L 2 AS 16/10 B ER

Land
Sachsen-Anhalt
Sozialgericht
LSG Sachsen-Anhalt
Sachgebiet
Grundsicherung für Arbeitsuchende
Abteilung
2
1. Instanz
SG Halle (Saale) (SAN)
Aktenzeichen
S 19 AS 5300/09 ER
Datum
18.12.2009
2. Instanz
LSG Sachsen-Anhalt
Aktenzeichen
L 2 AS 16/10 B ER
Datum
14.04.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Beschluss
Leitsätze
Übernahme der Kosten für private Kranken- und Pflegeversicherung bei SGB II-Beziehern
Auf die Beschwerde der Antragsgegnerin wird der Beschluss des Sozialgerichts Halle aufgehoben. Der Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung wird abgelehnt. Kosten sind nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Die Beteiligten streiten im Eilverfahren darüber, ob der Antragsteller gegen die Antragsgegnerin einen Anspruch auf vollständige Übernahme der Kosten für eine private Kranken- und Pflegeversicherung hat.

Der am 1961 geborene geschiedene und allein lebende Antragsteller beantragte erstmals am 20. April 2009 Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Sozialgesetzbuch Zweites Buch – Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II) bei der Antragsgegnerin. Er gab an, privat krankenversichert und von der gesetzlichen Rentenversicherungspflicht befreit zu sein. Seine Beiträge zur privaten Krankenversicherung bei der D. K.versicherung (...V) betrugen monatlich 300,09 Euro bzw. für die Pflegeversicherung 27,22 Euro. Hierin waren nach dem Tarif "BSK" ambulante ärztliche Leistungen, eine Selbstbeteiligung für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel von 153,39 Euro im Jahr, Zahnbehandlung zu 100%, Zahnersatz zu 70%, Kieferorthopädie zu 75% und stationäre Behandlung im Mehrbettzimmer und Privatarzt sowie die private Pflegepflichtversicherung enthalten.

Die Antragsgegnerin, welche ihre Aufgaben nicht durch eine Arbeitsgemeinschaft wahrnehmen lässt (getrennte Trägerschaft), gewährte mit Bescheid vom 6. Mai 2009 vorläufig Leistungen in Höhe der Regelleistung für einen Alleinstehenden und begehrte darüber hinaus Auskunft über die Höhe des Basistarifs bei der ...V. und die Vorlage der Bescheinigung über die Befreiung von der gesetzlichen Rentenversicherung.

Der Antragsteller reichte daraufhin ein Schreiben der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte vom 8. April 2004 ein, wonach er auf Antrag vom 9. Februar 2001 bis zum 31. August 2001 von der Versicherungspflicht als Selbständiger mit einem Auftraggeber befreit sei. Die Befreiung erfolge, da es sich "bei der Aufnahme der Tätigkeit um die erste bzw. zweite Existenzgründung im Sinne der Befreiungsvorschrift des § 6 Abs. 1a S. 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch Sechstes Buch (SGB VI)" handele. Es bestehe die Möglichkeit der Verlängerung.

Die ...V. legte in einem Schreiben an die Antragsgegnerin vom 8. Mai 2009 dar, dass nach ihrer Ansicht die Höhe des Basistarifs nicht ausschlaggebend sei, weil die Höhe des Zuschusses der Antragsgegnerin höchstens 129,54 Euro monatlich betragen könne. Der Zahlbetrag betrage mit der Hälfte des GKV-Höchstsatzes stets 284,82 Euro. Altersrückstellung könnten auf den Vertrag zum Basistarif übernommen werden. Allerdings sei unwahrscheinlich, dass hierdurch eine Prämie erreicht werde, die bei hälftiger Zahlung unterhalb des hälftigen GKV-Höchstsatzes liege. Ein Rückruf der Antragsgegnerin ergab einen Basistarif von 569,63 Euro.

Am 22. September 2009 ging bei der Antragsgegnerin der Antrag des Antragstellers auf Weiterbewilligung der Grundsicherung ein.

Die ...V. informierte den Antragsteller mit Schreiben vom 1. Oktober 2009, dass sein bislang als Gruppenversicherungsvertrag geführter Vertrag ab dem 1. Mai 2009 auf einen Einzelvertrag umgestellt worden sei und insgesamt Prämien von 327,31 Euro bzw. ab dem Mai 2009 358,49 Euro monatlich fällig seien. Zudem seien insgesamt 2.478,28 Euro Beitragszahlungen ausstehend. Hierauf seien 1.894,45 Euro Versicherungsleistungen angerechnet worden, so dass noch 583,80 Euro offen blieben.

Mit Bescheid vom 8. Oktober 2009 bewilligte die Antragsgegnerin vorläufig Leistungen in Höhe von 359 Euro monatlich vom 1. November 2009 bis zum 30. April 2010. Eine Entscheidung über die Krankenversicherung habe noch nicht erfolgen können, da noch eine Mitgliedsbescheinigung der Krankenversicherung fehle.

Am 28. Oktober 2009 hat der Antragsteller bei dem Sozialgericht Halle (SG) um einstweiligen Rechtsschutz nachgesucht und beantragt, der Antragsgegnerin aufzugeben, ihm (weitere) Leistungen als Zuschuss zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung in Höhe von 358,49 Euro monatlich zu zahlen. Seine Versuche, in die gesetzliche Krankenversicherung zu wechseln, seien erfolglos geblieben. Er sei nicht in der Lage, den Differenzbetrag zwischen den Zuschüssen der Antragsgegnerin und den Beiträgen zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung selbst aufzubringen. In Kürze stehe eine Herzklappenoperation an, so dass er auf einen durchgehenden Krankenversicherungsschutz angewiesen sei. Seine Krankenversicherung habe angezeigt, dass er bei weiteren Beitragsrückständen den normalen Versicherungsschutz verliere und nur noch eine Notversorgung eintreten würde. Darüber hinaus seien durch die Verrechnungen der ...V. erhebliche Schulden bei den Ärzten aufgelaufen; deren Leistungsansprüche würden zur Verrechnung mit den Beitragsrückständen verwendet.

Die Antragsgegnerin hat die Abweisung des Antrags beantragt, da Leistungen über die bereits bewilligten Zuschüsse hinaus nach den von §§ 22 Abs. 2 und 3 SGB II getroffenen Regelungen gesetzlich nicht möglich seien. Der Antragsteller sei nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, weil er unmittelbar vor dem Bezug des Alg II privat krankenversichert gewesen sei. Die Höhe des Zuschusses sei auf den Betrag begrenzt, der auch für einen Bezieher von Alg II in der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen sei. Hierfür vermindere sich der Beitrag des Antragstellers für die Dauer der Hilfebedürftigkeit um die Hälfte. Für die Dauer der Hilfebedürftigkeit sei nur ein Beitrag in Höhe des halben Basistarifs zu zahlen. Da die Beiträge des Antragstellers den zu zahlenden Zuschuss übersteigen, ergebe sich regelmäßig ein Differenzbetrag, welcher nicht gedeckt sei. Eine rechtliche Grundlage für einen Ausgleich bestehe aber nicht. Ein Darlehen sei ebenfalls nicht zu gewähren, da insoweit kein von den Regelleistungen umfasster Bedarf zur Sicherung des Lebensunterhalts vorliege. Gegebenenfalls käme eine Übernahme durch den Sozialhilfeträger in Betracht.

Im Rahmen einer Erörterung haben die Beteiligten vor dem SG einen Teilvergleich geschlossen, nach dem die Antragsgegnerin ab der Operation für zwei Monate die vollen Beiträge direkt an die ...V. zu zahlen bereit war.

Mit änderndem vorläufigen Bescheid vom 4. November 2010 hat die Antragsgegnerin dem Antragsteller für den Zeitraum von November 2009 bis April 2010 einen monatlichen Zuschuss zu den Beiträgen zur Krankenversicherung in Höhe von 124,32 Euro und zur Pflegeversicherung in Höhe von 27,22 Euro gewährt. Sie benötige weiter die vollständigen Unterlagen zur Krankenversicherung. Zur Übernahme der Beiträge zur Pflegeversicherung hat die Antragsgegnerin erläutert, dass sie die vollen Beiträge im Rahmen des ihr eingeräumten Ermessens übernehme.

Nach Anfrage des Antragstellers äußerte die ...V. in einem Schreiben vom 4. November 2009, dass der Antragsteller auf Grund der nachgewiesenen Hilfebedürftigkeit in den Basistarif wechseln könne. Für eine Umstellung bedürfe es einer Willenserklärung des Antragstellers. Der monatliche Beitrag liege bei 569,63 Euro monatlich ab November 2009 bzw. 581,25 Euro ab dem Januar 2010. Für die Pflegeversicherung wären ab den genannten Zeiträumen 27,22 Euro bzw. 27,45 Euro fällig. Die reduzierten Beiträge beliefen sich auf 284,82 Euro in 2009 und 290,63 Euro in 2010. Die Umstellung des Basistarifs in einen günstigeren Normaltarif sei nur über die Vereinbarung eines Selbstbehalts möglich. In einem weiteren Schreiben vom 16. November 2009 legte die ...V. dar, dass bei einer Ersparnis durch Inanspruchnahme des Basistarifs regelmäßig später ein Nachteil eintrete, wenn der Hilfebezug beendet werde. Der Basistarif sei regelmäßig sehr hoch. Ein Wechsel in den Normaltarif hänge von einer Gesundheitsprüfung ab.

Hierzu hat der Antragsteller vorgetragen, dass eine Rückkehr aus einem Basistarif nur bei einer vorherigen Gesundheitsprüfung möglich sei. Aufgrund seiner gesundheitlichen Beschwerden und seinem Alter wäre ein Versicherungsschutz in der privaten Krankenversicherung zum Normaltarif nicht mehr bezahlbar. Wenn er eine höhere Selbstbeteiligung von 300 Euro vereinbare, könne eine Ersparnis in den Beiträgen von etwa 1.400 Euro eintreten. Er habe daher erhebliche Bedenken, dass man ihn auf die Inanspruchnahme des Basistarifs verweisen könne. Er erkläre sich bereit, die Selbstbeteiligung zu erhöhen, wenn die Antragsgegnerin sich verpflichte, die Beiträge einschließlich der höheren Selbstbeteiligung zu übernehmen.

Mit änderndem Bescheid vom 19. November 2009 hat die Antragsgegnerin ab dem 1. Dezember 2009 bis zum 1. April 2010 die Direktzahlung der unverändert gebliebenen Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung an den Versicherer vorgenommen.

Der Antragsteller hat zuletzt beim SG beantragt, die Antragsgegnerin ab Eingang des Antrags auf vorläufigen Rechtsschutz zu verpflichten, ihm als Zuschuss zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung 358,49 Euro und ab dem 1. Januar 2010 414,03 Euro monatlich unter Anrechnung bereits erbrachter Leistungen zu gewähren. Die ...V. werde die Beiträge für die private Krankenversicherung auf 351,44 Euro, für die Pflegeversicherung auf 27,45 Euro und den gesetzlichen Zuschlag auf 35,14 Euro anheben.

Mit Beschluss vom 18. Dezember 2009 hat das SG der Antragsgegnerin aufgegeben, dem Antragsteller vorläufig 358,49 Euro in der Zeit vom 28. Oktober 2009 bis zum 31. Dezember 2009 und vom 1. Januar 2010 bis zum 30. April 2010 vorläufig 414,03 Euro als Leistungen zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung unter Berücksichtigung bereits aufgrund des Teilvergleiches vom 3. November 2009 geleisteter bzw. unter Anrechung aufgrund des Bescheides vom 4. November 2009 gewährter Beträge, monatlich zu zahlen. Ein Anordnungsgrund ergebe sich hier daraus, dass dem Antragsteller ein Zuwarten bis zu einer Hauptsacheentscheidung nicht zumutbar sei. Der Antragsteller verliere zwar nicht seinen vollen Krankheitskostenschutz, da eine Kündigung ausgeschlossen sei. Allerdings drohe eine Nichtbehandlung, da er als privat Versicherter grundsätzlich zuerst die Kosten einer Behandlung zahlen müsse und eine Kostenerstattung erst danach erlange. Bereits jetzt seien durch die Verrechnung Rückstände bei den behandelnden Ärzten aufgelaufen. Es sei daher fraglich, ob sich die Ärzte zur Weiterbehandlung verpflichtet fühlten, soweit kein Notfall vorliege. Ferner leide der Antragsteller an einem Herzklappenfehler, der derzeit operiert werden müsse. Der Teilvergleich reiche nicht aus, um den Anordnungsgrund zu beseitigen, da der Antragsteller im Erörterungstermin angegeben habe, noch eine computertomographische Untersuchung absolvieren zu müssen. Die Herzoperation mache eine Anschlussheilbehandlung notwendig. Ein Anordnungsanspruch folge daraus, dass keine gesetzliche Vorschrift zur (vollständigen) Übernahme der Beiträge der privaten Kranken- und Pflegeversicherung gegeben sei. Es bestehe planwidrig eine Regelungslücke, die durch Übertragung einer für einen anderen Tatbestand vorgesehenen Rechtsfolge zu schließen sei. Der Antragsteller verfüge über keine weiteren Mittel als die Grundsicherungsleistungen, um die Beitragslücke zu schließen. Den Gesetzesmotiven sei nicht zu entnehmen, dass der nicht

gedeckte Teil der Beiträge aus der Regelleistung zu tragen sei. Der Bundestagsausschuss für Gesundheit und Soziales habe die Gesetzesänderung beraten, ohne zu den Folgen für die Hilfebezieher Stellung zu nehmen. Die Bundesregierung habe diese Frage zur Prüfung angenommen, ohne bislang Stellung zu nehmen. Eine Verweisung auf § 73 des Sozialgesetzbuches Zwölftes Buch - Sozialhilfe (SGB XII) komme in Betracht, wenn der Gesetzgeber eine anderweitig abschließende Regelung im Bereich der Regelleistung getroffen habe, was hier angesichts der Regelung in § 26 SGB II mit den Zuschussmöglichkeiten zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung außerhalb der Regelleistungen aber nicht der Fall sei. Im Rahmen der Abwägung habe bei offenem Ausgang des Hauptsacheverfahrens eine Abwägung der gegenseitigen Interessen stattzufinden. Das Verfahren sei hier nur der Höhe nach offen. Eine Verwertung des Vermögens in Form der günstigen Krankenversicherung sei ausgeschlossen. Diese Selbsthilfe im Wege des Wechsels in den Basistarif sei nicht zuzumuten, da der Normaltarif für den Antragsteller insgesamt günstiger sei und bei einem Wechsel auch nicht mehr zu diesem Beitrag zurückzuerlangen sei. Die Regelungsanordnung sei auf den Bewilligungsabschnitt begrenzt und erstrecke sich nicht auf den Zeitpunkt bis zu Neuregelung des Gesetzes.

Gegen den ihr am 18. Dezember 2009 zugestellten Beschluss hat die Antragsgegnerin am 18. Januar 2010 Beschwerde erhoben: Das SG gehe von einer planwidrigen Regelungslücke aus, obwohl der Gesetzgeber mittlerweile die gesetzlichen Regelungen geändert und damit bestätigt habe. Spätestens ab der Änderung der im Rechtsstreit anzuwendenden Regelungen über die Erstattung privater Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge und der hierbei geführten Diskussion über die Deckungslücke sei die Annahme eine versehentliche Nichtregelung nicht mehr vertretbar. Wegen des eindeutigen Wortlauts sei eine richterliche Rechtsfortbildung nicht mehr möglich. Das SG habe eine Vorlage an das Bundesverfassungsgericht zu prüfen. Allerdings gehe sie nicht davon aus, dass überhaupt eine Regelungslücke vorliege, sondern nehme an, dass der Gesetzgeber bewusst von einer Übernahme der Deckungslücke durch die Hilfebezieher ausgehe. Eine eventuelle Verfassungswidrigkeit der Regelungen begründe noch keine überwiegenden Erfolgsaussichten für das einstweilige Rechtsschutzverfahren.

Die Antragsgegnerin beantragt,

den Beschluss des SG aufzuheben und den Antrag abzulehnen.

Der Antragsteller beantragt,

die Beschwerde abzuweisen.

Er schließe sich den Ausführungen des SG in vollem Umfang an. Er gehe davon aus, dass der Gesetzgeber die Problematik nicht erkannt habe. Er meint, die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts, nach der für die über den Regelbedarf hinausgehenden unabweisbaren und laufende, nicht nur einmalige, Bedarfe eine Regelung vorzusehen ist, die Auslegung des SG stütze. Er verlöre bei Verweisung auf den Basistarif eine günstige Position, die ihm für die Zukunft eine günstigere Absicherung ermöglichen würde. Aufgrund der nicht absehbaren Dauer der Arbeitslosigkeit sei es unverhältnismäßig, die Vorteile aus der langjährigen Beitragszahlung zu nehmen. Zumindest eine darlehensweise Gewährung der vollen Zuschüsse sei deshalb geboten.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakte sowie die Verwaltungsvorgänge des Antragsgegners ergänzend Bezug genommen. Diese Akten sind bei der Entscheidungsfindung berücksichtigt worden.

II.

Der Senat entscheidet über die Beschwerde durch Beschluss, § 176 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG).

Die Beschwerde der Antragsgegnerin ist gegen einen Beschluss des SG statthaft (§ 172 SGG), form- und fristgerecht eingelegt worden (§ 173 SGG) und auch im Übrigen zulässig. Die Beschwerde ist nicht durch § 172 Abs. 3 Nr. 1 SGG ausgeschlossen. Nach dieser am 1. April 2008 in Kraft getretenen Vorschrift ist die Beschwerde ausgeschlossen, wenn in der Hauptsache die Berufung nicht zulässig wäre. Hier wäre die Berufung zulässig, weil der Wert des Beschwerdegegenstands 750,00 Euro (vgl. § 144 Abs. 1 Nr. 1 SGG) deutlich übersteigt.

Die Beschwerde ist begründet. Eine Regelungsanordnung war nicht zu treffen. Das SG hat seine Entscheidung nicht auf eine zumindest entsprechend anwendbare Rechtsgrundlage für die Gewährung von Zuschüssen in Höhe der vollen Beiträge, sondern auf eine Interessenabwägung gestützt. Für den Senat ist hingegen weder ein Anordnungsgrund gegeben noch ist eine rechtliche Grundlage zu erkennen, auf die sich eine Anordnung stützen könnte.

Der Erlass der vom Antragsteller begehrten vorläufigen Anordnung beurteilt sich nach § 86b Abs. 2 SGG.

Nach § 86b Abs. 2 SGG ist das Begehren des Antragstellers als auf eine Regelungsanordnung gerichteter Antrag statthaft, weil in der Hauptsache keine reine Anfechtungsklage zu erheben war. Das Begehren des Antragstellers ist auf höhere Leistungen gerichtet, so dass statthafte Klageart eine kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage im Sinne des § 54 Abs. 1 und 4 SGG ist. Das Gericht der Hauptsache kann in diesem Fall gemäß § 86b Abs. 2 SGG auf Antrag eine einstweilige Anordnung in Bezug auf den Streitgegenstand treffen, wenn die Gefahr besteht, dass durch eine Veränderung des bestehenden Zustands die Verwirklichung eines Rechts des Antragstellers vereitelt oder wesentlich erschwert werden könnte oder eine Regelung eines vorläufigen Zustands in Bezug auf ein streitiges Rechtsverhältnis treffen, weil sie zur Abwendung wesentlicher Nachteile nötig erscheint. Die §§ 920, 921, 923, 926, 928 bis 932, 938, 939 und 945 der Zivilprozessordnung gelten entsprechend. Voraussetzung für den Erlass einer einstweiligen Anordnung ist daher stets, dass sowohl ein Anordnungsgrund (d. h. die Eilbedürftigkeit der Regelung zur Abwendung wesentlicher Nachteile) und ein Anordnungsanspruch (d. h. die hinreichende Wahrscheinlichkeit eines in der Sache gegebenen materiellen Leistungsanspruchs) glaubhaft gemacht werden (vgl. § 86b Abs. 2 Satz 4 SGG i. V. mit § 920 Abs. 2 ZPO).

Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Regelungen des § 86b SGG Ausfluss der verfassungsrechtlichen Rechtsschutzgarantie nach Art 19 Abs. 4 des Grundgesetzes (GG) sind, wonach ein effektiver Rechtsschutz auch Eilverfahren erfordert, wenn ansonsten eine Verletzung der subjektiven Rechte des Einzelnen droht, die durch das Hauptsacheverfahren nicht mehr beseitigt werden kann (vgl.

Bundesverfassungsgericht (BVerfG), Beschluss vom 25. Oktober 1988, Az. 2 BvR 745/88, BVerfGE 79, 69 (74)). Aus dem verfassungsrechtlichen Gebot der Möglichkeit eines effektiven einstweiligen Rechtsschutzes folgt auch, dass neben der Prüfung des materiellen Rechts im Prüfungsmaßstab der Gerichte die betroffenen Grundrechte und das Eilbedürfnis einer Regelung besonders zu beachten sind. Die Entscheidungen im vorläufigen Rechtsschutz dürfen aus verfassungsrechtlicher Sicht dementsprechend sowohl auf eine Folgenabwägung als auch auf eine summarische Prüfung der Erfolgsaussichten in der Hauptsache gestützt werden (BVerfG, Beschluss vom 27. Mai 1998, Az. 2 BvR 378/98, NVwZ-RR 1999, 217). Die Gerichte sind grundsätzlich nicht verpflichtet, eine intensive rechtliche Prüfung vorzunehmen. Eine umfassendere rechtliche Prüfung des im Hauptsacheverfahren geltend gemachten Anspruchs als Bestandteil der Abwägung im Eilverfahren kann nach der Verfassung ausnahmsweise dann geboten sein, wenn das einstweilige Rechtsschutzverfahren vollständig die Bedeutung des Hauptsacheverfahrens übernimmt und eine endgültige Verhinderung der Grundrechtsverwirklichung eines Beteiligten droht (vgl. BVerfG, Beschluss vom 14. Mai 1985, Az. 1 BvR 233/81, 1 BvR 341/81, BVerfGE 69, 315 (363 f.)). In solchen Fällen sind die Gerichte, wenn sie ihre Entscheidung nicht an einer Abwägung der widerstreitenden Interessen, sondern an den Erfolgsaussichten in der Hauptsache orientieren, gehalten eine eingehende (vgl. BVerfG, Beschluss vom 22. November 2002, Az. 1 BvR 1586/02, NJW 2003, 1236 (1237); Beschluss vom 29. Juli 2003, Az. 2 BvR 311/03, NVwZ 2004, 95; anders formuliert dagegen - ohne nähere Begründung- BVerfG, Beschluss vom 12. Mai 2005; Az. 1 BvR 569/05, NVwZ 2005, 927: abschließende) Prüfung der Sach- und Rechtslage vorzunehmen. Dies bedeutet auch, dass die Prüfung der Erfolgsaussichten in der Hauptsache Fragen des Grundrechtsschutzes einbeziehen muss, wenn dazu Anlass besteht (vgl. BVerfG, Beschluss vom 25. Juli 1996, Az. 1 BvR 638/96, NVwZ 1997, S. 479 (480)). Ist eine vollständige Aufklärung der Sach- und Rechtslage im Eilverfahren untunlich, weil hierdurch eine Entscheidung nachhaltig verzögert wird, kann bei anderenfalls drohenden schweren und unzumutbaren Nachteilen maßgeblich aufgrund einer Folgenabwägung zu entscheiden sein (BVerfG, a.a.O.). Nach Ansicht des Senats ist daher selbst bei gravierenden Fällen, in denen eine massive Beeinträchtigung von Grundrechten durch eine Hauptsacheentscheidung nicht abgewendet werden kann und daher eine umgehende Entscheidung angezeigt ist, keine bloße Folgenabwägung ohne eine zumindest summarische Prüfung des Anordnungsanspruchs vorzunehmen.

Aus Sicht des Senats besteht kein Anordnungsgrund, weil der gesetzliche Rahmen den Antragsteller hinreichend im Fall von Krankheit und Pflege sichert. Wesentliche Nachteile wie der Verlust des Versicherungsschutzes sind nicht zu befürchten bzw. sind nur zu besorgen, weil der Antragsteller nicht in den Basistarif wechselt, obwohl dies für ihn zumutbar ist. Bislang hat der Antragsteller auch nur die Befürchtung geäußert, dass er gegebenenfalls keine Krankenversorgung durch Ärzte erhält. Konkrete Ablehnungen sind nicht glaubhaft gemacht worden.

Die Antragsgegnerin hat den Antragsteller zu Recht nicht in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung gemeldet. Der Antragsteller ist nicht schon durch den Bezug der Leistungen nach dem SGB II kranken- (und pflege-)versichert. Nach § 2 Abs. 2a des Sozialgesetzbuches Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung – (SGB V) sind Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld nach dem SGB II nicht nur darlehensweise beziehen und auch nicht familienversichert sind, versicherungspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung. Diese Voraussetzung ist bei dem Antragsteller gegeben. Die Versicherungspflicht gilt allerdings nach dem seit dem 1. Januar 2009 geltenden § 2 Abs. 5a S. 1 SGB V (eingefügt durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26. März 2007, BGBl. I S. 378) nicht, wenn der Leistungsbezieher unmittelbar vor dem Bezug von Arbeitslosengeld II privat krankenversichert oder weder gesetzlich noch privat krankenversichert war und zu dem Personenkreis des § 2 Abs. 5 SGB V oder den in § 6 Abs. 1 oder Abs. 2 SGB V genannten Personen gehört oder bei Ausübung seiner beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätte. Der Antragsteller war im Sinne des § 2 Abs. 5 SGB V nicht versicherungspflichtig nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 oder 5 bis 12 SGB V, da er unmittelbar vor dem Leistungsbezug hauptberuflich selbständig erwerbstätig war.

In diesem Zusammenhang regelt § 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB II (neu gefasst durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz a.a.O.), dass für Bezieher von Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld, die in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht versicherungspflichtig und nicht familienversichert sind und die für den Fall der Krankheit bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, § 12 Abs. 1c Satz 5 und 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) gilt.

Die Bestimmungen des seit dem 1. Januar 2009 geltenden § 12 Abs. 1c VAG (eingeführt durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz a.a.O. in der Fassung des Gesetzes zur Änderung medizinprodukterechtlicher und anderer Vorschriften vom 14. Juni 2007, BGBl. I S. 1066) lauten in den Sätzen 1 bis 4 wie folgt: Der Beitrag für den Basistarif ohne Selbstbehalt und in allen Selbstbehalts-stufen darf den Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigen; dieser Höchstbeitrag errechnet sich aus dem allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen vom 1. Januar des Vorjahres und der Beitragsbemessungsgrenze; abweichend davon wird im Jahr 2009 zur Berechnung des Höchstbeitrags der allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen vom 1. Januar 2009 zu Grunde gelegt. Der Höchstbeitrag wird zum Stichtag 1. Juli jedes Jahres auf Basis der vorläufigen Rechnungsergebnisse des Vorjahres der gesetzlichen Krankenversicherung um den Vom-Hundert-Wert angepasst, um den die Einnahmen des Gesundheitsfonds von einer vollständigen Deckung der Ausgaben des Vorjahres abweichen. Für Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Grundsätzen gelten die Sätze 1 und 2 mit der Maßgabe, dass an die Stelle des Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung ein Höchstbeitrag tritt, der dem prozentualen Anteil des die Beihilfe ergänzenden Leistungsanspruchs entspricht. Entsteht allein durch die Zahlung des Beitrags nach Satz 1 oder Satz 3 Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch, vermindert sich der Beitrag für die Dauer der Hilfebedürftigkeit um die Hälfte; die Hilfebedürftigkeit ist vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch auf Antrag des Versicherten zu prüfen und zu bescheinigen.

Die hier interessierenden Sätze 5 bis 6 des § 12 Abs. 1c VAG haben folgenden Wortlaut: Besteht auch bei einem nach Satz 4 verminderten Beitrag Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch, beteiligt sich der zuständige Träger nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch auf Antrag des Versicherten im erforderlichen Umfang, soweit dadurch Hilfebedürftigkeit vermieden wird. Besteht unabhängig von der Höhe des zu zahlenden Beitrags Hilfebedürftigkeit nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch, gilt Satz 4 entsprechend; der zuständige Träger zahlt den Betrag, der auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen ist.

Die so gesetzlich limitierten Leistungen für die Zuschüsse zur privaten Krankenversicherung hat die Antragsgegnerin (wenn auch vorläufig) mit Bescheid vom 4. November 2009 bzw. mit nicht als vorläufig gekennzeichneten Bescheid vom 19. November 2009 für den laufenden Bewilligungsabschnitt überwiegend übernommen.

Der Höchstbeitrag für die private Krankenversicherung im Basistarif für SGB II-Leistungsempfänger beträgt für das Jahr 2009 284,82 Euro

und für das Jahr 2010 290,63 Euro. Dies ergibt sich aus den Regelungen des § 241 Abs. 1 SGB V i.V.m. der Verordnung zur Festlegung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GK-BSV) vom 28. Oktober 2008 (BGBl. I S. 2109) und der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze von 3.675 Euro für das Jahr 2009 bzw. 3.750 Euro (§ 232 Abs.1 und § 6 Abs. 7 SGB V i.V.m. § 4 Abs. 2 der Verordnung über die Bezugsgrößen in der Sozialversicherung (SVBezGrV) in den für 2009 und 2010 geltenden Fassungen (BGBl. I 2008, S. 2336 und BGBl. I 2009, S. 3846). Allerdings richtet sich die Erstattung der Antragsgegnerin hier nach § 12 Abs. 1c S. 6 2. Halbsatz VAG, wonach der zuständige Träger den Betrag zahlt, der auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen ist. Als beitragspflichtige Einnahme in der gesetzlichen Krankenversicherung gilt für Hilfebezieher nach dem SGB II gemäß § 232a Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB V der dreißigste Teil des 0,345fachen der monatlichen Bezugsgröße im Sinne des § 18 Abs. 1 des Sozialgesetzbuches Viertes Buch - (SGB IV). Die Bezugsgröße belief sich für Bezieher von Arbeitslosengeld II danach für das Jahr 2009 auf 2.520 Euro und für das Jahr 2010 auf 2.555 Euro (vgl. die jeweiligen Fassungen des § 2 SVBezGrV, a.a.O.). Nach dem maßgeblichen Beitragssatz von 14,3 % (§ 246 i.V.m. 243 Abs. 1 und 2 SGB V, § 2 GKG-BSV – in der Fassung des Gesetzes von 2. März 2009, BGBl. I S. 416 -) waren damit für 2009 124,32 Euro und für 2010 126,05 Euro monatlich zu übernehmen (14,3/100 aus 2520 bzw. 2555 x 0,345). Soweit die Antragsgegnerin auch für 2010 nur 124,32 Euro monatlich als Zuschuss bewilligte, ist dies insoweit rechtswidrig, so dass der Beschluss des SG insoweit für die Erstattung ab dem Januar 2010 bis zum April 2010 abzuändern wäre. Da die Antragsgegnerin aber im Rahmen der Erstattung von Pflegeversicherungsbeiträgen diesen Nachteil ausgleichende höhere Zuschüsse als gesetzlich vorgeschrieben gewährt (s. unten S. 18) ist hier nichts anzuordnen. Ohnehin ist der Nachteil so gering, dass der auch für eine solche Anordnung notwendige Anordnungsgrund nicht vorliegen dürfte.

Ein Eilbedürfnis, dem Antragsteller weitere Zuschüsse bis zur Höhe der Beiträge zu dem von ihm vereinbarten Normaltarif zu erstatten, besteht nicht. Die Annahme des Antragstellers, dass seine Krankenbehandlung insgesamt durch die nicht vollständige Zahlung der Beiträge gefährdet wird, trifft gegenwärtig nicht zu.

Zunächst einmal bliebe der Antragsteller auch dann privat krankenversichert, wenn er die monatlich fälligen Beiträge für einen Basisschutz nicht vollständig zahlt. Dieser Versicherungsschutz kann nicht enden. Nach § 206 Abs. 1 S. 1 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) ist eine Kündigung durch den Versicherer ausgeschlossen, wenn eine private Krankheitskostenversicherung eine Pflicht nach § 193 Abs. 3 S. 1 VVG erfüllt. Gemäß § 193 Abs. 3 S. 1 VVG ist jede Person mit Wohnsitz im Inland verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5.000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5.000 Euro. Wenn der Antragsteller auf diesen sog. Basistarif zurückgreifen würde, wäre er vor einer Kündigung bzw. dem Verlust des Krankenversicherungsschutzes auch für den Fall der nicht vollständigen Prämienzahlung geschützt. In § 193 Abs. 6 VVG finden sich flankierende Schutzregelungen für die ab dem 1. Januar 2009 für nach § 193 Abs. 3 S. 1 VVG geltende Versicherungspflicht: Ist der Versicherungsnehmer in einer der Pflicht nach Absatz 3 genügenden Versicherung mit einem Betrag in Höhe von Prämienanteilen für zwei Monate im Rückstand, hat ihn der Versicherer zu mahnen. Ist der Rückstand zwei Wochen nach Zugang der Mahnung noch höher als der Prämienanteil für einen Monat, stellt der Versicherer das Ruhen der Leistungen fest. Das Ruhen tritt drei Tage nach Zugang dieser Mitteilung beim Versicherungsnehmer ein. Voraussetzung ist, dass der Versicherungsnehmer in der Mahnung nach Satz 1 auf diese Folge hingewiesen worden ist. Das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenden Beitragsanteile gezahlt sind oder wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinn des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch wird; die Hilfebedürftigkeit ist auf Antrag des Berechtigten vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch zu bescheinigen. Während der Ruhenszeit haftet der Versicherer ausschließlich für Aufwendungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Angaben zum Ruhen des Anspruchs kann der Versicherer auf einer elektronischen Gesundheitskarte nach § 291a Abs. 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vermerken. Darüber hinaus hat der Versicherungsnehmer für jeden angefangenen Monat des Rückstandes an Stelle von Verzugszinsen einen Säumniszuschlag von 1 vom Hundert des Beitragsrückstandes zu entrichten. Sind die ausstehenden Beitragsanteile, Säumniszuschläge und Beitreibungskosten nicht innerhalb eines Jahres nach Beginn des Ruhens vollständig bezahlt, so wird die Versicherung im Basistarif fortgesetzt. Satz 6 bleibt unberührt.

Nach diesen Regelungen kann der Versicherungsschutz des Antragstellers in seiner privaten Krankenversicherung nicht eingeschränkt sein. Es ist nicht ersichtlich bzw. vorgetragen, dass die V jemals die Verfahrensschritte eingeleitet hätte, um das Ruhen des Krankenversicherungsvertrages herbeizuführen. Selbst wenn dies noch eintreten würde, ist für den Zeitraum, in dem der Antragsteller hilfebedürftig nach dem SGB II bleibt, ein Ruhen ausgeschlossen. Nur während einer Ruhenszeit ist der Leistungsanspruch des Antragstellers gegen die private Krankenversicherung auf die Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände beschränkt. Weil sich die Frage eines Ruhens derzeit gar nicht stellt, kommt es nicht entscheidend darauf an, ob der Wortlaut des § 193 Abs. 6 S. 5 VVG insoweit unklar ist, ob ein Ruhen formal eintreten kann, wenn wie hier bereits Hilfebedürftigkeit besteht bzw. ob die Schutzvorschrift den Fall nicht erfasst, dass der Versicherungsnehmer bereits Hilfebezieher ist. Diese Ansicht (LSG Baden-Württemberg, Beschuss vom 8. Juli 2009, Az. L 7 SO 2453/09 ER-B – Juris; zweifelnd LSG Hessen, Beschluss vom 14. Dezember 2009, Az. L 7 SO 165/09 B - Juris) geht aus Sicht des Senats zu eng vom Wortlaut der Norm aus. Es ist nichts dafür ersichtlich, dass die Schutzwirkung nicht umfassend für die Dauer des Hilfebezugs geregelt sein sollte (so auch LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 18. Januar 2010, Az. L 34 AS 2001/09 B ER – Juris). Bereits Hilfebedürftige sind nicht weniger schutzwürdig als solche Personen, die erst nach dem Eintritt des Ruhens hilfebedürftig werden und das Ruhen daher nach den Sinn und Zweck der Vorschrift ausgeschlossen.

Entgegen der Rechtsansicht des SG droht dem Antragsteller auch kein Nachteil, weil er die Kosten der ärztlichen Behandlung dauerhaft vorfinanzieren müsste. Wenn der Antragsteller bereit wäre, die Versicherung im Basistarif fortzusetzen, könnten die behandelnden Ärzte die Möglichkeit der Direktabrechnung nach § 197 Abs. 7 VVG nutzen. Nach der genannten Vorschrift kann der Leistungserbringer bei der Krankheitskostenversicherung im Basistarif nach § 12 VAG seinen Anspruch auf Leistungserstattung auch gegen den Versicherer geltend machen, soweit der Versicherer aus dem Versicherungsverhältnis zur Leistung verpflichtet ist. Im Rahmen der Leistungspflicht des Versicherers aus dem Versicherungsverhältnis haften Versicherer und Versicherungsnehmer sodann gesamtschuldnerisch. Dann würde jede Möglichkeit der ...V ausscheiden, die zu erstattenden Arzthonorare mit den Beitragsschulden zu verrechnen (was von SG Berlin, Urteil vom

27. November 2009, Az. S 37 AS 31127/09 – Juris mit Hinweis auf Klerks, info also 2009, S. 153 ff. auch im Normaltarif als unzulässig angesehen wird; vgl. weiter LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 22. März 2010, Az. L 13 AS 919/10 ER-B – Juris).

Das Auflaufen von Beitragsschulden begründet für sich keinen aktuellen und schwerwiegenden Nachteil, dem durch eine vorläufige Anordnung zu begegnen ist, wenn wie eben dargelegt, auch ohne gerichtliche Hilfe weiterhin eine Versorgung und eine Erstattung von Krankheitskosten gewährleistet ist. Die schon aufgelaufenen Beitragsschulden würden auch dann weiter bestehen, wenn die Antragsgegnerin die vollen aktuellen Beiträge übernimmt. Soweit der Antragsteller dann aus dem Hilfebezug ausscheidet, könnte die ...V tatsächlich das Versicherungsverhältnis im Basistarif zum Ruhen bringen und nur noch die Akutversorgung gewähren, ohne dass die stets nur auf den aktuellen Bewilligungszeitraum gerichteten Leistungen der Antragsgegnerin hieran noch etwas ändern können, selbst wenn sie die vollen Beiträge erstatten würde. Es kommt daher auch nicht darauf an, ob der Antragsteller möglicherweise in Kürze aus dem Leistungsbezug ausscheidet und die beschriebene Situation eintritt.

Soweit das private Versicherungsunternehmen seinen gesetzlichen Pflichten nicht nachkommen sollte, hält es der Senat für zumutbar, den Antragsteller auf den hierfür geeigneten vorläufigen Rechtsschutz bei den ordentlichen Gerichten zu verweisen (vgl. auch Landessozialgericht Sachsen-Anhalt, Beschluss vom 22. März 2010, Az. L 8 SO 3/10 B ER; SG Dresden, Beschluss vom 11. Februar 2010, Az. S 21 AS 438/10 ER – Juris; a.A. SG Gelsenkirchen, Beschluss vom 2. Oktober 2009, Az. S 31 AS 174/09 ER – Juris, LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 30. Juni 2009, Az. L 2 SO 2529/09 ER-B – Juris). Es kann nicht unterstellt werden, dass der Zivilgerichtsweg ungeeignet ist, für eine ebenso schnelle wie effektive Abwehr zu sorgen, wie dies im Sozialgerichtsverfahren möglich wäre. Die Möglichkeit von Prozesskostenhilfe besteht und gewährt auch den unbemittelten Antragstellern in den grundsätzlich gerichtskostenpflichtigen Verfahren vor den Zivilgerichten einen kostenfreien Zugang zu gerichtlichem Rechtsschutz. Da die hier geforderte Erstattung der monatlichen Beitragszahlung für sich auch keine Rechtssicherheit dafür bietet, dass der Versicherer tatsächlich eine Erstattung der Krankheitskosten vornimmt, ist dieser Weg daher nicht nur zumutbar, sondern ggf. auch geboten. Der sozialgerichtliche Eilrechtsschutz kann dem Antragsteller allein keine vollständige Rechtssicherheit bieten. Im Übrigen kann sich der Antragsteller darüber hinaus auch an die Aufsichtsbehörden bzw. den Ombudsmann für Versicherungen wenden.

Dem Antragsteller ist ein Wechsel in den Basistarif zuzumuten. Der (derzeit) gegenüber dem regulären Basistarif niedrigere "Normaltarif" des Antragstellers begründet keinen vermögenswerten Vorteil, der grundsicherungsrechtlich schützenswert ist, weil dessen Verwertung im Sinne des § 12 Abs. 3 Nr. 6 SGB II nicht gefordert werden kann. Vermögen im Sinne des § 12 Abs. 1 SGB II sind nach dessen gesetzlicher Definition alle verwertbaren Vermögensgegenstände. Zu unterscheiden ist daher stets, ob ein bestimmter Gegenstand überhaupt Vermögen darstellt, ob er grundsätzlich rechtlich und tatsächlich verwertbar ist und ob gegebenenfalls gesetzlich bestimmte Ausnahmen (wie etwa die Härtefallausnahme des § 12 Abs. 3 Nr. 6 SGB II) von der Verwertung bestehen. Der Krankenversicherungsvertrag bzw. die günstige Einstufung des Antragstellers mag für diesen einen in Geld messbaren Vorteil gegenüber einem Vertrag im Basistarif bedeuten, fällt allerdings nicht unter den Begriff des Vermögens bzw. ist nicht verwertbar. Als Vermögen kann in der Grundsicherung nur gelten, was in irgendeiner Form geeignet ist, zum Lebensunterhalt beizutragen (vgl. Mecke in Eicher/Spellbrink, SGB II, 2. Aufl., § 12 Rn. 13). In einer günstigen Beitrags- bzw. Prämieneinstufung liegt aber kein vermögenswerter Vorteil, den der Antragsteller "zu Geld" machen kann bzw. der in sonstiger Weise geeignet erscheint, zum Lebensunterhalt beizutragen. Darüber hinaus ist der Tarif und die Einstufung nicht verwertbar, da sie nicht übertragbar sind. Selbst wenn es also unbillig hart erschiene, den Antragsteller auf einen teureren Basistarif zu verweisen, wäre in diesem Zusammenhang nicht das Vermögen des Antragstellers im Sinne des § 12 SGB II berührt. Die aufgeworfene Problematik dürfte vielmehr in der Verhältnismäßigkeit der gesetzlichen Regelungen wegen deren langfristigen Auswirkungen zu erörtern sein, soweit die Rechtsstellung der erwerbsfähigen Hilfebedürftigen betreffen.

Für den Antragsteller wird die Beitragsschuld im Basistarif auch erst dann höher sein als sein derzeitiger Normaltarif, wenn er aus dem Bezug von Alg II ausscheidet. Wenn der Antragsteller sich zunächst für die Dauer des Hilfebezugs zum Wechsel in den Basistarif entschiede, könnte er ggf. auch wieder in einen "Normaltarif" wechseln. Eine erneute Gesundheitsprüfung dürfte nur dann gefordert werden können, wenn der Antragsteller einen Leistungsumfang in Anspruch nehmen möchte, der über die Bedingungen des Basistarifs hinausgeht. Mithin kann der Antragsteller durchaus noch die Beitragshöhe des Basistarifs wie auch die eines späteren Normaltarifs durch Vereinbarungen mit dem Versicherungsunternehmen günstig beeinflussen. Wenn der Kläger allerdings wieder zu den Bedingungen seines bisherigen Vertrages versichert sein will und diese Bedingungen über den Basistarif hinausgehen – was noch zu prüfen ist –, könnte der Fall eintreten, dass das Versicherungsunternehmen dies nach einer Gesundheitsprüfung ggf. ablehnt oder höhere Beiträge verlangt, so dass ihm unter Umständen die Wiederherstellung seines bisherigen Leistungsumfangs versperrt ist.

Ein Anordnungsgrund ergibt sich schließlich auch nicht aus der Rechtsprechung des BVerfG zur Bestimmung der Regelleistungen und der Notwendigkeit, eine Regelung für unabweisbare, laufende und nicht nur einmalige bzw. besondere Bedarfe vorzusehen (vgl. BVerfG, Urteil vom 9. Februar 2010, Az.: 1 BvL 1/09, 1 BvL 3/09, 1 BvL 4/09 – Juris). Ab Entscheidungsverkündung (bestätigt vom BVerfG, Beschluss vom 24. März 2010, Az. 1 BvR 395/09 – Juris) und in der Übergangszeit bis zu einer Neuregelung sind solche Bedarfe nach der vorläufigen Anordnung des BVerfG zu sichern. Da bereits ausführlich dargestellt ist, dass hier kein Anordnungsgrund gegeben ist, ist dementsprechend auch auf dieser Grundlage vorläufig nichts zu veranlassen. Aus der Anordnung des BVerfG bzw. aus einer künftigen gesetzlichen Regelung könnte ein gegebenenfalls im Hauptsacheverfahren zu prüfender Anspruch folgen. Dabei dürfte davon auszugehen sein, dass eine planwidrige Regelungslücke nicht besteht (vgl. auch LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 22. März 2010, Az. L 13 As 919/10 ER – Juris; SG Berlin, Urteil vom 27. November 2009, Az. S 37 AS 31127/09 – Juris), da das gesetzgeberische Konzept klar und eindeutig darauf hinausläuft, dass nur ein Teil der Beiträge bezuschusst wird. Bevor sich die Frage einer Vorlage nach Art. 100 GG stellt, wird in der Hauptsache festzustellen sein, ob eine Sondersituation vorliegt, die einen unabweisbaren, laufenden und besonderen Bedarf begründet, der im aktuellen Bewilligungszeitraum zu decken ist. Dafür spricht, dass die Beiträge laufend im Bedarfszeitraum fällig werden und die Hilfebedürftigen entweder eigenes Einkommen und Vermögen einsetzen müssen oder sich zwangsläufig verschulden müssen. Dagegen spricht, dass während der Hilfebedürftigkeit die Krankenversorgung durch die Schutzvorschriften um den Basistarif auf dem Niveau der gesetzlichen Krankenversicherung gewährt bleibt, so dass eine durch einen Zuschuss in Geld zu deckende Bedarfslücke nicht gegeben sein könnte. Darüber hinaus wird zu klären sein, ob die Beiträge zur privaten Krankenversicherung zu dem Bedarf des Lebensunterhalts zählen oder aber daneben zu erbringen sind bzw. keinen atypischen Bedarf darstellen (so Plagemann/Stiegler, jurisPR-SozR 5/2010 Anm.6). Weiter ist zu bedenken, dass nach einer Besserung der Einkommens- und Vermögensverhältnisse und dem Ende des Hilfebezugs die Situation eintreten kann, dass die private Krankenversicherung das Ruhen des Versicherungsverhältnisses (das derzeit in einem "Normaltarif" abgeschlossen ist) feststellt, wenn der Antragsteller nicht über genügend Mittel verfügen würde, die rückständigen Beiträge auszugleichen.

Ab dann wäre nur noch eine Grundversorgung (bei akuten Erkrankungen, Schmerzzuständen, Schwangerschaft und Mutterschaft) gewährleistet, die nicht dem Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung gleichkommt. Die Versicherung würde zudem zwangsläufig nach Ablauf der von § 193 Abs. 6 VVG geregelten Jahresfrist im Basistarif fortgesetzt, ohne dass hierdurch das Ruhen und in dessen Folge der eingeschränkte Erstattungsumfang aufgehoben wären. Ob dies tatsächlich für den Antragsteller nach dem Ende des Hilfebezugs eintreten wird, kann sich im Laufe des Hauptsacheverfahrens herausstellen oder wird gegebenenfalls abzuschätzen sein. Zu prüfen wäre auch, ob diese Konsequenzen ggf. durch einen Wechsel zu einem anderen Versicherungsunternehmen vermieden werden können. Soweit die Hilfebedürftigkeit beendet ist, besteht allerdings grundsätzlich keine Rechtsgrundlage, von der Antragsgegnerin Leistungen wie Zuschüsse oder Darlehen zu verlangen. Schulden begründen grundsätzlich keine Hilfebedürftigkeit nach dem SGB II, sondern können übernommen werden, wenn sonst Wohnungslosigkeit droht (§ 22 Abs. 5 SGB II). Ansonsten bestehen Darlehensmöglichkeiten nach § 23 Abs. 1 SGB II nur für die von der Regelleistung umfassten Bedarfe.

Die Beschwerde richtet sich sinngemäß auch gegen die durch das SG ausgesprochene Verpflichtung zur Bezuschussung der vollen Beiträge in der Pflegeversicherung in Höhe von 27,45 Euro statt der bereits übernommenen 27,22 Euro. Der Antragsteller ist nicht als Empfänger von Alg II nach § 20 Abs. 1 Nr. 2a des Sozialgesetzbuches Elftes Buch (SGB XI) versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung, sondern muss als privat gegen Krankheit Versicherter nach § 23 Abs. 1 SGB XI eine private Pflegeversicherung bei seinem Versicherungsunternehmen abschließen. Die Gewährung eines Zuschusses zur privaten Pflegeversicherung an privat versicherte Alg II-Empfänger findet ihre rechtliche Grundlage in § 26 Abs. 3 S. 1 SGB II (ebenfalls neu gefasst durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, a.a.O.). 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. Die Höhe der Beiträge für Versicherte nach § 23 Abs. 1 SGB XI ist auf den Höchstbeitrag für Versicherte in der sozialen Pflegeversicherung begrenzt, § 110 Abs. 1 Nr. 2 lit. e SGB XI. Eine Besonderheit regelt § 110 Abs. 2 S. 3 SGB XI für Personen, die im Basistarif nach § 12 VAG versichert sind und deren Beitrag zur Krankenversicherung sich nach § 12 Abs. 1c Satz 4 oder 6 VAG vermindert (Alg II-Empfänger), denn dann darf der Beitrag 50 vom Hundert des sich nach § 110 Abs. 1 Nr. 2 lit. e SGB XI ergebenden Beitrags nicht übersteigen. Für die Aufbringung der nach § 110 Abs. 2 S. 3 SGB XI verminderten Beiträge gilt nach Satz 4 der Vorschrift der § 12 Abs. 1c S. 5 oder 6 VAG entsprechend; dabei gilt dessen Satz 6 mit der Maßgabe, dass der zuständige Träger den Betrag zahlt, der auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der sozialen Pflegeversicherung zu tragen ist. Mithin ist der unbestimmte Rechtsbegriff des "notwendigen Umfangs" der Übernahme im Sinne des § 22 Abs. 3 SGB II durch die eindeutige Regelung zum Erstattungsumfang der Antragsgegnerin bereits gesetzlich ausgefüllt. Die beitragspflichtige Einnahme ist für Alg II-Bezieher auf das 0,362fache der jeweiligen Bezugsgröße bestimmt (§ 57 Abs. 1 S. 2 SGB XI) und der Beitrag von 1,95 % (§ 55 Abs. 1 S. 1 SGB XI) bzw. von 2,2 % (§ 55 Abs. 3 Abs. 1 SGB XI) für Kinderlose ab dem 23. Lebensjahr ausschlaggebend. Eine Elterneigenschaft ist bei dem Antragsteller nicht zu erkennen, so dass sich für das Jahr 2009 monatlich Zuschussbeträge von 17,79 Euro (1,95/100 x 2520 x 0,362) bzw. für das Jahr 2010 Euro von 18,04 Euro (1,95/100 x 2550 x 0,362) ergeben würden. Die Antragsgegnerin gewährt hier "im Rahmen ihres Ermessens" bereits einen darüber hinausgehenden Zuschuss von 27,22 Euro. Für eine über den Zuschuss nach § 110 Abs. 2 S. 4 2. HS SGB XI hinausgehende Erstattung besteht keine gesetzliche Grundlage, so dass die Antragsgegnerin auch insoweit beschwert ist.

Ebenso besteht keine gesetzliche Grundlage für einen Zuschuss für den gesetzlichen Zuschlag, den die.V in Höhe von 10% der Krankenversicherungsbeiträge, d.h. derzeit in Höhe von 35,14 Euro monatlich erhebt. Gemäß § 12 Abs. 4a VAG ist in der substitutiven Krankheitskostenversicherung spätestens mit Beginn des Kalenderjahres, das auf die Vollendung des 21. Lebensjahres des Versicherten folgt und endend in dem Kalenderjahr, in dem die versicherte Person das 60. Lebensjahr vollendet, für die Versicherten ein Zuschlag von zehn vom Hundert der jährlichen gezillmerten Bruttoprämie zu erheben, der Alterungsrückstellung nach § 341f Abs. 3 des Handelgesetzbuchs jährlich direkt zuzuführen und zur Prämienermäßigung im Alter nach § 12a Abs. 2a VAG zu verwenden. Soweit man diesen Zuschlag nicht als Beitrag zur privaten Krankenversicherung ansieht, weil er für die Beitragsstabilität im Alter von den Versicherungsunternehmen gesondert angelegt und verwendet wird und daher kein Teil der aktuellen Prämie ist, wäre eine Übernahme nach § 26 Abs. 2 SGB II nicht möglich. Sähe man diesen Zuschlag dagegen als einen Teil des Beitrags bzw. der Versicherungsprämie, griffe erneut die oben dargestellte Begrenzung der Erstattungspflicht der Antragsgegnerin.

Für die Rechtsverfolgung der Antragsgegnerin in der Beschwerde sind Kosten in entsprechender Anwendung von § 193 Abs. 1 und 4 SGG nicht zu erstatten.

Dieser Beschluss ist nicht mit einer Beschwerde anfechtbar (§ 177 SGG). gez. Lauterbach gez. Wulff gez. Dr. Schmidt
Rechtskraft
Aus
Login
SAN
Saved
2012-10-02