

L 3 AS 3934/09 ER-B

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Grundsicherung für Arbeitsuchende
Abteilung
3
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 9 AS 5003/09 ER
Datum
13.08.2009
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 3 AS 3934/09 ER-B
Datum
16.09.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Beschluss
Leitsätze

Bezieher von Alg II oder Sozialgeld, die in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht versicherungspflichtig und nicht familienversichert sind und die bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, haben Anspruch auf einen Beitragszuschuss in Höhe ihres tatsächlichen notwendigen Beitrags, maximal bis zur Hälfte des Basisarifs.

Die Beschwerde der Antragsgegnerin gegen den Beschluss des Sozialgerichts Stuttgart vom 13. August 2009 wird zurückgewiesen.

Die Antragsgegnerin trägt die außergerichtlichen Kosten des Antragstellers im Beschwerdeverfahren.

Gründe:

I.

Zwischen den Beteiligten ist streitig, in welcher Höhe die Antragsgegnerin im Wege des einstweiligen Rechtsschutzverfahrens die Kosten des Antragstellers für die private Kranken- und Pflegeversicherung zu tragen hat.

Der 1967 geborene Kläger war als selbständiger Fahrzeugaufbereiter bei der A. Krankenversicherungs AG privat kranken- und pflegeversichert. Mit Beschluss des Amtsgerichts S. vom 02.07.2009 ist das Insolvenzverfahren über sein Vermögen wegen Zahlungsunfähigkeit eröffnet worden.

Vom 02.11.2007 bis zum 02.06.2009 bezog der Antragsteller Krankengeld. Am 02.06.2009 stellte er bei der Antragsgegnerin den Antrag auf Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II). Mit Bescheid vom 18.06.2009 bewilligte ihm die Antragsgegnerin Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II für die Zeit vom 02.06.2009 bis 31.12.2009. Darin enthalten ist u.a. 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 die Zeit von Juli bis Dezember 2009. Zur Begründung wird ausgeführt, den Restbetrag bis zur Versicherungsrate von 253,66 EUR habe der Antragsteller selbst zu tragen.

Hiergegen hat dieser Widerspruch eingelegt mit dem Antrag, die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung in voller Höhe zu übernehmen. Mit Widerspruchsbescheid vom 29.07.2009 hat die Antragsgegnerin den Widerspruch zurückgewiesen mit der Begründung, der bewilligte Beitragszuschuss entspreche der gesetzlichen Regelung in [§ 26 SGB II](#) i.V.m. [§ 12 Abs. 1c](#) Sätze 5 und 6 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG). Hiergegen hat der Antragsteller am 12.08.2009 Klage zum Sozialgericht Stuttgart (SG) erhoben.

Bereits zuvor hat der Antragsteller am 24.07.2009 beim SG beantragt, die Antragsgegnerin im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes zu verpflichten, seine Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge in voller Höhe sowie den prozentualen Anteil für seine Medikamente zuzüglich einer Selbstbeteiligung von 300,00 EUR pro Jahr zu übernehmen.

Mit Bescheid vom 06.07.2009 hat die A. S.-B. eine Kranken- und Pflegeversicherung des Antragstellers, der Antrag auf Gewährung von Rente wegen Erwerbsminderung gestellt hat, wegen Nichterfüllung der Vorversicherungszeit abgelehnt.

Den Antrag vom 21.07.2009 auf Gewährung von Hilfe zum Lebensunterhalt (Übernahme des nicht durch das JobCenter gedeckten Beitrages zur privaten Krankenversicherung) nach den Bestimmungen des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XII) hat das Bezirksamt Z. mit Bescheid vom 10.08.2009 abgelehnt mit der Begründung, der Antragsteller habe als erwerbsfähige Person dem Grunde nach Ansprüche

nach dem SGB II, so dass gemäß [§ 21 Satz 1 SGB XII](#) kein Anspruch nach dem SGB XII bestehe.

Die A. AG hat mitgeteilt, der Basistarif für die Krankenversicherung betrage 569,63 EUR zuzüglich der Pflegepflichtversicherung in Höhe von 25,10 EUR.

Ausweislich des Versicherungsscheins über die private Kranken- und Pflegeversicherung bei der A. hat der Kläger monatlich Beiträge für die Krankenversicherung in Höhe von 208,21 EUR zusätzlich eines Beitragszuschlags von 20,82 EUR, für die Pflegepflichtversicherung 23,83 EUR sowie für eine Reise-Plus-Versicherung 0,80 EUR zu entrichten.

Im Erörterungstermin vor dem SG hat der Antragsteller vorgetragen, seine Krankenversicherung verrechne derzeit die von ihm eingereichten Arztrechnungen mit offenen Beitragsschulden. Hierzu hat er ein entsprechendes Erstattungsschreiben der A. AG vorgelegt, im welchem diese den Erstattungsbetrag mit offenen Beiträgen verrechnet hat.

Mit Beschluss vom 13.08.2009 hat das SG die Antragsgegnerin im Wege der einstweiligen Anordnung verpflichtet, dem Antragsteller vorläufig einen monatlichen Zuschuss zur Kranken- und Pflegeversicherung in Höhe von 252,86 EUR unter Anrechnung bereits gewährter Leistungen sowie den jährlichen Selbstbehalt von 300,00 EUR vom 24.07.2009 bis zum 31.12.2009 zu zahlen. Im Übrigen hat es den Antrag abgelehnt und der Antragsgegnerin die Tragung von 4/5 der außergerichtlichen Kosten des Antragstellers auferlegt. Zur Begründung hat das SG ausgeführt, es liege sowohl ein Anordnungsanspruch als auch ein Anordnungsgrund vor. Richtig sei zwar, dass der Wortlaut der gesetzlichen Regelung des [§ 26 Abs. 2 SGB II](#) i.V.m. [§ 12 Abs. 1c](#) Sätze 5 und [6 VAG](#) den von der Antragsgegnerin zu gewährenden Zuschuss auf den für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragenden Betrag beschränke. Der danach zu gewährende Zuschuss in Höhe von 125,22 EUR für die Krankenversicherung und 17,20 EUR für die Pflegeversicherung führe angesichts eines vom Antragsteller zu zahlenden Beitrags in Höhe von 252,66 EUR zu einer regelmäßigen Bedarfsunterdeckung in Höhe von monatlich 111,24 EUR. Dies widerspreche bereits der gesetzgeberischen Absicht, die der Änderung von [§ 5](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) ab dem 01.01.2009 zugrunde gelegen habe. Der Gesetzgeber sei bei der Einfügung des [§ 5 Abs. 5a SGB V](#) ausweislich der Gesetzesbegründung ersichtlich davon ausgegangen, dass mit der Einführung eines Basistarifs in der privaten Krankenversicherung die Einbeziehung der Personengruppe der Selbständigen und bisher privat Krankenversicherten in die gesetzliche Krankenversicherung nicht mehr erforderlich sei. Es liege deshalb eine gesetzgeberische Lücke in verfassungsrechtlichem Ausmaß vor. Der Gesetzgeber habe zum einen den Versicherungsschutz in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht mehr für notwendig gehalten, zum anderen jedoch durch die Neuregelung des Zuschusses eine Bedarfsunterdeckung verursacht. Der Gesetzesbegründung zu [§ 12 Abs. 1c VAG](#) könne nicht entnommen werden, dass dem Gesetzgeber die Folgen des Ausschlusses der privat versicherten Alg II-Bezieher aus der gesetzlichen Krankenversicherung und die Neuregelung des [§ 26 Abs. 2 SGB II](#) mit der Beschränkung des Zuschusses auf den Beitrag für Leistungsbezieher in der gesetzlichen Krankenversicherung vor Augen gestanden habe. Es spreche deshalb viel dafür, dass hier ein gesetzgeberisches Versehen vorliege.

Vorliegend sei die Sicherung des Existenzminimums betroffen mit der weiteren Folge, dass der Antragsteller trotz aktueller Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr von seinen Ärzten behandelt werde. Dieser Zustand stelle eine existenzielle, dem Antragsteller nicht zumutbare Notlage dar, durch welche sowohl die körperliche Unversehrtheit gemäß [Artikel 2 Grundgesetz \(GG\)](#) als auch der Anspruch auf Sicherung des Existenzminimums gemäß [Artikel 1 GG](#) i.V.m. [Artikel 20 GG](#) betroffen sei. Angesichts der betroffenen Rechtsgüter und der Folgen, die bei einer fortlaufenden Bedarfsunterdeckung entstünden, sei die Antragsgegnerin im Wege der einstweiligen Anordnung zu verpflichten, vorläufig ab Antragstellung die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung zu übernehmen. Es sei auch insbesondere ein Anordnungsgrund gegeben, da bei einem Abwarten bis zum rechtskräftigen Abschluss des Hauptsacheverfahrens dem Antragsteller ein Ruhen seiner Krankenversicherung drohe. Der Antrag sei lediglich insoweit abzuweisen, als auch die Übernahme der Kosten für den Versicherungsbestandteil Reise-Plus in Höhe von monatlich 0,80 EUR geltend gemacht werde, da eine Auslandsreisekrankenversicherung nicht zur Gewährleistung des Existenzminimums erforderlich sei. Auch für die Übernahme der Kosten für den Eigenanteil an den Medikamenten bestehe im SGB II keine rechtliche Grundlage.

Gegen den am 13.08.2009 zugestellten Beschluss hat die Antragsgegnerin am 28.08.2009 Beschwerde eingelegt mit dem Antrag, den Beschluss des SG vom 13.08.2009 aufzuheben. Zur Begründung hat sie vorgetragen, es bestehe eine ausdrückliche gesetzliche Regelung über die Höhe der gemäß [§ 26 Abs. 2 SGB II](#) zu übernehmenden Beiträge zur privaten Krankenversicherung eines erwerbsfähigen Hilfebedürftigen. Der Wortlaut des [§ 12 Abs. 1c Nr. 6 VAG](#), auf den [§ 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB II](#) verweise, sei unmissverständlich, eine teleologische Reduktion dahingehend, dass die ungedeckten Beiträge zu übernehmen seien, komme nicht in Betracht. Der Gesetzgeber habe die Regelung auch bewusst getroffen. Dies zeige ein Vergleich zu den Regelungen des SGB XII, wonach gemäß [§ 32 Abs. 5 SGB XII](#) die angemessenen Beiträge zur privaten Krankenversicherung durch den SGB XII-Träger zu übernehmen seien. Dort fehle nämlich der Verweis auf [§ 12 Abs. 1c](#) Sätze 4 - [6 VAG](#).

Der Antragsteller hat sich nicht geäußert.

II.

Die frist- und formgerecht eingelegte Beschwerde ist zulässig, jedoch nicht begründet. Das SG hat im angefochtenen Beschluss zurecht die Antragsgegnerin im Wege der einstweiligen Anordnung verpflichtet, dem Antragsteller vorläufig einen monatlichen Zuschuss zur Kranken- und Pflegeversicherung in Höhe des von ihm zu entrichtenden Beitrages abzüglich des Beitragsanteils für die Auslandskrankenversicherung zu gewähren. Hierzu wird auf die dortigen Ausführungen gem. [§ 142 Abs. 2 Satz 3 SGG](#) verwiesen.

Ergänzend ist Folgendes auszuführen: Nach [§ 86 b Abs. 2 Satz 2 SGG](#) kann das Gericht der Hauptsache auf Antrag eine einstweilige Anordnung zur Regelung eines vorläufigen Zustands in Bezug auf ein streitiges Rechtsverhältnis erlassen, wenn eine solche Regelung zur Abwendung wesentlicher Nachteile nötig erscheint (Regelungsanordnung). Der Erlass einer einstweiligen Anordnung verlangt grundsätzlich die Prüfung der Erfolgsaussichten in der Hauptsache sowie die Erforderlichkeit einer vorläufigen gerichtlichen Entscheidung. Die Erfolgsaussicht des Hauptsacherechtsbehelfs (Anordnungsanspruch) und die Eilbedürftigkeit der erstrebten einstweiligen Regelung (Anordnungsgrund) sind glaubhaft zu machen ([§ 86 b Abs. 2 Satz 4 SGG](#) in Verbindung mit [§ 920 Abs. 2](#) der Zivilprozessordnung). Besondere Anforderungen an die Ausgestaltung des Eilverfahrens ergeben sich aus [Artikel 19 Abs. 4 GG](#), wenn ohne die Gewährung vorläufigen

Rechtsschutzes schwere und unzumutbare, anders nicht abwendbare Beeinträchtigungen entstehen können, die durch das Hauptsacheverfahren nicht mehr zu beseitigen wären. Eine solche Fallgestaltung ist anzunehmen, wenn es - wie hier - im Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes um die Sicherung des verfassungsrechtlich garantierten Existenzminimums während eines gerichtlichen Hauptsacheverfahrens geht. Ist während des Hauptsacheverfahrens das Existenzminimum nicht gedeckt, kann diese Beeinträchtigung nachträglich nicht mehr ausgeglichen werden, selbst wenn die im Rechtsbehelfsverfahren erstrittenen Leistungen rückwirkend gewährt werden (BVerfG, Beschluss vom 12.05.2005, [NVwZ 2005, 927](#), 928). Die Gerichte müssen in solchen Fällen, wenn sie sich an den Erfolgsaussichten der Hauptsache orientieren wollen, die Sach- und Rechtslage nicht nur summarisch, sondern abschließend prüfen (vgl. BVerfG [NVwZ 2004, 95](#), 96). Dies gilt insbesondere, wenn das einstweilige Rechtsschutzverfahren vollständig die Bedeutung des Hauptsacheverfahrens übernimmt und eine endgültige Verhinderung der Grundrechtsverwirklichung eines Beteiligten droht. Entschließen sich die Gerichte zu einer Entscheidung auf dieser Grundlage, so dürfen sie die Anforderungen an die Glaubhaftmachung durch den Antragsteller eines Eilverfahrens nicht überspannen. Die Anforderungen haben sich vielmehr am Rechtsschutzziel zu orientieren, das die Antragsteller mit ihrem Begehren verfolgen (BVerfG a.a.O.). Ist dem Gericht eine vollständige Aufklärung der Sach- und Rechtslage im Eilverfahren nicht möglich, so ist anhand einer Folgenabwägung zu entscheiden. Auch in diesem Fall sind die grundrechtlichen Belange der Antragsteller umfassend in die Abwägung einzubeziehen.

Auch zur Überzeugung des Senats liegt eine planwidrige Regelungslücke vor, die durch Übertragung einer für einen anderen Tatbestand vorgesehenen Rechtsfolge zu schließen ist (BSGE 82, 68, 71 f.).

Nach dem Wortlaut des [§ 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB II](#) in der ab 01.01.2009 geltenden Fassung des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) vom 26.03.2007 ([BGBl. I S. 378](#)) gilt für Bezieher von Alg II, die in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht versicherungspflichtig sind und die für den Fall der Krankheit bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, [§ 12 Abs. 1c Satz 5](#) und 6 des VAG. Nach [§ 12 Abs. 1c Satz 6](#) Zweiter Halbsatz VAG zahlt der zuständige Träger, wenn unabhängig von der Höhe des zu zahlenden Beitrags Hilfebedürftigkeit nach dem SGB II besteht, den Betrag, der auch für einen Bezieher von Alg II in der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen ist.

Nach dem Wortlaut hat der Bezieher von Alg II den Differenzbetrag danach selbst zu tragen. Der Leistungsbezieher kann den Beitrag jedoch nur aus der Regelleistung bestreiten. In dieser sind jedoch Leistungen für den Krankenversicherungsschutz - jedenfalls in dieser Höhe - nicht enthalten (vgl. den tabellarischen Überblick des Gesetzgebers über den zu sichernden Bedarf, BT-Drucks. 15/11516 S. 55; vgl. hierzu auch SG Karlsruhe, Urteil vom 10.08.2009 - [S 5 AS 2121/09](#) - Rn. 53 - in juris). Nach der Konzeption des SGB II sind die Kosten der Kranken- und Pflegeversicherung nicht in der Regelleistung enthalten.

Auch den Gesetzesmotiven kann nicht entnommen werden, dass - entgegen der Konzeption des SGB II - der nicht gedeckte Teil der Kosten für die private Kranken- und Pflegeversicherung aus Mitteln der Regelleistung zu tragen ist. Im Gesetzentwurf zum GKV-WSG ([BT-Drucks. 16/3100](#)) vom 24.10.2006 war eine Änderung des [§ 26 SGB II](#) noch nicht enthalten. [§ 12 Abs. 1c Satz 6 VAG](#) war wie folgt gefasst: "Besteht unabhängig von der Höhe des zu zahlenden Beitrags Hilfebedürftigkeit nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch, zahlt der zuständige Träger den Betrag, der auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen ist. Zur Begründung der Neufassung von [§ 12 Abs. 1c VAG](#) wird ausgeführt (S. 207), Abs. 1 c erweitere für den Basistarif die bisher für den Standardtarif geltenden Regelungen zur Begrenzung der Prämienhöhe: Um die Bezahlbarkeit des Basistarifs zu gewährleisten, dürfe dessen Beitrag den durchschnittlichen GKV-Höchstbeitrag nicht überschreiten. Würde die Bezahlung eines solchen Beitrags Hilfebedürftigkeit im Sinne von SGB II oder SGB XII auslösen, stellten weitere Regelungen sicher, dass die Betroffenen nicht finanziell überfordert würden. Eine Belastung mit Beiträgen für die Kranken- und Pflegeversicherung in Höhe von beinahe einem Drittel der Regelleistung dürfte jedoch eine - nicht gewollte - finanzielle Überforderung darstellen. [§ 12 Abs. 1c S. 6 VAG](#) konnte danach auch so gelesen werden, dass eine Beitragspflicht in der privaten Krankenversicherung nur in Höhe des Betrages der gesetzlichen Krankenversicherung für Alg II-Bezieher bestand.

Aufgrund der Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit zum GKV-WSG ([BT-Drucks. 16/4200](#)) vom 31.01.2007 erfolgte eine Neufassung von [§ 26 Abs. 2](#) und 3 SGB II (Verweis auf [§ 12 Abs. 1c](#) Sätze 5 und 6 VAG) sowie eine Änderung in [§ 12 Abs. 1c Satz 6 VAG](#) in Form der nachfolgenden Gesetzesfassung. In der Begründung des Ausschusses wird hierzu ausgeführt ([BT-Drucks. 16/4247 S. 69](#)), Satz 6 stelle klar, dass die Halbierung des Beitrags im Basistarif bei Entstehen oder Vorliegen von Hilfebedürftigkeit greife. Es bleibe bei der vorgesehenen Beteiligung der Grundsicherungsträger und der vorgesehenen Begrenzung möglicher finanzieller Belastungen der Versicherungsunternehmen in diesen Fällen. Eine Auseinandersetzung mit der Frage, in welcher Weise und aus welchen Mitteln Alg II-Bezieher den Differenzbetrag aufzubringen hätten, hat danach ersichtlich nicht stattgefunden.

Es kann deshalb auch nicht daraus, dass der Gesetzgeber im SGB XII nicht auf die Regelungen des VAG Bezug genommen hat, geschlossen werden, der Gesetzgeber habe im SGB XII bewusst von einer Bezugnahme abgesehen. Im Übrigen hat der 2. Senat des LSG Baden-Württemberg (Beschluss vom 30.06.2009 - [L 2 SO 2529/09 ER-B](#)) nicht entschieden, ein Verweis auf [§ 12 Abs. 1c S. 4-6 VAG](#) erfolge in [§ 32 SGB XII](#) "ausdrücklich nicht", sondern ein solcher Verweis erfolge "nicht ausdrücklich".

Auch das BVerfG hat sich in seiner Entscheidung vom 10.06.2009 ([1 BvR 706/08](#)) mit der vorliegenden Problematik nicht auseinandergesetzt, sondern lediglich ausgeführt, die in [§ 12 Abs. 1c S. 4-6 VAG](#) vorgesehenen Beitragsbegrenzungen bei Hilfebedürftigen seien verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden (BVerfG, Rn. 184) und in Rn. 195 der Entscheidung lediglich den Gesetzeswortlaut wiederholt.

Verfassungsrechtlich bedenklich hinsichtlich einer Ungleichbehandlung dürfte sein, dass sich ein unterschiedlicher Anspruch nach [§ 12 Abs. 1c Satz 5 VAG](#) und [§ 12 Abs. 1c Satz 6 VAG](#) ergibt.

[§ 12 Abs. 1c Satz 6 VAG](#) regelt die Beitragshöhe und den Zuschuss für Personen, die unabhängig von der Höhe des zu zahlenden Beitrags zur Krankenversicherung hilfebedürftig nach dem SGB II oder SGB XII sind. Nach dem Wortlaut von Satz 6 ist der Zuschuss auf den für einen Bezieher von Alg II in der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragenden Beitrag beschränkt. Demgegenüber besteht eine solche Beschränkung bei einem Anspruch nach Satz 5 nicht. Satz 5 hat 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. Danach ist folgende Konstellation denkbar. Der Berechtigte verfügt über Einkommen in Höhe des Regelsatzes sowie seiner Kosten der Unterkunft und ist deshalb nicht hilfebedürftig nach dem SGB II. Nach Satz 5 hat er Anspruch auf Beteiligung des zuständigen Trägers nach dem SGB II in erforderlichem Umfang, soweit dadurch Hilfebedürftigkeit vermieden wird, somit in Höhe der notwendig anfallenden Kosten für die Kranken- und Pflegeversicherung, somit maximal in Höhe des halben Basistarifs.

Der Anspruch auf Übernahme der Beiträge zur privaten Pflegeversicherung ergibt sich aus [§ 28 Abs. 3 Satz 1 SGB II](#). Danach werden für Bezieher von Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld, die in der sozialen Pflegeversicherung nicht versicherungspflichtig und nicht familienversichert sind, für die Dauer des Leistungsbezugs die Aufwendungen für eine angemessene private Pflegeversicherung im notwendigen Umfang übernommen.

Der Antragsteller ist weder verpflichtet noch in der Lage, die Differenz zwischen der Höhe seines Krankenversicherungs- und Pflegeversicherungsbeitrages und den Zuschuss durch die Antragsgegnerin aus der ihm bewilligten Regelleistung zu begleichen. Diese dient gemäß [§ 20 Abs. 1 SGB II](#) der Sicherung des Lebensunterhalts, insbesondere der Ernährung, Kleidung, Körperpflege, Hausrat, Haushaltsenergie (ohne die auf die Heizung anfallenden Anteile), Bedarf des täglichen Lebens sowie vertretbarem Umfang auch Beziehungen zur Umwelt und eine Teilnahme am kulturellen Leben. Die Regelleistung umfasst zwar auch Aufwendungen für die Gesundheitspflege, und zwar im wesentlichen diejenigen Aufwendungen, die ein Versicherter nach dem SGB II selbst tragen muss, wie z.B. die Kosten für die Praxisgebühr, Zuzahlungen oder die Kosten nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel. Nicht von der Regelleistung umfasst sind dagegen die Aufwendungen für die Krankenversicherungsbeiträge (vgl. [BT-Drucks. 15/1516, Seite 55](#)).

Dem Antragsteller ist auch ein Zuwarten bis zur Entscheidung in der Hauptsache nicht zumutbar. Zwar verliert er bei Nichtzahlung der vollständigen Beiträge nicht seinen Versicherungsschutz. Seit dem 01.01.2009 gilt für alle Personen, die weder gesetzlich krankenversichert sind noch einem dritten Sicherungssystem angehören, eine Pflicht zum Abschluss und zur Aufrechterhaltung einer Krankheitskostenversicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen ([§ 193 Abs. 3](#) Versicherungsvertragsgesetz - VVG -). Jede Kündigung einer Krankheitskostenversicherung, mit der die Pflicht nach [§ 193 Abs. 3 Satz 1 VVG](#) (also zum Abschluss einer substitutiven Krankheitskostenversicherung) erfüllt wird, durch den Versicherer ist ausgeschlossen ([§ 206 Abs. 1 Satz 1 VVG](#)). Dem Antragsteller droht jedoch, von der ärztlichen Behandlung ausgeschlossen zu sein, da er als Privatversicherter zunächst die ärztliche Behandlung selbst bezahlen muss und auf den Weg der Kostenerstattung angewiesen ist. Mangels ausreichender finanzieller Mittel ist ihm damit eine ausreichende medizinische Versorgung, die Teil des von [Artikel 1 Abs. 1](#) und [Artikel 20 Abs. 1 GG](#) geschützten Existenzminimums (BSG, SozR 4-2005, § 62 Nr. 6 Rn. 31) ist, nicht möglich.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Dieser Beschluss ist nicht anfechtbar ([§ 177 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2009-10-07