S 9 AS 5003/09 ER

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
SG Stuttgart (BWB)
Sachgebiet
Grundsicherung für Arbeitsuchende
Abteilung
9
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 9 AS 5003/09 ER
Datum
13.08.2009
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Beschluss
Leitsätze
Die in §§ 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB II, 12 Abs. 1c Satz 5 und 6 VAG geregelte Höhe des Zuschusses zur privaten Krankenversicherung führt zu einer existenzgefährdenden Bedarfsunterdeckung, da der Mindestbetrag nach § 12 Abs. 1c Satz 6 2. Halbsatz VAG eines Leistungsbeziehers zur gesetzlichen Krankenversicherung unter dem ermäßigten Basistarif für Hilfebedürftige liegt. Diese Bedarfsunterdeckung begegnet im Hinblick auf den Anspruch auf Gewährleistung des Existenzminimums aus Art. 1 GG in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip aus Art. 20 GG verfassungsrechtlichen Bedenken.
1.Die Antragsgegnerin wird im Wege der einstweiligen Anordnung verpflichtet, dem Antragsteller vorläufig einen monatlichen Zuschuss zur Kranken- und Pflegeversicherung in Höhe von 252,86 Euro unter Anrechnung bereits gewährter Leistungen sowie den jährlichen Selbstbehalt von 300 Euro vom 24.07.2009 bis zum 31.12.2009 zu zahlen.

2. Im Übrigen wird der Antrag abgelehnt.

3. Die Antragsgegnerin trägt 4/5 der außergerichtlichen Kosten des Antragstellers.

Gründe:

I.

Die Beteiligten streiten im Wege des einstweiligen Rechtsschutzverfahrens um die Übernahme der Kosten für die private Kranken- und Pflegeversicherung des Antragstellers in voller Höhe.

Der 1967 geborene Kläger war als selbstständiger Fahrzeugaufbereiter bei der A. K. AG privat kranken- und pflegeversichert. Am 17.06.2009 beantragte er die Gewährung von Leistungen zur Grundsicherung für Arbeitssuchende nach dem SGB II.

Im Rahmen der Einreichung des Antrages wurde vom Antragsteller ein Versicherungsschein über die private Kranken- und Pflegeversicherung bei der A. K. AG mit Kosten für die Krankenversicherung in Höhe von 208,21 zusätzlich eines Beitragszuschlags in Höhe von 20,82 EUR einer Reise-Plus-Versicherung in Höhe von 0,80 EUR sowie einer Pflegepflichtversicherung in Höhe von 23,83 und somit mit einer Monatsrate für die Kranken- und Pflegeversicherung in Höhe von 253,66 EUR. Mit Bescheid vom 18.06.2009 bewilligte die Antragsgegnerin dem Antragsteller Leistungen für den Zeitraum vom 02.06.2009 bis zum 30.06.2009 in Höhe von 934,48 EUR und für den Zeitraum vom 01.07.2009 bis zum 31.12.2009 in Höhe von 969,49 EUR. In den Leistungen enthalten ist ein Zuschuss nach § 26 SGB II zur Krankenversicherung in Höhe von 125,22 EUR und zur Pflegeversicherung in Höhe von 17,20 EUR für den Monat Juni 2009 und in Höhe von 124,32 EUR für die Krankenversicherung und 17,79 EUR für die Pflegeversicherung für den Zeitraum von Juni bis Dezember 2009. In den erläuternden Hinweisen wird ausgeführt, dass der Restbetrag bis zur Versicherungsrate von 253,66 EUR vom Antragsteller selber zu tragen sei.

Aus einem Schreiben der A. K. AG vom 14.07.2009 geht hervor, dass der Versicherungsschutz gefährdet sei, da ein Betragsrückstand in Höhe von 644,64 bestehe. Sollte der Beitragsrückstand zwei Wochen nach Zugang der heutigen Mahnung noch höher als der Prämienanteil von einem Monat sein, werde das Ruhen der Versicherungsleistung festgestellt. Der Beitragsrückstand sei wegen fehlerhafter Beitragszahlung für die Monate bis April 2009 sowie Mai, Juni und Juli 2009 entstanden.

Auf Bl. 22 d. Verw.-Akte findet sich ein Antrag der Antragsgegnerin beim Sozialamt der Stadt S. vom 21.07.2009, in dem ein Antrag auf

Übernahme des Eigenanteils bei der Kranken- und Pflegeversicherung gestellt werde. Im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben könne ein Teil der Beiträge durch das JobCenter nicht übernommen werden, so dass die Differenz durch das Sozialamt zu tragen sei. Beim Antragsteller erfolge durch die Übernahme des Eigenanteils (Beitragsanteil für Medikamentenanteil) durch den Antragsteller selbst eine Unterschreitung des gesetzlichen Existenzminimums.

Der Antragsteller hat bei einer persönlichen Vorsprache am 17.07.2009 Widerspruch gegen den Bewilligungsbescheid vom 18.06.2009 eingelegt. Zur Begründung wurde ausgeführt, dass er mit der Deckelung der Höhe der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung nicht einverstanden sei und die fehlende Übernahme des Eigenanteiles zur Unterschreitung des gesetzlichen Existenzminimums führe.

Der Antragsteller hat am 24.07.2009 einen Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz beim Sozialgericht Stuttgart erhoben.

Der Antragsteller führt zur Begründung seines Antrages an, dass er als Selbstständiger privat kranken- und pflegeversichert sei. Seine Firma sei seit September 2008 ruhend und über sein Vermögen sei wegen Zahlungsunfähigkeit durch Beschluss des Amtsgerichts Stuttgart vom 02.07.2009 das Insolvenzverfahren eröffnet worden. Laut einem Schreiben der AOK vom 06.07.2009 sei ihm die Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung verwehrt. Er sei daher der Ansicht, dass die Antragsgegnerin die Beiträge zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung in voller Höhe übernehmen müsse. Wenn er den Differenzbetrag selbst leisten müsse, verblieben ihm monatlich nur noch 80,00 EUR. Hiervon könne er nicht leben. Es sei daher Eile geboten.

Der Antragsteller beantragt,

die Antragsgegnerin zu verpflichten, die Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge in voller Höhe zu übernehmen sowie den prozentualen Eigenanteil für Medikamente zuzüglich der 300,00 EUR Selbstbeteiligung pro Jahr zu übernehmen.

Die Antragsgegnerin beantragt,

den Antrag abzulehnen.

Die Antragsgegnerin führt zur Antragserwiderung an, dass bei der Leistungsbewilligung die private Kranken- und Pflegeversicherung bei der A. K. AG in Höhe des gemäß § 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB II geltenden Betrages berücksichtigt worden sei. Die Höhe des gewährten Zuschusses zur Kranken- und Pflegeversicherung sei richtig berechnet und angewandt worden. Der Antragsteller könne grundsätzlich nicht gesetzlich pflichtversichert werden. Die Krankenversicherung habe den Antragsteller bereits in den Basistarif eingestuft. Liege unabhängig von der Höhe der zu zahlenden Krankenversicherungsbeiträge Hilfebedürftigkeit vor, halbiere sich der Krankenversicherungsbeitrag ebenfalls. Als Zuschuss werde trotz des zu zahlenden halben Beitrags im Basistarif nur der gesetzliche Beitrag übernommen. Die Antragsgegnerin habe vorsorglich am 21.07.2009 beim SGB XII-Träger einen Anteil auf Übernahme eines eventuell verbleibenden Eigenanteils gestellt.

Die Antragsgegnerin hat mit Widerspruchsbescheid vom 29.07.2009 den Widerspruch zurückgewiesen und zur Begründung nochmals darauf verwiesen, dass die Höhe des Zuschusses zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung gemäß § 26 SGB II zwingend vorgeschrieben sei.

Am 31.07.2009 fand ein Termin zur Erörterung des Sachverhalts statt. Hier hat der Antragsteller erklärt, dass er von seinen Ärzten nicht mehr behandelt werde und auch die Arztrechungen von der A. K. AG nicht erstattet würden. Der Antragsteller legte einen Beschluss vom 02.07.2009 über die Eröffnung des Insolvenzverfahrens über sein Vermögen (Az: ...) und ein Schreiben der A. K. AG vom 28.07.2009 vor. In dem Schreiben werden die zur Erstattung vom Antragsteller eingereichten Beträge mit den noch offenen Beiträge komplett verrechnet. Zudem wird ausgeführt, dass nur ein Teil der möglichen Tarifleistungen überwiesen werde, da der Vertrag derzeit ruhe. Der Antragsteller erhalte eine Erstattung in Höhe des Leistungsumfangs der gesetzlichen Krankenversicherung.

Das Gericht hat die A. K. AG mit Fax vom 03.08.2009 unter Fristsetzung bis zum 10.08.2009 angefragt, ob der Antragsteller im Basistarif versichert sei und wie hoch diese Tarif sei. Des weiteren wurde die A. K. AG aufgefordert mitzuteilen, weshalb die Versicherung trotz des Bezuges von Leistungen nach dem SGB II und trotz der Regelung des § 193 Abs. 6 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) ruhe.

Die Antragsgegnerin teilte mit Schreiben vom 31.07.2009, eingegangen bei Gericht am 04.08.2009, mit, dass der Basistarif gemäß § 12 Abs. 1c Satz 1 VAG 569,63 Euro betrage. Der ermäßigte Basistarif gemäß § 12 Abs. 1c S. 4 VAG betrage dementsprechend 284,82 Euro. Im übrigen seien die Regelungen des § 26 Abs. 2 SGB II bezüglich der Höhe der Kostenübernahme unmissverständlich. Aus einem Vergleich mit der entsprechenden Regelung in § 32 Abs. 5 SGB XII gehe hervor, dass es sich um eine bewusste Regelung des Gesetzgebers handle. Es bestehe jedoch die Möglichkeit, die unstreitige Deckungslücke zwischen dem ermäßigten Basistarif und den vom SGB II - Träger zu übernehmenden Betrag nach § 32 Abs. 5 SGB XII zu decken. Hilfsweise käme als Rechtsgrundlage auch § 67 SGB XII in Betracht. Eine entsprechende Anfrage an den SGB XII - Träger sei von der Antragsgegnerin gestellt worden. Eine Antwort liege bisher nicht vor.

Von Seiten der Antragsgegnerin wurde am 05.08.2009 ein Angebot der A. K. AG über den Basistarif für den Antragsteller vorgelegt. Danach beträgt der Basistarif für die Krankenversicherung 569,63 Euro zuzüglich der Pflegepflichtversicherung in Höhe von 25,10 Euro. Des weiteren wurde ein Tarif Reise Plus in Höhe von 0,80 Euro erhoben.

Der Antragsteller hat am 12.08.2009 Klage gegen den Widerspruchsbescheid vom 29.07.2009 erhoben und zur Klagebegründung auf das Vorbringen im Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes verwiesen. Das Verfahren erhielt das Aktenzeichen S 9 AS 5449/09.

Die Antragsgegnerin hat am 12.08.2009 den Ablehnungsbescheid des Sozialhilfeträgers vom 10.08.2009 übersandt. Darin wird ausgeführt, dass der Antragsteller nicht leistungsberechtigt nach dem SGB XII sei, da er als erwerbsfähige Person dem Grunde nach Ansprüche nach dem SGB II habe.

Bezüglich des weiteren Vorbringens der Beteiligten und der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts wird auf den Akteninhalt verwiesen.

II

Der Antrag ist zulässig und im tenorierten Umfang begründet.

Nach § 86b Abs. 2 S.1 Sozialgerichtsgesetz (im Folgenden SGG) kann das Gericht der Haupt-sache auf Antrag eine einstweilige Anordnung in Bezug auf den Streitgegenstand treffen, soweit ein Fall des [§ 86b SGG] Absatz 1 nicht vorliegt, wenn die Gefahr besteht, dass durch eine Veränderung des bestehenden Zustandes die Verwirklichung eines Rechts des Antragstellers vereitelt oder wesentlich erschwert werden könnte. Nach § 86b Abs. 2 S.2 SGG sind einstweilige Anordnungen auch zur Regelung eines vorläufigen Zustandes in Bezug auf ein streitiges Rechtsverhältnis zulässig, wenn eine solche Regelung zur Abwendung wesentlicher Nachteile nötig erscheint. Als Sicherungsanordnung nach § 86b Abs. 2 S.1 SGG ist der Antrag darauf gerichtet, einen bestehenden Zustand aufrechtzuerhalten, wobei wegen des Vorrangs des § 86b Abs. 1 SGG, der Eingriff in einen bestehenden Zustand nicht durch einen anfechtbaren Verwaltungsakt erfolgt sein darf. Die Regelungsanordnung nach § 86b Abs. 2 S.2 SGG dient hingegen der vorläufigen Einräumung einer bislang noch nicht bestehenden Rechtsposition bzw. der Erweiterung einer bestehenden Rechtsposition. Ein Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ist, ungeachtet der Differenzierung zwischen Regelungs- und Sicherungsanordnung, nach § 86b Abs. 2 SGG begründet, wenn ein Anordnungsanspruch im Sinne eines materiell-rechtlichen Anspruches sowie ein Anordnungsgrund im Sinne einer besonderen Eilbedürftigkeit vorliegen und bezüglich beiden Punkten eine ausreichende Richtigkeitswahrscheinlichkeit gegeben ist.

Hierzu müssen die dem Anordnungsanspruch und grund zugrunde liegenden Tatsachen glaubhaft (§ 86b Abs. 2 S.4 i. V. m. § 920 Abs. 2 Zivilprozessordnung), d.h. überwiegend wahrscheinlich, gemacht sein. Das Gericht führt hierbei eine summarische Prüfung der Sach und Rechtslage in dem Umfang durch, wie es der zur Verfügung stehenden Zeit möglich ist (Binder in Lüdtke [Hrsg.] Sozialgerichtsgesetz - Handkommentar -, 2. Auflage, 2005, § 86b, Rn. 40; Keller in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, Sozialgerichtsgesetz -Kommentar-, 8. Auflage, 2005, § 86b, Rn. 16c).

Die Anforderungen an die Richtigkeits- und Wahrscheinlichkeitsprüfung sind im Rahmen der einstweiligen Anordnung gegenüber der Hauptsachenentscheidung herabgesetzt. Dies ergibt sich aus dem Zweck der einstweiligen Anordnung, den Rechtsstreit bis zur Entscheidung in der Hauptsache offen zu halten und schnellen Rechtsschutz zu gewähren. Die Prüfung hat umso eingehender zu erfolgen, je schwerer die möglichen Folgen wiegen. Bei Grundsicherungsleistungen ist - sofern eine intensive Prüfung der Sach- und Rechtslage in der zur Verfügung stehenden Zeit nicht möglich ist - zur Gewährleistung eines effektiven Grundrechtsschutzes der Entscheidung über den einstweiligen Rechtsschutz eine umfassende Güter- und Folgenabwägung zugrunde zulegen (vgl. Binder in Lüdtke Handkommentar zum SGG, 3. Auflage, § 86b Rn. 42ff). Hierfür genügt schon eine nur zeitweilige Beeinträchtigung in der grundrechtlichen Position, da die in dieser Zeit beeinträchtigte Menschenwürde auch durch nachträgliche Gewährung von Grundsicherungsleistungen nach Abschluss der Hauptsache nicht mehr tatsächlich beseitigt werden kann. Allerdings ist nach dem Bundesverfassungsgericht die umfassende Abwägung nur dann durchzuführen, wenn die unzumutbare Beeinträchtigung nicht anders als durch die Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes abwendbar ist (BVerfG 12.05.2005 - 1 BvR 569/05).

Die Kammer ist nach summarischer Prüfung der Sach- und Rechtslage und Durchführung einer Güter- und Folgenabwägung zu der Überzeugung gekommen, dass dem Antragsteller die Kosten für die Kranken- und Pflegeversicherung in Höhe von 252,86 Euro durch die Antragsgegnerin zu gewähren ist. Des weiteren ist der jährliche Selbstbehalt von 300 Euro durch die Antragsgegnerin zu tragen.

Zwar ist gemäß § 26 Abs. 2 Nr. 2 SGB II in der Fassung ab dem 01.01.2009 in Verbindung mit § 12 Abs. 1c Satz 5 und 6 Versicherungsaufsichtsgesetz der Zuschuss zur Kranken- und Pflegeversicherung in der Höhe auf den Betrag beschränkt, der auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen ist, jedoch ist § 26 Abs. 2 Nr. 2 SGB II in Verbindung mit § 12 Abs. 1c Satz 5 und 6 Versicherungsaufsichtsgesetz im Rahmen der Interessen - und Folgenabwägung gemäß § 86b Abs. 2 Satz 1 SGG dahingehend auszulegen, dass die Kostenübernahme nicht auf den ermäßigten Betrag eines Beziehers von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Krankenversicherung beschränkt ist, sondern zumindest gemäß § 12 Abs. 1c Satz 4 Versicherungsaufsichtsgesetz der hälftige, der reduzierte Basistarif von der Antragsgegnerin zu zahlen ist.

Die Beschränkung des Zuschusses auf den Betrag, der für einen in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Leistungsbezieher anfällt, führt im Falle eines in der privaten krankenversicherten Versicherung versicherten Leistungsbeziehers zu einer existenzgefährdenden Bedarfsunterdeckung. So beschränkt sich der Zuschuss gemäß § 12 Abs. 1c Satz 6 Versicherungsaufsichtsgesetz auf den Betrag von 125,22 EUR für die Krankenversicherung und 17,20 EUR für die Pflegeversicherung. Angesichts eines zu zahlenden Beitrags in Höhe von 253,66 Euro besteht eine monatliche Bedarfsunterdeckung in Höhe von 111,24 EUR.

Die Kammer verkennt nicht, dass nach dem Wortlaut der gesetzlichen Regelung des § 26 Abs. 2 SGB II in Verbindung mit § 12 Abs. 1c Satz 5 und 6 Versicherungsaufsichtsgesetz nach dem Wortlaut den Betrag auf den zu zahlenden Betrag in der gesetzlichen Krankenversicherung beschränkt. Es ist jedoch zu beachten, dass aus dem Grundgesetz ein Anspruch aus Artikel 1 GG in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip des Art. 20 Abs. 1 GG auf Gewährung eines Existenzminimums besteht. Die Hilfe des Staates muss die "Mindestvoraussetzungen für ein menschenwürdiges Dasein" sicherstellen (BVerfGE 40,121/133). Im übrigen beinhaltet der Sozialstaat auch die Schaffung sozialer Sicherungssysteme gegen die Wechselfälle des Lebens (BVerfGE 28,324/ 348ff) wie die Krankenversicherung (BVerfGE 68, 193/ 209). Aus diesen Vorgaben folgt, dass im Rahmen des Existenzminimums auch Fürsorge für den Fall von Krankheit im Umfang einer die grundlegenden Bedürfnisse abdeckenden Minimalversorgung beinhaltet. Des weiteren ist zu beachten, dass Grundsicherungsleistungen zumindest so beschaffen sein müssen, dass der gesetzlich festgelegte Hilfebedarf gedeckt. Keinesfalls ist damit jedoch vereinbar, dass durch den Bezug von Grundsicherungsleistungen in Folge einer gesetzlich vorgegebenen Bedarfsunterdeckung monatlich Schulden anfallen.

Die Regelung des § 26 Abs. 2 Nr. 2 SGB II in Verbindung mit § 12 Abs. 1c Satz 5 und 6 Versicherungsaufsichtsgesetz führt jedoch zu einer regelmäßigen Bedarfsunterdeckung in Höhe von 111,24 EUR pro Monat im Fall des Antragstellers. Allgemein sind durch diese gesetzlichen Vorgaben eine ausreichende Deckung der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge im Basistarif durch den Grundsicherungsträger nicht möglich. Dies widerspricht jedoch nach Auffassung der Kammer bereits der gesetzgeberischen Absicht, mit welcher § 5 SGB V mit Wirkung ab dem 01.01.2009 ebenfalls geändert wurde. Bisher waren Personen gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch beziehen, soweit sie nicht familienversichert sind, versicherungspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung. Mit dem neu eingefügten § 5 Abs. 5a SGB V wurde geregelt, dass nach Abs. 1 Nr. 2a nicht versicherungspflichtig ist,

wer unmittelbar vor dem Bezug von Arbeitslosengeld II privat krankenversichert war oder weder gesetzlich noch privat krankenversichert war und zu den in Abs. 5 oder den in § 6 Abs. 1 oder 2 genannten Personen gehört oder bei Ausübung seiner beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätte. Satz 1 gilt nicht für Personen, die am 31. Dezember 2008 nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a versicherungspflichtig waren, für die Dauer ihrer Hilfebedürftigkeit. Da mit der Neuregelung im Krankenversicherungsrecht ab dem 01.01.2009 die privaten Krankenversicherungen künftig einen bezahlbaren Basistarif im Umfang des Leistungsangebots in der gesetzlichen Krankenversicherung für Personen anbieten müssen, die privat krankenversichert sind oder sein können, wird es nach der Gesetzesbegründung (vgl. Bundesratsdrucksache 755/06 Seite 266) nicht mehr für erforderlich gehalten, Arbeitslosengeld II-Bezieher auch dann in die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung einzubeziehen, wenn sie unmittelbar vor dem Leistungsbezug privat krankenversichert waren und als hauptberuflich selbstständige Erwerbstätige oder als versicherungsfreie Personen zu dem Personenkreis gehören, der grundsätzlich der privaten Krankenversicherung zuzuordnen ist. Der Antragsteller, der nach der bisherigen Regelung durch den Arbeitslosengeld II-Bezug gesetzlich krankenversichert geworden wäre, bleibt daher nach der Neuregelung des § 5 Abs. 5a Satz 1 SGB V privat krankenversichert. Der Gesetzgeber ging jedoch mit der Neuregelung davon aus, dass mit der Einführung des Basistarifes die Einbeziehung der Personengruppe der Selbstständigen und bisher privat Krankenversicherten in die gesetzliche Krankenversicherung nicht mehr erforderlich sei. Dies kann jedoch nur dann gelten, wenn durch den Basistarif ein gleichwertiger Krankenversicherungsschutz gewährt wird. Die Regelung des § 26 Abs. 2 SGB II in Verbindung mit § 12 Abs. 1c Satz 5 und 6 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) führt jedoch zu einer erheblichen Bedarfsunterdeckung.

Für die Kammer stellt diese Bedarfsunterdeckung nach summarischer vorläufiger Prüfung und Rechtsauffassung eine gesetzgeberische Lücke in verfassungsrechtlich bedenklichem Ausmaß dar. Der Gesetzgeber hat zum einen den Versicherungsschutz in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht mehr für notwendig gehalten, jedoch zum anderen durch die Neuregelung des Zuschusses eine Bedarfsunterdeckung verursacht. Auf der Bundestagsdrucksache 16/4247 Seite 60 wird ausgeführt, dass der neue Absatz 2 des § 26 SGB II die Krankenversicherung für Bezieher von Arbeitslosengeld II das Sozialgeld betreffe, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind. Soweit diese Personen für den Fall der Krankheit bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert seien, enthalte § 12 Abs. 1c Satz 5 und 6 VAG die Verpflichtung des Trägers nach dem Zweiten Buch, sich an den Aufwendungen im dort geregelten Umfang zu beteiligen. Aus Gründen der Rechtsklarheit und Anwenderfreundlichkeit verweise Nr. 1 auf diese Regelung. Aus der Gesetzesbegründung der Neuregelungen des § 12 Abs. 1c VAG geht bezüglich der Sätze 5 und 6 lediglich hervor, dass Satz 6 klarstellen solle, dass die Halbierung des Beitrags im Basistarif bei Entstehen oder Vorliegen von Hilfebedürftigkeit greife. Es bleibe bei der vorgesehenen Beteiligung der Grundsicherungsträger und der vorgesehenen Begrenzung möglicher finanzieller Belastungen der Versicherungsunternehmen in diesen Fällen (vgl. Bundestagsdrucksache 16/4247 Seite 69). Der Gesetzesbegründung ist mit keinem Wort zu entnehmen, dass dem Gesetzgeber die Folgen des Ausschlusses der Privatversicherten aus der gesetzlichen Krankenversicherung durch den Arbeitslosengeld II-Bezug und die Neuregelung des § 26 Abs. 2 mit der Beschränkung des Zuschusses auf den Beitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung vor Augen stand. Nach vorläufiger Auswertung der Gesetzesmaterialien ist jedoch auch anzunehmen, dass die Bedarfsunterdeckung im Falle einer privaten Kranken- und Pflegeversicherung gesetzgeberisch nicht willentlich in Kauf genommen wurde und daher ein gesetzgeberisches Versehen darstellen dürfte. Zumindest ist die Regelung in dieser Gestalt verfassungsrechtlich bedenklich, da zum verfassungsrechtlich geschützten Anspruch auf Sicherung des Existenzminimums auch ein ausreichender Schutz für den Fall der Krankheit und Pflege gehört.

Für diese Sichtweise spricht auch der Zweck und die systematische Stellung des § 12 VAG. Das VAG regelt die staatliche Aufsicht über private Versicherungsunternehmen. Es regelt insbesondere die Gründung, Rechtsnatur, Kapitalausstattung der Versicherungsunternehmen und die Befugnisse der Aufsichtsbehörde. In § 12 VAG wird den Versicherungsunternehmen das Recht zum Angebot einer substitutiven Krankenversicherung eingeräumt, dessen nähere Ausgestaltung im VVG geregelt ist. Im Rahmen der substitutiven Krankenversicherung besteht nunmehr die Verpflichtung der Versicherungsunternehmen zum Angebot von Basistarifen. § 12 VAG regelt somit das Verhältnis zwischen privater Krankenversicherung und (potentiellen) Versicherungsnehmern. Normzweck des VAG ist es nicht, das Rechtsverhältnis zwischen Beziehern von Sozialleistungen und den Sozialleistungsbehörden zu regeln. Dies ist Aufgabe des SGB II bzw. SGB XII (vgl. hierzu Beschluss des Sozialgerichts Freiburg mit dem Az.: S 12 SO 1917/09 ER sowie den nachfolgenden Beschluss des Landessozialgerichts Baden-Württemberg mit dem Az.: L 2 SO 2529/09 ERB). Diese Argumentation trifft nach Auffassung der Kammer nicht nur für den Bereich der Sozialhilfe zu, wo die Regelungen des SGB XII keine direkte Anknüpfung an § 12 Abs. 1c Satz 5 und 6 VAG vorsehen, sondern ist auch im Rahmen der Anwendung des § 26 Abs. 2 SGB II in Verbindung mit § 12 Abs. 1c VAG zu beachten. So geht aus der Gesetzesbegründung hervor, dass der Verweis auf § 12 VAG lediglich der Anwenderfreundlichkeit und Rechtsklarheit dienen soll. Eine Aufklärung des Wertungswiderspruch, dass einerseits mit der Einführung des Basistarifs ein Versicherungsbedarf geschaffen wird, um der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht Rechnung zu tragen, aber andererseits dessen Kosten vom Grundsicherungsträger nicht übernommen werden (vgl. SG Freiburg a.a.O.) geht hieraus nicht hervor.

Da vorliegend der Anspruch auf Sicherung des Existenzminimums betroffen ist, ist nach den Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts eine umfassende Güter- und Folgenabwägung zu treffen. So ist die Krankenversorgung des Antragstellers nach dessen glaubhaften Angaben im Erörterungstermin vom 31.07.2009 und dem Schreiben der A. K. AG vom 28.07.2009 akut gefährdet, da eine Erstattung der Honorarforderungen der Ärzte infolge der Aufrechnung der A. K. AG wegen der Beitragsschulden nicht erfolgt. Als weitere Folge wird der Antragsteller trotz akuter Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr von seine Ärzten behandelt. Dieser Zustand stellt jedoch eine existentielle, dem Antragsteller nicht zumutbare Notlage dar, durch welche sowohl die körperliche Unversehrtheit gemäß Art. 2 GG als auch der Anspruch auf Sicherung des Existenzminimums gemäß Art. 1 GG i.V.m. Art. 20 GG betroffen sind. Im übrigen werden durch die Bedarfsunterdeckung weitere Beitragsschulden des Antragstellers gegenüber der A. K. AG angehäuft. Die A. K. AG muss ihrerseits nicht einmal die volle Leistung entsprechend des Basistarifs erbringen, sondern könnte sich möglicherweise auf die minimalen Leistungen nach § 193 Abs. 6 Satz 4 VVG beschränken. Angesichts der betroffenen Rechtsgüter und der Folgen, die bei einer fortlaufenden Bedarfsunterdeckung entstehen, ist die Antragsgegnerin im Wege der einstweiligen Anordnung zu verpflichten, vorläufig ab Antragstellung, das heißt ab dem 24.07.2009 die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung zu übernehmen.

Einer einstweiligen Anordnung steht auch nicht entgegen, dass der Antragsteller bisher noch nicht in den Basistarif gewechselt ist. Der bisherige Kranken- und Pflegeversicherungstarif ist mit 252,80 Euro (Kranken- und Pflegeversicherung in Höhe von 253,66 Euro abzüglich dem Tarifbestandteil Reise Plus in Höhe von 0,80 Euro) und unter Einberechnung des Selbstbehalts von 300 Euro günstiger als der um die Hälfte ermäßigte Basistarif (569,63 Euro hiervon die Hälfte 284,81 Euro) zuzüglich des Pflegeversicherungsbeitrags in Höhe von 25,10 Euro.

Es ist auch ein Anordnungsgrund dahingehend gegeben, dass dem Antragsteller nicht zuzumuten ist, auf den (rechtskräftigen) Abschluss des Hauptsacheverfahrens verwiesen zu werden. Gemäß § 193 Abs. 6 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) in der Fassung des Gesetzes vom 23.11.2007 (Bundesgesetzblatt I 2631) kann die private Krankenversicherung das Ruhen der Leistungen der Krankenversicherung feststellen. Nach § 193 Abs. 6 Satz 2 VVG stellt der Versicherer, wenn zwei Wochen nach Zugang der Mahnung der Rückstand noch höher als der Prämienanteil für einen Monat ist, das Ruhen der Leistungen fest. Während der Ruhenszeit haftet der Versicherer ausschließlich für Aufwendungen, die zur Behandlung akuter Erkrankung und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Beendet ist das Ruhen nach § 193 Abs. 6 Satz 4 Alternative 2, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch wird. Die Verwendung des Wortes "wird" zeigt jedoch, dass diese Vorschrift nur gilt, wenn jemand, der bisher nicht hilfebedürftig war, Beitragsrückstände in der privaten Krankenversicherung hat und nunmehr erstmalig anspruchsberechtigt nach dem SGB II oder SGB XII wird und nicht für Versicherte, die bereits im Leistungsbezug nach dem SGB II oder SGB XII stehen. Da nach dem Schreiben der A. K. AG vom 28.07.2009 die Krankenversicherung derzeit ohne Rücksicht auf die Hilfebedürftigkeit des Antragstellers ruht, ist bereits aus diesem Grund ein Anordnungsgrund im Sinne einer besonderen Eilbedürftigkeit gegeben. Die Kammer verkennt nicht, dass das Ruhen im vorliegenden Fall aus Beitragsschulden aus der Zeit vor Eintritt der Hilfebedürftigkeit besteht, jedoch führt die fortlaufende Bedarfsunterdeckung zur Anhäufung weiterer Beitragsschulden und würde daher ebenfalls einen Ruhensgrund darstellen. Auch ist nach Auffassung der Kammer ungeklärt, ob § 193 Abs. 6 Satz 4 Alternative 2 auch für den Fall gilt, dass jemand bereits im Leistungsbezug nach dem SGB II und SGB XII steht und dann durch Beitragsschulden das Ruhen der Leistung in Betracht kommt. Es ist dem Antragsteller jedoch nicht zuzumuten, gegebenenfalls gegen seine Krankenversicherung im Zivilrechtsweg vorzugehen, um die Auslegung des § 193 Abs. 6 Satz 4 Alternative 2 VVG feststellen zu lassen.

Die Kammer vermag auch nicht der Ansicht des Sozialgerichts Heilbronn im Beschluss vom 10.03.2009, Az.: S 10 SO 602/09 ER zu folgen, wonach ein Anordnungsgrund nicht besteht, da der Antragsteller trotz der Deckungslücke nicht mit dem Verlust seines Versicherungsschutzes rechnen müsse, da das Versicherungsunternehmen weder zum Leistungsausschluss noch zur Kündigung des Versicherungsverhältnisses berechtigt sein dürfte. Das Sozialgericht Heilbronn leitet dies aus dem seit dem 01.01.2009 bestehenden Kontrahierungszwang für den Basistarif gemäß § 12 Abs. 1b VAG und § 193 Abs. 5 VVG her. Es geht davon aus, dass das in § 38 Abs. 3 VVG geregelte außerordentliche Kündigungsrecht des Versicherungsunternehmens bei Zahlungsverzug des Versicherungsnehmers mit den geschuldeten Beiträgen wegen des Widerspruchs zum Kontrahierungszwang im Basistarif nicht bestehe. Für die Kammer ist jedoch eine obergerichtliche Bestätigung dieser Rechtsauffassung nach summarischer Recherche nicht ersichtlich. Im übrigen führt ein Kontrahierungszwang lediglich zum Zwang, einen Vertrag abzuschließen. Die Leistungen könnten jedoch möglicherweise bei Nichterfüllung der Vertragspflichten verweigert werden, wie einen Vergleich zu den Energieversorgern und den dort gängigen Einstellungen der Stromlieferung zeigt. Zumindest ist angesichts der erst seit kurzen bestehenden Regelung des Basistarifs eine Rechtssicherheit diesbezüglich nicht gegeben.

Im übrigen ist der Versicherungsschutz auch durch die Möglichkeit der Aufrechnung gefährdet. Vorliegend hat die A. K. AG die zur Erstattung eingereichten Honorarforderungen mit den offenen Beiträgen verrechnet und trotz gleichzeitigem Hinweis auf das Ruhen des Vertrages unter Aufrechterhaltung des Leistungsumfangs in der gesetzlichen Krankenversicherung dem Antragsteller überhaupt nichts erstattet. Der Antragsteller hat glaubhaft versichert, dass er die Arztrechnungen nicht aus sonstigen Mitteln begleichen kann und seine Ärzte ihn in der Folge nicht mehr behandeln. Hieraus wird ersichtlich, dass die Deckungslücke sehr wohl zum praktischen Verlust des Krankenversicherungsschutzes führen kann. Ob das Vorgehen der A. K. AG in Anbetracht der Regelung des § 394 S. 1 BGB und der Rechtsprechung des Bundesgerichtshof hierzu (vgl. BGHZ 123,49) zivilrechtlich zulässig ist, muss für die vorliegende Entscheidung außer Acht bleiben, da es dem Antragsteller nicht zuzumuten ist, zunächst eine Entscheidung im gerichtskostenpflichtigen Zivilrechtsweg einzuholen. Im Ergebnis kann somit nicht davon ausgegangen werden, dass der Versicherungsschutz trotz der Deckungslücke in der Beitragszahlung ungefährdet ist.

Eine Deckung der fehlenden Beiträge über § 32 Abs. 5 SGB XII entsprechend den Ausführungen der Antragsgegnerin scheitert nach summarischer Prüfung der Kammer daran, dass der Antragsteller nicht zum Personenkreis des SGB XII gehört. Solange nicht wegen fehlender Erwerbsfähigkeit gemäß § 8 SGB II oder Erreichen der Altersgrenze gemäß § 7a SGB II ein Übertritt in den Regelungsbereich des SGB XII erfolgt, bleibt der Antragsteller den Regelungen des SGB II unterworfen. Da im SGB II mit § 26 SGB II eine Regelung über den Zuschuss zur Krankenversicherung existiert, besteht kein Raum für eine ergänzende Anwendung von § 32 Abs. 5 SGB XII. Aus demselben Grund ist auch § 67 SGB XII nicht anwendbar. Darüber hinaus wären auch dessen Tatbestandsvoraussetzungen nicht erfüllt, da vorliegend keine sozialen sondern wirtschaftliche Schwierigkeiten bestehen.

Der Antragsteller hat jedoch keinen Anspruch auf die Übernahme der Kosten für den Tarifbestandteil Reise Plus in Höhe von 0,80 Euro, da eine Auslandsreisekrankenversicherung nicht zur Gewährleistung des Existenzminimums erforderlich ist. Für die Übernahme der Kosten für den Eigenanteil der Medikamente besteht im SGB II keine rechtliche Grundlage.

Die Dauer der einstweiligen Anordnung war bis zum Ablauf des Bewilligungszeitraumes am 31.12.2009 zu befristen. Eine Anordnung bis zum Abschluss des Klageverfahrens S 9 AS 5449/09 kommt vorliegend nicht in Betracht, da sich zum einen die Höhe des Basistarifs im Jahr 2010 ändern kann, zum anderen der Fortbestand der Hilfebedürftigkeit über den 31.12.009 hinaus abzuwarten ist. Sollte der Antragsteller sich über den 31.12.2009 hinaus im Leistungsbezug befindet, so ist es ihm unbenommen im Januar 2010 einen erneuten Eilantrag auf Übernahme der Kosten für die Kranken- und Pflegeversicherung zu stellen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2009-08-25