werde durch die historisch-systematische Auslegung des § 35 Abs 1 SGB XII und durch den Charakter der Leistungen des Beigeladenen zu 2. als dem Lebensunterhalt dienende Sachleistungen im sozialhilferechtlichen Dreiecksverhältnis bestätigt. Für die Zeit ab 1.1.2009 lege auch der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in

seinen "Einheitlichen Grundsätzen zur Beitragsbemessung ..." vom 27.10.2008 bei der Beitragsbemessung von Sozialhilfeempfängern in stationären Einrichtungen ein Vielfaches - nämlich das 3,6-fache - des Regelsatzes für den Haushaltsvorstand (3,6 x 351 = 1263 Euro) zugrunde und gehe damit auch über die Leistungen der Grundsicherung nach § 35 Abs 1 S 2 iVm § 42 S 1 Nr 1 bis 3 SGB XII hinaus. Unbeschadet dessen sei ausschlaggebend, dass § 240 Abs 1 SGB V die Berücksichtigung der "gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit" des freiwillig Versicherten fordere. Die Leistungsfähigkeit des Klägers verkörpere sich auch in den vom Sozialhilfeträger übernommenen Heimkosten, weil diese einen hinreichenden Bezug zur Bestreitung des Lebensunterhalts des Betroffenen hätten. Das BSG habe im Übrigen das Merkmal der "Zweckbindung" von Leistungen in seiner jüngeren Rechtsprechung relativiert und lasse inzwischen für Leistungen, die die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit charakterisierten, den bloßen Bezug zur Bestreitung des Lebensunterhalts ausreichen.

- 10 Die Beklagte beantragt,
das Urteil des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg vom 12. November 2008 aufzuheben und die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 13. Dezember 2007 zurückzuweisen.
- 11 Der Kläger beantragt,
die Revision zurückzuweisen.
- 12 Er folgt dem LSG-Urteil.
- 13 Der Beigeladene zu 3. beantragt,
die Revision der Beklagten zurückzuweisen.
- 14 Er hält das Urteil (nur) im Ergebnis für zutreffend. Die vom LSG unterstellten Abgrenzungsprobleme bestünden bei zutreffender Würdigung der Systematik des Leistungsrechts des SGB XII nicht. Nach § 35 Abs 1 S 2 SGB XII entspreche der notwendige Lebensunterhalt in stationären Einrichtungen - nach dem Willen des Gesetzgebers angesichts der in stationären Einrichtungen bestehenden faktischen Abgrenzungsschwierigkeiten pauschal zu betrachten - (nur) dem Umfang der Leistungen der Grundsicherung nach § 42 S 1 SGB XII. Allein an diese Pauschalierung dürfe die Beklagte daher auch für die Beitragsbemessung anknüpfen. Alle darüber hinausgehenden Leistungen der Sozialhilfe für Pflegeheimbewohner entsprächen den unter Geltung des BSHG nicht beitragspflichtigen Hilfen in besonderen Lebenslagen, seien hier zur Abdeckung eines besonderen Pflegebedarfs erfolgt und wirkten sich daher nicht beitrags erhöhend aus. Grundpauschale und Investitionspauschale im Rahmen der Heimkosten seien keine Leistungen zum Lebensunterhalt des Klägers; die dafür einschlägigen §§ 75 ff SGB XII beträfen nur das Verhältnis zwischen Einrichtungsträger und Sozialhilfeträger.

15 Die Beigeladenen zu 1. und zu 2. stellen keine Anträge.

II

16 Die zulässige Revision der beklagten Krankenkasse ist lediglich im Sinne der Aufhebung des LSG-Urteils und der Zurückverweisung der Sache an das LSG zur erneuten Verhandlung und Entscheidung erfolgreich (§ 170 Abs 2 S 2 SGG).

17 1. Gegenstand des Revisionsverfahrens ist (nur noch) die vom Kläger beanstandete Festsetzung seiner Beiträge in der freiwilligen Krankenversicherung beginnend am 16.6.2005, die nur bis zum 12.11.2008 zu überprüfen ist (mit Ausnahme der Zeit vom 1.1.2007 bis 29.3.2007).

18 Die Beklagte erließ mit Wirkung vom 1.1.2005 als Ausgangspunkt des Rechtsstreits den Beitragsbescheid vom 15.6.2005 und änderte ihn im Widerspruchsverfahren mit - nach § 86 SGG Verfahrensgegenstand gewordenem - Bescheid vom 4.11.2005 hinsichtlich der Beitragshöhe; den Widerspruch wies sie mit Widerspruchsbescheid vom 14.2.2006 zurück. In der Folgezeit erging darüber hinaus der Bescheid vom 29.3.2007 (Beitragsbemessung ab 1.1.2007), der nach § 96 SGG Gegenstand des Rechtsstreits geworden ist. Die von der Beklagten für die Zeiträume vom 1.1.2005 bis 15.6.2005 und vom 1.1.2007 bis 29.3.2007 vorgenommene Beitragsfestsetzung hat das SG rechtskräftig aufgehoben, soweit sie über Beträge hinausgeht, die der Kläger vor den genannten Zeiträumen zuletzt schuldete. Da das Urteil des SG nicht von der insoweit unterlegenen Beklagten - sondern nur vom Kläger - mit der Berufung angegriffen worden ist, wurde diese Beitragsfestsetzung rechtskräftig, sodass darüber im Revisionsverfahren nicht mehr zu befinden ist.

19 Die gerichtliche Überprüfung der Beitragsfestsetzung endet bei Verwaltungsakten mit Dauerwirkung - auch soweit sie nach § 96 SGG Verfahrensgegenstand geworden sind - mit dem Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung in den Tatsacheninstanzen (*vgl BSGE 61, 203, 205 = SozR 4100 § 186a Nr 21 S 55; Keller in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 9. Aufl 2008, § 54 RdNr 33a mwN*). Das war hier der 12.11.2008.

20 2. Die von der Beklagten für den streitigen Zeitraum vorgenommene Festsetzung der Beiträge des Klägers zur freiwilligen Krankenversicherung ist rechtswidrig und verletzte ihn in seinen Rechten. Das LSG - das ebenfalls zu diesem Ergebnis gelangt ist - hat sich bei seiner Überprüfung der Sach- und Rechtslage im Berufungsverfahren allerdings von unzutreffenden rechtlichen Erwägungen leiten lassen und könnte unter Zugrundelegung der Auffassung des Senats möglicherweise zu anderen Berechnungen gelangen, die zum Nachteil der Klägerseite

(bzw des Beigeladenen zu 2.) eine über die jeweiligen Mindestbeiträge hinausgehende Beitragsfestsetzung ergeben könnten. Der Senat hält es daher mit Rücksicht auf im Revisionsverfahren derzeit nicht zu überschauende Unwägbarkeiten für untunlich, iS von § 170 Abs 2 S 2 SGG selbst abschließend über die angefochtene Beitragsfestsetzung der Beklagten zu befinden. Dies führt zur Zurückverweisung der Sache an das LSG zur erneuten Verhandlung und Entscheidung.

- 21 a) Die Beitragsbemessung der Krankenkassen für ihre freiwilligen Mitglieder richtet sich seit Inkrafttreten des Gesundheits-Reformgesetzes (*vom 20.12.1988, BGBl I 2477*) ab 1.1.1989 nach § 240 SGB V. Nach § 240 Abs 1 und 2 SGB V in der bis 31.12.2008 geltenden Fassung (*hier anzuwenden in der in den Jahren 2005 bis Ende 2008 geltenden Fassungen der Gesetze vom 24.12.2003 <BGBl I 2954>, vom 20.7.2006 <BGBl I 1706> und vom 26.3.2007 <BGBl I 378>; ab 1.1.2009 geändert durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26.3.2007, BGBl I 378*) wurde die Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder durch die Satzung der Krankenkasse geregelt (*Abs 1 S 1*), wobei sicherzustellen war, dass die Beitragsbelastung die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Mitglieds berücksichtigte (*Abs 1 S 2*). Die Satzung musste mindestens die Einnahmen des freiwilligen Mitglieds berücksichtigen, die bei einem vergleichbaren versicherungspflichtig Beschäftigten der Beitragsbemessung zugrunde zu legen waren (*Abs 2 S 1*). § 19 Abs 1 der Satzung der Beklagten lautete insoweit für den streitigen Zeitraum in der hier anwendbaren, bis zum 31.12.2008 geltenden Fassung wie folgt: "Zu den beitragspflichtigen Einnahmen freiwilliger Mitglieder gehören Arbeitsentgelt sowie alle Einnahmen und Geldmittel, die für den Lebensunterhalt verbraucht werden oder verbraucht werden könnten, (...). Als beitragspflichtige Einnahme gilt für den Kalendertag mindestens der 90. Teil der monatlichen Bezugsgröße. (...)"
- 22 Nach § 240 Abs 4 S 1 SGB V gilt als beitragspflichtige Einnahme für den Kalendertag mindestens der neunzigste Teil der monatlichen Bezugsgröße ("*Mindestbeitragsbemessungsgrundlage*"). Das Gesetz überließ danach - vorbehaltlich dieser gesetzlichen Regelung - für freiwillige Mitglieder der Krankenversicherung die Bestimmung der in der Krankenversicherung beitragspflichtigen Einnahmen bis Ende 2008 den Satzungen der Krankenkassen.
- 23 b) Ausgangspunkt der Festlegung der beitragspflichtigen Einnahme der freiwilligen Mitglieder im Einzelnen - wie derjenigen des Klägers - ist danach § 19 Abs 1 der Satzung der Beklagten. Die Satzung sah in der hier streitigen Zeit - anders als noch in § 19 Abs 6 der Satzung idF bis 31.12.2004 geregelt (*3,2-facher Sozialhilfe-Regelsatz für Haushaltsvorstände nach § 22 BSHG*) - eine spezielle Regelung für die Beitragsbemessung bei Sozialhilfeempfängern nicht (mehr) vor. Nach der Rechtsprechung des Senats (*zuletzt Urteil vom 27.1.2010 - B 12 KR 28/08 R = SozR 4-2500 § 240 Nr 13 RdNr 15 mwN; BSG SozR 4-2500 § 240 Nr 9 RdNr 12 mwN*) reichte die unter a) wiedergegebene Generalklausel in der Satzung aus, um neben den im Gesetz genannten beitragspflichtigen Einnahmen der versicherungspflichtigen Beschäftigten

auch andere Einnahmen der Beitragsbemessung zugrunde zu legen, die bereits in der ständigen Rechtsprechung des BSG als Einnahmen zum Lebensunterhalt anerkannt worden sind. Hierzu zählen zB auch laufende Leistungen der Sozialhilfe (so zum Recht der RVO bereits *BSGE 56, 101 = SozR 2200 § 180 Nr 15 und BSG SozR 2200 § 180 Nr 18*), Mehrbedarfe nach § 23 Abs 1 Nr 2 BSHG sowie der vom Sozialhilfeträger übernommene Krankenversicherungsbeitrag (so ebenfalls zum Recht der RVO bereits: *BSGE 64, 100 = SozR 2200 § 180 Nr 44, ferner BSG SozR 3-2500 § 240 Nr 12; BSGE 87, 228, 234 ff und Leitsatz 2 = SozR 3-2500 § 240 Nr 34 S 162 ff*). Maßgeblich für die Beitragsbemessung sind insoweit alle Einnahmen, die dem Versicherten bei einer anzulegenden wirtschaftlichen Betrachtungsweise zur Bestreitung seines Lebensunterhalts zur Verfügung stehen.

24 Allerdings hat der Senat in ständiger Rechtsprechung Leistungen von der Beitragsbemessung in der freiwilligen Krankenversicherung ausgenommen, die im Hinblick auf ihre besondere Zweckbestimmung den "Einnahmen" des Versicherten zum Lebensunterhalt im dargestellten Sinne nicht zugeordnet werden können. Das ist zB angenommen worden für Beschädigtengrundrenten nach dem Bundesversorgungsgesetz (*SozR 4-2500 § 240 Nr 9 und bereits BSGE 50, 243 = SozR 2200 § 180 Nr 5*), für die Witwenabfindung nach § 21 Beamtenversorgungsgesetz (*BSG SozR 4-2500 § 240 Nr 1*) sowie für die Sozialhilfeempfängern nach dem BSHG gewährte Hilfe in besonderen Lebenslagen (*BSGE 71, 237 = SozR 3-2500 § 240 Nr 12*). In Bezug auf Wohngeld hatte das BSG zwar noch unter Geltung der RVO ebenfalls eine Zweckbindung bejaht (*BSGE 64, 100 = SozR 2200 § 180 Nr 44*), diesen Gesichtspunkt aber unter Geltung des § 240 SGB V dahin modifiziert, dass zumindest eine Beitragserhebung auf der Grundlage von Satzungsregelungen erfolgen darf (*vgl BSGE 87, 228, 237 f = SozR 3-2500 § 240 Nr 34 S 164 f; vgl auch BSG SozR 3-2500 § 240 Nr 41 <Beitragspflicht einer privaten Unfallrente>*). Eine weitere Modifikation im Zusammenhang mit der Beitragsbemessung ergibt sich aus Folgendem: Für den Fall, dass die Feststellung der beitragspflichtigen Einnahmen auf erhebliche Schwierigkeiten stößt oder dass sich hierfür verschiedene Berechnungsweisen anbieten und dass dem Gesetz keine eindeutigen Bewertungsmaßstäbe entnommen werden können, setzt die Berücksichtigung bestimmter Einnahmen eine spezielle und konkretisierende Satzungsregelung voraus. Das hat der Senat in der Vergangenheit gerade bei dem hier betroffenen Personenkreis der freiwillig versicherten, in Heimen untergebrachten Sozialhilfeempfänger unter Geltung des BSHG angenommen (*vgl nur BSGE 71, 237 ff = SozR 3-2500 § 240 Nr 12; BSG SozR 4-2500 § 240 Nr 1 RdNr 16 mwN*).

25 Ausgehend von diesen Grundsätzen dürfen bei Fehlen spezieller Satzungsregelungen auf der Grundlage einer allgemeinen Satzungsregelung - wie sie § 19 Abs 1 S 1 der hier heranzuziehenden Satzung darstellt - Beiträge zur freiwilligen Krankenversicherung auch (weiterhin) auf bestimmte Sozialleistungen erhoben werden. Der Senat hält daran fest, dass dies für Sozialleistungen gilt, bei denen es sich nach ständiger höchstrichterlicher Rechtsprechung um Einnahmen zum Lebensunterhalt handelt bzw die auf die Befriedigung des allgemeinen laufenden

Lebensbedarfs des Betroffenen gerichtet sind. Unter Geltung des SGB XII müssen dazu folgende Posten gerechnet werden: der nach diesem Gesetz maßgebende Regelsatz, gewährte Leistungen für KdU, sozialhilferechtliche Mehrbedarfe und einmalige Bedarfe, der dem Betroffenen zugewandte Barbetrag sowie die vom Sozialhilfeträger übernommenen Kosten für (fiktive) Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung (*dazu im Folgenden c*). Demgegenüber scheidet eine Heranziehung all solcher Sozialleistungen zu Beiträgen zur freiwilligen Krankenversicherung aus, die dem Versicherten zweckgebunden gerade mit Rücksicht auf eine bei ihm bestehende Pflegebedürftigkeit gewährt werden; das sind jedenfalls die Kosten des gerade der Pflegebedürftigkeit geschuldeten notwendigen Aufenthalts in einem Pflegeheim, der über das Regelungssystem des SGB XII zur Verfügung gestellt wird (*dazu im Folgenden d*). Der Ansicht des LSG, die Schwierigkeit der Berechnung der beitragspflichtigen Einnahmen für in Heimen untergebrachte Sozialhilfeempfänger führe bei Fehlen einer speziellen bereichsspezifischen Satzungsregelung wegen der sich dort ergebenden Abgrenzungs- und Berechnungsschwierigkeiten generell zur Anwendung der gesetzlichen Regelungen zur Mindestbeitragsbemessung, kann demgegenüber nicht gefolgt werden (*dazu e*).

26 c) Aus der unter b) dargestellten Rechtsprechung, die im Ausgangspunkt auch von den Beteiligten nicht in Zweifel gezogen wird, ergibt sich im Kern, dass im Falle des Klägers der für ihn sozialhilferechtlich maßgebliche Regelsatz mit Mehrbedarfen und einmaligen Bedarfen, die ihm gewährten Leistungen für die KdU, der ihm zugewandte Barbetrag sowie die vom Sozialhilfeträger übernommenen Kosten für die (fiktiven) Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung der Beitragsbemessung nach § 240 Abs 1 S 1 SGB V zugrunde zu legen sind. Es sind keine wesentlichen Gesichtspunkte erkennbar - und werden von den Beteiligten auch nicht vorgetragen -, die dazu führen könnten, insoweit von den in ständiger Rechtsprechung anerkannten Grundsätzen über die Beitragserhebung auf Sozialhilfeleistungen in der freiwilligen Krankenversicherung abzurücken. Nach der Zielrichtung des § 240 SGB V und den darin für die Krankenkassensatzung gemachten Vorgaben kommt es dabei auch nicht entscheidend darauf an, wie die (fiktiven) Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung im Einzelnen im Rahmen des SGB XII systematisch zu verorten sind (*vgl hier die fehlende Verweisung des § 35 Abs 1 S 2 SGB XII auf § 42 S 1 Nr 4 SGB XII*). Da vergleichbare versicherungspflichtig Beschäftigte Beiträge aus ihrem Bruttoarbeitsentgelt bzw -einkommen zu zahlen haben, ist vor dem Hintergrund des § 240 Abs 2 S 1 SGB V zu berücksichtigen, dass der Grundsicherungsträger dem Kläger auch die finanziellen Mittel für den Schutz in der Kranken- und Pflegeversicherung zur Verfügung stellte und dass damit auch diese Leistungen Ausdruck der ihm zuzuordnenden beitragspflichtigen Einnahmen sind.

27 d) Entgegen der Auffassung der Beklagten scheidet unter dem Blickwinkel der besonderen Zweckbestimmung von Leistungen allerdings eine Verbeitragung von Zuwendungen in der freiwilligen Krankenversicherung aus, die dem Kläger gewährt wurden, weil er zur Befriedigung

des bei ihm bestehenden besonderen Pflegebedarfs auf Kosten des Grundsicherungsträgers in einem Pflegeheim lebte.

- 28 Von der Herausnahme zweckgebundener Sozialleistungen aus der Beitragsbemessung geht letztlich selbst die Beklagte aus, indem sie keine Beiträge auf die Leistungen beansprucht, welche der seit 1996 der Pflegestufe II nach § 15 Abs 1 Nr 2 SGB XI (Schwerpflegebedürftige) zugeordnet gewesene Kläger mit Rücksicht auf seine Pflegebedürftigkeit erhält (*vgl insoweit auch die mit dem Ziel der Sicherstellung der häuslichen Pflege - und damit wegen einer besonderen Zweckbindung - vorgenommene beitragsrechtliche Privilegierung bestimmter pflegebezogener Leistungen durch § 240 Abs 2 S 4 SGB V in der zum 1.1.2009 eingefügten Fassung des Gesetzes vom 17.7.2009, BGBl I 1990, wonach das an eine Pflegeperson weitergereichte Pflegegeld bei dieser nach § 37 Abs 1 SGB XI nicht bei der Beitragsbemessung zu berücksichtigen ist, dazu näher Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften, BT-Drucks 16/13428 S 76 sowie S 93 f zu Nr 10b Buchst a*).
- 29 Leistungen der sozialen Pflegeversicherung weisen eine besondere Zweckbestimmung auf, weil sie nicht dazu dienen, allgemeine, bei jedem Menschen anfallende Lebensbedarfe zu befriedigen, sondern speziell eine bestehende Pflegebedürftigkeit kompensieren sollen, indem (teilweise) ein - bei gesunden Menschen insoweit nicht bestehender - besonderer Hilfebedarf des Betroffenen bei den Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens (Körperpflege, Ernährung, Mobilität, Hauswirtschaft) abgedeckt werden muss (*vgl § 14 SGB XI*). Bei stationärer Pflege werden die Pflegebedürftigen durch diesen Sozialversicherungszweig (teilweise) von pflegebedingten Aufwendungen durch Sozialleistungen entlastet, während sie die allgemeinen Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung selbst zu tragen haben (*so statt aller zB Udsching, SGB XI, 3. Aufl 2010, Einl RdNr 1*). Mit Blick auf die nur ergänzende Funktion der Pflegeversicherung zur Abdeckung des Risikos der Pflegebedürftigkeit kann bei fehlender eigener finanzieller Leistungsfähigkeit des Betroffenen allerdings die Situation auftreten, dass - wie im Falle des Klägers - der Grundsicherungsträger noch darüber hinausgehend leistungspflichtig ist, um eine vollständige, mit dem konkreten Pflegebedarf korrespondierende bedarfsgerechte Versorgung zu gewährleisten, und zwar nicht im eigenen Wohnbereich des Betroffenen, sondern zB in einem stationären Pflegeheim. Dann aber ist es verfehlt, mit der Beklagten die dem Betroffenen mangels eigener Leistungsfähigkeit zustehenden ergänzenden Leistungen des Sozialhilfeträgers, welche im Zusammenwirken mit den Leistungen des SGB XI speziell auf die erforderliche vollständige Kompensation der Auswirkungen seiner Pflegebedürftigkeit abzielen, dennoch wiederum von vornherein der Befriedigung des "allgemeinen" Lebensbedarfs des Betroffenen zuzuordnen und daraus Beiträge zu erheben. Unter den genannten Voraussetzungen dürfen in Bezug darauf gewährte ergänzende Leistungen dann auch nicht auf der Grundlage des § 240 SGB V der Beitragspflicht in der freiwilligen Krankenversicherung unterworfen werden. Den finanziellen Zuwendungen des Grundsicherungsträgers kommt in derartigen Fällen vielmehr wertungsmäßig letztlich der

gleiche Charakter zu wie den unter Geltung des BSHG an Sozialhilfeberechtigte gewährten Hilfen in besonderen Lebenslagen, die - höchststrichterlich in ständiger Rechtsprechung anerkannt - nicht in der freiwilligen Krankenversicherung beitragspflichtig waren (*vgl erneut zB BSG SozR 3-2500 § 240 Nr 12*).

30 e) Die sich damit stellende Frage, wo im Rahmen des § 240 SGB V iVm § 19 Abs 1 der Satzung der Beklagten bei freiwillig versicherten pflegebedürftigen Beziehern von Leistungen nach dem SGB XII, die in einer vollstationären Pflegeeinrichtung leben, konkret die Grenzziehung zwischen - einerseits - den beitragspflichtigen Einnahmen und Geldmitteln, die für den allgemeinen Lebensunterhalt verbraucht werden oder verbraucht werden könnten, und - andererseits - den nicht der Beitragspflicht unterliegenden zweckgebunden zum Ausgleich der Pflegebedürftigkeit des Betroffenen gewährten Zuwendungen vorzunehmen ist, kann allerdings nicht in der Weise beantwortet werden, wie dies das LSG getan hat. Der Gesetzgeber des SGB XII hat den notwendigen Lebensunterhalt bedürftiger Hilfeempfänger, die in stationären Einrichtungen leben, nämlich - anders als es noch der Rechtslage unter dem BSHG entsprach - der "Hilfe zum Lebensunterhalt" zugeordnet und hierfür in § 35 Abs 1 S 2 iVm § 42 S 1 Nr 1 bis 3 SGB XII eine Berechnungsgrundlage geschaffen, die auch für die Beitragsbemessung nach § 240 SGB V maßgeblich ist. Bei dem betroffenen Personenkreis ist hinsichtlich der Bewertung des Umfangs der beitragspflichtigen Leistungen des Sozialhilfeträgers (nur) an diejenigen Leistungen anzuknüpfen, die der Kläger als außerhalb einer stationären Einrichtung lebender Hilfebedürftiger zur Befriedigung seines allgemeinen Lebensunterhalts erhalten hätte. Nur im letztgenannten Anteil der Leistungen drückt sich die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des freiwilligen Mitglieds iS von § 240 Abs 1 S 2 SGB V aus.

31 Dem LSG ist nicht zu folgen, wenn es meint, die Schwierigkeit der Berechnung der beitragspflichtigen Einnahmen für in Heimen untergebrachte Sozialhilfeempfänger erfordere stets eine spezielle Satzungsregelung, sodass bei Fehlen einer solchen Regelung stets ohne Weiteres die gesetzliche Mindestbeitragsbemessungsgrundlage nach § 240 Abs 4 S 1 SGB V zur Anwendung komme. Das Regelungssystem des SGB XII bietet vielmehr eine hinreichende Handhabe dafür, auch im Rahmen des § 240 Abs 1 SGB V - und konform mit § 19 Abs 1 S 1 der Satzung der Beklagten - praktikabel zwischen den beitragspflichtigen Leistungen sowie nicht beitragspflichtigen (pflegebezogenen) Zuwendungen zu differenzieren. Eine sich einer Differenzierung gänzlich entziehende Sachlage, bei der eine Leistung zur Deckung des allgemeinen Lebensbedarfs mit Blick auf ein spezifisches ganzheitliches Förderkonzept "integraler Bestandteil" einer anderen Leistungsart des SGB XII ist (*so der vom 8. Senat des BSG entschiedene Fall des aus therapeutischen Gründen gemeinsam eingenommenen Mittagessens in einer Werkstatt für behinderte Menschen, BSGE 102, 126 = SozR 4-3500 § 54 Nr 3, RdNr 18 ff*), ist vorliegend nicht gegeben.

32

aa) Mit dem "Gesetz zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch" vom 27.12.2003 (BGBl I 3022) wurde das BSHG mit Wirkung zum 1.1.2005 durch das SGB XII abgelöst. In diesem Zusammenhang hob der Gesetzgeber § 27 Abs 3 BSHG auf, wonach bei Hilfefewährung in einem Heim die Hilfe in besonderen Lebenslagen "auch den in der Einrichtung gewährten Lebensunterhalt ..." umfasste, dh, der allgemeine Lebensunterhalt also Bestandteil der Hilfe in besonderen Lebenslagen war. Stattdessen wurde die Regelung über den notwendigen Lebensunterhalt auch in solchen Einrichtungen nunmehr dem Dritten Kapitel "Hilfe zum Lebensunterhalt" zugeordnet (vgl *Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen, BT-Drucks 15/1514*). Infolge der Neuregelungen sollten "Maßnahmeleistung und die Deckung des Lebensunterhalts nicht mehr als eine einheitliche Leistung gelten" (*Gesetzentwurf, aaO, S 54*), vielmehr wurde "zur besseren Klarheit und Verständlichkeit des Gesetzes" (*aaO, S 60 zu § 36*) eine systematische Trennung vorgenommen, um der "schwierigen Vermischung von Maßnahmekosten und Kosten für den Lebensunterhalt bei Heimunterbringung" (*aaO, S 53 unter III. 5.*) entgegenzuwirken. Die (ehemalige) Hilfe in besonderen Lebenslagen regelte der Gesetzgeber demgegenüber im Fünften bis Neunten Kapitel des SGB XII mit dem Ziel einer besseren Vergleichbarkeit von stationär und ambulant erbrachten Leistungen (*ebenso Armbrorst in Münder ua, LPK-SGB XII, 8. Aufl 2008, § 35 RdNr 1*).

33 Die weitere Umsetzung dieses gesetzgeberischen Ziels erfolgte sodann gesetzestechisch in folgender Weise: Nach § 35 Abs 1 SGB XII (*in der ab 1.1.2005 geltenden Fassung durch das Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch vom 9.12.2004, BGBl I 3305*) umfasst der notwendige Lebensunterhalt in Einrichtungen den darin erbrachten sowie in stationären Einrichtungen zusätzlich den weiteren notwendigen Lebensunterhalt. Ausdrücklich heißt es in § 35 Abs 1 S 2 SGB XII: "Der notwendige Lebensunterhalt in Einrichtungen entspricht dem Umfang der Leistungen der Grundsicherung nach § 42 Satz 1 Nr. 1 bis 3". § 42 SGB XII wiederum hatte in seiner ursprünglichen, ab 1.1.2005 geltenden Fassung des Gesetzes vom 27.12.2003 (BGBl I 3022) folgenden Wortlaut:

"Die Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung umfassen:

1. den für den Antragsberechtigten maßgebenden Regelsatz nach § 28,
2. die angemessenen tatsächlichen Aufwendungen für Unterkunft und Heizung entsprechend § 29, bei Leistungen in einer stationären oder teilstationären Einrichtung sind als Kosten für Unterkunft und Heizung Beträge in Höhe der durchschnittlichen angemessenen tatsächlichen Aufwendungen für die Warmmiete eines Einpersonenhaushalts im Bereich des nach § 98 zuständigen Trägers der Sozialhilfe zu Grunde zu legen,
3. die Mehrbedarfe entsprechend § 30 sowie die einmaligen Bedarfe entsprechend § 31".

Die Regelung wurde in der Folgezeit nur redaktionell geändert ("*Leistungsberechtigter*" statt

"Antragsberechtigter" in Nr 1 mWv 30.3.2005, vgl Gesetz vom 21.3.2005, BGBl I 818, sowie Wegfall der Worte "angemessenen tatsächlichen" in Nr 2 mWv 7.12.2006, vgl Gesetz vom 2.12.2006, BGBl I 2670).

34 Mit der Regelung des § 35 Abs 1 S 2 SGB XII und seiner Bezugnahme auf § 42 S 1 Nr 1 bis 3 SGB XII wurde auf die zuvor geltend gemachten Bedenken wegen der Berechnungs- und Feststellungsprobleme bei der praktischen Umsetzung (vgl Fahlbusch, Gutachten des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge G 24/04 "Zum Verhältnis zwischen § 31 und § 35 SGB XII ..." vom 1.8.2005) reagiert, den in den Einrichtungen erbrachten notwendigen Lebensunterhalt der Höhe nach zu bestimmen (vgl Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Gesetzes zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch, BT-Drucks 15/3673 S 1 unter A. und S 3 zu Art 2 Nr 1 Buchst b und c; Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung <13. Ausschuss>, BT-Drucks 15/3977 S 1 unter A. sowie S 7 linke Spalte und S 8 zu Art 2 Nr 2 Buchst a). Mit § 35 Abs 1 S 2 SGB XII sollte eine "Definition des notwendigen Lebensunterhalts" (vgl BT-Drucks 15/3977, aaO, S 7 linke Spalte) geschaffen bzw der "Maßstab der Bemessung des Lebensunterhaltes in Einrichtungen klar (gestellt)" werden; damit war die Einschätzung verbunden, dass "mögliche Probleme der praktischen Umsetzung bei der Berechnung und Feststellung der einzelnen Leistungen ... ausgeschlossen" würden (so BT-Drucks 15/3673, aaO, S 3 zu Art 2 Nr 1 Buchst b und c).

35 In der beschriebenen Weise dient § 35 Abs 1 S 2 SGB XII der Bestimmung des Anteils der in der (stationären) Einrichtung gewährten Hilfe zum Lebensunterhalt gegenüber dem Gesamtbedarf an Sozialhilfe in der Einrichtung (so auch Fahlbusch, Gutachten, aaO; ders RsDE 63 <2006>, 51, 57 ff). In den Gesetzesmaterialien wird dazu ausgeführt, es werde "aus Gründen der Praktikabilität und der Verwaltungsvereinfachung ... der notwendige Lebensunterhalt in Einrichtungen entsprechend dem Umfang der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung definiert" (vgl BT-Drucks 15/3977, aaO, S 8 zu Art 2 Nr 2 Buchst a). Obwohl die Fraktionen des Deutschen Bundestages weiterhin unterschiedlicher Auffassung darüber waren, wie der "notwendige Lebensunterhalt" in einer Einrichtung konkret bestimmt werden sollte, bestand jedenfalls Einigkeit darüber, dass in Einrichtungen neben der Hilfe zum Lebensunterhalt (überhaupt) auch "weitere" - dh über die Hilfe zum Lebensunterhalt hinausgehende - Hilfen erbracht würden und dass insoweit eine Abgrenzung zwischen den Leistungsformen notwendig sei (vgl dazu näher BT-Plenarprotokoll 15/133 vom 22.12.2004 S 12181 ff). Die im Ausschussbericht verwendete Formulierung "aus Gründen der Praktikabilität und der Verwaltungsvereinfachung" bezieht sich dabei vornehmlich darauf, dass als Maßstab für die Bestimmung der genannten Anteile auf § 42 S 1 Nr 1 bis 3 SGB XII zurückgegriffen werden sollte, statt Lösungswege zu gehen, wie sie noch in einem ursprünglichen Gesetzentwurf (BT-Drucks 15/3673, aaO, S 2 Art 2 Nr 1 Buchst b) angedacht worden waren. Darin war nämlich noch eine Fassung des § 35 Abs 1 S 2 SGB XII vorgesehen, die den notwendigen Lebensunterhalt nach einer "Grundpauschale" und einem "auf den Lebensunterhalt entfallenden Anteil am Investitionsbetrag im Sinne

des § 76 Abs. 2" bemessen wollte (*vgl dazu auch Ausführungen des Abgeordneten Stöckel <SPD>, BT-Plenarprotokoll 15/133 S 12186*). Im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens, nämlich nach den Ausschussberatungen, kam es dann - entsprechend der später Gesetz gewordenen Fassung - zu der Regelung, dass sich der Umfang "ausschließlich nach den in § 42 Satz 1 Nr. 1 bis 3 genannten Leistungen" bemisst (so *BT-Drucks 15/3977, aaO, S 8 zu Art 2 Nr 2 Buchst a*). Vor diesem Hintergrund kann nicht der von der Beklagten vertretenen Ansicht gefolgt werden, dass für die Bestimmung des Umfangs der Hilfe zum Lebensunterhalt in stationären Einrichtungen gleichwohl auch die Grundpauschale und anteilige Investitionsbeträge Berücksichtigung finden müssten (*aA Fahbusch, RsDE 63 <2006>, 51, 59; in diese Richtung wohl auch Grube in Grube/Wahrendorf, SGB XII, 3. Aufl 2010, § 35 RdNr 3*).

36 bb) Die Beklagte kann auch nicht mit ihrer Ansicht durchdringen, die Verweisung des § 35 Abs 1 S 2 SGB XII auf § 42 S 1 Nr 1 bis 3 SGB XII stelle nur einen rechnerischen Bezug zur Ermittlung eines Pauschalierungsbetrages her, und sei damit keine - sich dann auch auf die Beitragsbemessung nach § 240 SGB V auswirkende - Grundsatzregelung über die nur begrenzte Zuordnung bestimmter, in einer stationären Pflegeeinrichtung erbrachter Leistungen als solche der (beitragspflichtigen) Hilfe zum Lebensunterhalt.

37 Den Äußerungen im Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze (*vom 25.9.2006, BT-Drucks 16/2711 S 11 zu Nr 9 <§ 35 Abs 1 S 2 SGB XII>*), wonach es sich bei den pauschalierten Unterkunftskosten in stationären Einrichtungen "nicht um den tatsächlichen Grundsicherungsanspruch nach dem Vierten Kapitel ..., sondern um einen bloßen Rechenbetrag" handele, lässt sich nicht entnehmen, dass damit die Ergebnisse des abgeschlossenen vorangegangenen Gesetzgebungsverfahrens gänzlich revidiert worden wären. § 35 Abs 1 SGB XII wurde entsprechend dieser Gesetzesinitiative mWv 7.12.2006 (*Gesetz vom 2.12.2006, BGBl I 2670*) im zweiten Satz dahin gefasst, dass sich die Regelung nur auf "stationäre" Einrichtungen bezieht. Damit sollte aber lediglich "klargestellt" werden, "dass der Umfang des notwendigen Lebensunterhalts in Einrichtungen nur bei *stationären* Einrichtungen die pauschalen Unterkunftskosten umfasst (§ 42 Satz 1 Nr. 2)" (*BT-Drucks 16/2711, aaO, ebenda <Hervorhebung nicht im Original>*) und bei den - vorliegend nicht bedeutsamen - "nicht-stationären" Einrichtungen der tatsächliche Grundsicherungsanspruch des Bedürftigen nach dem "Vierten" Kapitel unberührt bleibt. Dass der Gesetzgeber damit von seiner ursprünglichen Intention abgerückt sein könnte und zur Bestimmung des Umfangs der Hilfe zum Lebensunterhalt in stationären Einrichtungen nun von der Verweisung auf § 42 S 1 Nr 1 bis 3 SGB XII hätte abrücken wollen, lässt sich daraus nicht folgern.

38 Es muss aber im vorliegenden Rechtsstreit letztlich nicht entschieden werden, ob die genannten Regelungen des SGB XII - entsprechend der dargestellten Gesetzesbegründung -

den tatsächlichen Leistungsanspruch des Hilfebedürftigen in Bezug auf seine Hilfe zum Lebensunterhalt definieren (*dies betonend Falterbaum in Hauck/Noftz/Luthe, SGB XII, Stand 05/2007, K § 35 RdNr 5, 6: allgemein gültige Regelung des Umfangs der in stationären Einrichtungen erbrachten Leistungen*) und auf diese Weise in das Beitragsrecht des SGB V fortwirken. Auch wenn man den Akzent (nur) darauf legt, dass es sich bei der im SGB XII gewählten Lösung um eine pauschalierende, vergrößernde Regelung für Zwecke der Abgrenzung und Berechnung handelt, etwa in Bezug auf die Festlegung der Höhe des Kostenbeitrags des Hilfebedürftigen nach §§ 85 ff und § 90 Abs 3 SGB XII (*dazu näher zB Behrend in jurisPK-SGB XII, Stand Juli 2011, § 35 RdNr 8, 13, 25, 30; H. Schellhorn in Schellhorn/Schellhorn/Hohm, SGB XII, 18. Aufl 2010, § 35 RdNr 9*) oder in Bezug auf statistische Zwecke und die Bezifferung von Ausgleichszahlungen und Erstattungsansprüchen (*vgl insoweit Armborst in Münden ua, LPK-SGB XII, aaO, § 35 RdNr 5; Fahlbusch RsDE 63 <2006>, 51, 59*), lässt sich damit - anders als die Beklagte meint - keine weitergehende Beitragspflicht für Leistungen an pflegebedürftige Heimbewohner begründen, als sie unter Geltung des BSHG bestand und welche die Pflegebedürftigkeit des Betroffenen als besondere Lebenslage mit in den Blick nimmt. Für Zwecke der Festlegung der beitragspflichtigen Einnahmen iS von § 240 SGB V - nur über diese ist im vorliegenden Revisionsverfahren zu befinden - ist in Fortführung bzw Fortentwicklung der bisherigen Rechtsprechung des Senats allein die im SGB XII enthaltene, durch (positive) Regelungen getroffene Entscheidung des Gesetzgebers maßgeblich, bei der Versorgung in stationären Einrichtungen nicht sämtliche gewährten Leistungen der (beitragspflichtigen) Hilfe zum Lebensunterhalt zuzuordnen, sondern nur denjenigen Teil, der einem Betroffenen zustünde, würde er außerhalb einer stationären Einrichtung leben; dies gilt unabhängig davon, ob die Zuordnung des SGB XII definitorisch-systematischer oder rein finanztechnischer Art ist. Die sich aus den oben unter b) beschriebenen, in der Rechtsprechung des BSG entwickelten Grundsätzen im Einzelfall ergebenden Abgrenzungsprobleme für die Beitragsbemessung bei freiwillig versicherten Sozialhilfeempfängern, die in stationären Einrichtungen leben, werden so letztlich durch die im SGB XII verankerte pauschalierende Zuordnung vorgeprägt.

- 39 cc) Nach alledem ergibt sich, dass mit Schaffung des § 35 Abs 1 S 2 SGB XII auch in Bezug auf § 240 SGB V die Frage beantwortet worden ist, wie der Umfang der Hilfe zum Lebensunterhalt in stationären Einrichtungen bewertet werden muss. Der Umfang der Hilfe zum Lebensunterhalt in stationären Einrichtungen bemisst sich nach den in § 42 S 1 Nr 1 bis 3 SGB XII genannten Leistungen, so dass - anders als von der Beklagten befürwortet - jedenfalls eine Berücksichtigung der Grundpauschale bzw anteiliger Investitionsbeträge in Zusammenhang mit stationären Pflegeeinrichtungen als "Einnahme" des freiwillig versicherten Bedürftigen zur Befriedigung seines allgemeinen Lebensunterhalts ausscheidet. An dieser zentralen Entscheidung des Grundsicherungsrechts muss sich gleichermaßen die beitragsrechtliche Bewertung im Rahmen des § 240 SGB V ausrichten.

- 40 3. Folge der vorstehenden Ausführungen ist es, dass dem rechtlichen Ansatz des LSG nicht gefolgt werden kann, ähnlich wie unter Geltung des BSHG wegen der Abgrenzungsschwierigkeiten zwischen den Leistungen, die der Befriedigung des allgemeinen Lebensbedarfs dienen, und denjenigen, die zweckbezogen für einen notwendigen Aufenthalt in einem stationären Pflegeheim gewährt werden, eine spezielle Satzungsbestimmung der Beklagten zu fordern und - wegen Fehlens einer solchen Regelung - generell auf die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage nach § 240 Abs 4 S 1 SGB V zurückzugreifen. Zutreffender Ausgangspunkt für die Beitragsfestsetzung in den streitigen Zeiträumen ist es vielmehr, Regelsatz, KdU, Mehrbedarfszuschläge und einmalige Bedarfe, den Barbetrag sowie fiktive Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung bei der Beitragsbemessung anzusetzen, nicht aber weitergehende, von der Beklagten herangezogene Posten des Aufenthalts speziell in einer stationären Pflegeeinrichtung.
- 41 Der Senat sieht sich insoweit vor die Schwierigkeit gestellt, die jeweiligen Berechnungsposten rechtssicher selbst dem Inhalt der vorliegenden Akten zu entnehmen. So ist zB auf der Grundlage der Feststellungen des LSG unklar, ob dem Kläger gewährte Mehrbedarfszuschläge und einmalige Bedarfe durchgehend berücksichtigt wurden; möglicherweise könnten sich beitragsrechtliche Auswirkungen auch daraus ergeben, dass im Land Berlin im Grundsicherungsbereich in den Jahren ab 2005 in der Praxis der Leistungsgewährung zu hohe KdU zum Ansatz kamen (*vgl BSG Urteil vom 15.12.2009 - B 1 AS 1/08 KL = BSGE 105, 100 = SozR 4-1100 Art 104a Nr 1*). Der Senat kann auch nicht hinreichend sicher überblicken, ob es insoweit bei Berücksichtigung aller heranzuziehenden Berechnungsposten möglicherweise doch zu einem Überschreiten der für die Mindestbeitragsbemessung maßgeblichen Beträge kommt. Die Sache ist daher an das LSG zur Nachholung entsprechender Feststellungen zurückzuverweisen (§ 170 Abs 2 S 2 SGG).
- 42 4. Der Senat sieht im Übrigen keine Veranlassung, aus Anlass des vorliegenden Rechtsstreits auf die ab 1.1.2009 geltende Rechtslage zu § 240 Abs 1 S 1 SGB V (*idF des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes vom 26.3.2007, BGBl I 378*) einzugehen, wonach der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder nunmehr einheitlich regelt, was in dessen "Einheitlichen Grundsätzen" vom 27.10.2008 und deren Folgefassungen geschehen ist (Beitragsbemessung von stationär in Einrichtungen untergebrachten Sozialhilfeempfängern bundeseinheitlich nach dem 3,6-fachen des Regelsatzes für den Haushaltsvorstand).
- 43 5. Die Kostenentscheidung bleibt dem LSG vorbehalten.