L 2 SO 4665/09 PKH-B

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Pflegeversicherung
Abteilung
2
1. Instanz
SG Mannheim (BWB)
Aktenzeichen
S 2 SO 1411/09
Datum
14.09.2009
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 2 SO 4665/09 PKH-B
Datum
17.11.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum

-

Kategorie
Beschluss

Der Beschluss des Sozialgerichts Mannheim vom 14. September 2009 wird aufgehoben.

Dem Kläger wird für das Sozialgerichtsverfahren S 2 SO 1411/09 Prozesskostenhilfe ohne Ratenzahlung bewilligt und Rechtsanwältin Heidrun Süß, Friedrichsplatz 16, 68165 Mannheim beigeordnet.

Gründe:

Die zulässige Beschwerde des Klägers gegen die Ablehnung seines Antrags auf Bewilligung von Prozesskostenhilfe (PKH) ist begründet.

Nach [§ 73 a](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) i. V. m. [§ 114 Abs. 1](#) der Zivilprozessordnung (ZPO) erhält ein Beteiligter, der nach seinen persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen die Kosten der Prozessführung nicht, nur zum Teil oder nur in Raten aufbringen kann, auf Antrag PKH, wenn die beabsichtigte Rechtsverfolgung hinreichende Aussicht auf Erfolg bietet und nicht mutwillig erscheint.

Nach diesen Grundsätzen hat das Sozialgericht den Antrag des Klägers, der nach den vorliegenden Unterlagen über seine persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse die Kosten der Prozessführung nicht aufbringen kann, zu unrecht wegen mangelnder Erfolgsaussicht abgelehnt. Ob die Entscheidung der Beklagten vom 26.01.2009 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 30.03.2009 rechtmäßig ist, im Rahmen der laufenden Leistungen wegen Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung ab dem 1. Januar 2009 Kosten für die private Krankenversicherung und für die Pflegeversicherung, die bei der Continentale Versicherung in einem Tarif mit 2.300 EUR Selbstbeteiligung in Höhe von insgesamt 284,05 EUR monatlich anfallen, lediglich in Höhe von 147,33 EUR zu übernehmen, erscheint durchaus fraglich.

Die Aufwendungen für Krankenversicherung hat die Beklagte im Rahmen der gewährten Grundsicherung und bei Erwerbsminderung gem. [§ 42 Satz 1 Nr. 4](#) i. V. m. [§ 32 Abs. 5 Satz 1](#) Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) zu übernehmen, soweit sie angemessen sind; und soweit werden auch die Aufwendungen für eine Pflegeversicherung übernommen ([§ 32 Abs. 5 Satz 4 SGB XII](#)). Bei dem Begriff der Angemessenheit handelt es sich um einen unbestimmten Rechtsbegriff, der gerichtlich voll nachprüfbar ist.

Dabei ist [§ 32 Abs. 5 SGB XII](#) vor dem Hintergrund zu sehen, dass durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz-GKV-WStG) vom 26. März 2007 seit 1.1.2009 für alle Einwohner Deutschlands eine Versicherungspflicht in der gesetzlichen oder der privaten Krankenversicherung begründet worden ist. Damit wird der Zweck verfolgt, durch gesetzliche und private Krankenversicherung als jeweils eigene Säule für die ihnen zugewiesenen Personenkreise einen dauerhaften und ausreichenden Versicherungsschutz gegen das Risiko der Krankheit auch in sozialen Bedarfssituationen sicherzustellen. Hierzu wurden zahlreiche Vorschriften des Sozialgesetzbuchs Fünftes Buch (SGB V), des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) und des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) sowie der Kalkulationsverordnung geändert. (vgl. BVerfG, Urteil v. 10.6.2009 - 1 BvR 706/0 8,1 BvR 814/0 8,1 BvR 819/0 8,1 BvR 832/0 8,1 [BvR 837/08](#) - ermittelt über Juris Rn. 13). Danach besteht 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 VVG](#)). Jede Kündigung einer Krankheitskostenversicherung, mit der die Pflichten nach [§ 193 Abs. 3 Satz 1 VVG](#) (also zum Abschluss einer substitutiven Krankheitskostenversicherung) erfüllt wird, durch den Versicherer ist ausgeschlossen - selbst bei Prämienrückstand (absolutes Kündigungsverbot, [§ 206 Abs. 1 Satz 1 VVG](#)); für den Fall tritt unter den in [§ 193 Abs. 6 VVG](#) näher bestimmten Voraussetzungen das Ruhen des Leistungsanspruchs ein. Das Ruhen endet, wenn die rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenden Beitragsanteile gezahlt sind oder wenn der Versicherungsnehmer hilfebedürftig im Sinne des II. oder XII. Buches Sozialgesetzbuch wird. Während der Ruhenszeit haftet der Versicherer weiter, jedoch ausschließlich für Aufwendungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände

sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind (Notversorgungspflicht). Sind die rückständigen Beitragsanteile, Säumniszuschläge und Beitreibungskosten nicht innerhalb eines Jahres nach Beginn des Ruhens vollständig bezahlt, wird die Versicherung im Basistarif fortgesetzt. [§ 12 Abs. 1a VAG](#) verpflichtet Versicherungsunternehmen zum Angebot eines branchenweit einheitlichen Basistarifs, dessen Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe der gesetzlichen Krankenversicherung jeweils vergleichbar sind. Der Beitrag für den Basistarif darf den Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigen ([§ 12 Abs. 1c Satz 1 VAG](#)).

Sozialhilfeempfänger betreffende Regelungen sind dabei in [§ 12 Abs. 1c](#) Sätze 4 bis [6 VAG](#) enthalten. Danach gilt: Entsteht allein durch die Zahlung des Beitrags Hilfebedürftigkeit i.S. des SGB XII, vermindert sich der Beitrag für die Dauer der Hilfebedürftigkeit auf die Hälfte ([§ 12 Abs. 1c Satz 4 VAG](#)). Besteht auch bei einem verminderten Beitrag Hilfebedürftigkeit, beteiligt sich der zuständige Träger auf Antrag des Versicherten im erforderlichen Umfang, soweit dadurch Hilfebedürftigkeit vermieden wird ([§ 12 Abs. 1c Satz 5 VAG](#)). Besteht unabhängig von der Höhe des zu zahlenden Beitrags Hilfebedürftigkeit, 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 ([§ 12 Abs. 1c Satz 6 VAG](#)).

Die Continentale Krankenversicherung würde den Kläger, der derzeit noch nicht im Basistarif versichert ist, nur in dem um die Hälfte reduzierten Basistarif für monatlich 311,77 EUR (Krankenversicherung + Pflegeversicherung) versichern. Den Betrag für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Krankenversicherung hat die Beklagte zutreffend mit 147,33 EUR errechnet (129,54 EUR für die Krankenversicherung und 17,79 EUR für die Pflegeversicherung).

Fraglich ist das Verhältnis von [§ 12 Abs. 1c Satz 6 VAG](#) zum Anspruch des Hilfebedürftigen nach [§ 32 Abs. 5 SGB XII](#), insbesondere, ob der "halbierte Basistarif" als angemessen im Sinne von [§ 32 Abs. 5 SGB XII](#) anzusehen ist, oder ob sich aus der Regelung des [§ 12 Abs. 1c Satz 6 VAG](#) ergibt, dass nur der - nochmals geringere - Kranken- und Pflegeversicherungsbeitrag als angemessen zu betrachten ist, der für Bezieher von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Krankenversicherung und sozialen Pflegeversicherung zu tragen wäre, wodurch sich für Hilfebedürftige eine Finanzierungslücke ergäbe. Diese Rechtsfrage ist bisher nicht geklärt (vgl. Senatsbeschluss vom 30.06.2009 - [L 2 SO 2529/09 ER-B](#); LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 08.07.2009 - [L 7 SO 2453/09 ER-B](#); ebenso SG Karlsruhe, Urteil vom 29.10.2009 - [S 1 SO 3118/09](#) und Urteil vom 10.08.2009 - [S 5 AS 2121/09](#) -; SG Stuttgart, Beschluss vom 13.08.2009 - [S 9 AS 5003/09 ER](#) -; a.A. LSG Nordrhein-Westfalen Beschluss vom 16.10.2009 - [L 20 B 56/09 SO ER](#); vgl. auch Schmidt in Oestreicher, SGB XII/ SGB II Kommentar, Stand März 2009, [§ 32 SGB XII](#), Rn. 51 - 54; Falterbaum in Hauck/Noftz, SGB XII Kommentar, Stand März 2009, [§ 32](#) Rn. 38 f; Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. "Position des Deutschen Vereins zur Beitragslücke gem. [§ 12 Abs. 1c Satz 6 VAG](#)" v. 18.6.2008, ermittelt über Internet www.deutscher-verein.de).

Bei dieser Problematik spricht einiges dafür, dass die Beklagte sich zur Auslegung des unbestimmten Rechtsbegriffs der Angemessenheit nicht auf [§ 12 Abs. 1 c](#) 6 Zweiter Halbsatz VAG berufen kann und durch die Vorschrift die als angemessen anzusehenden Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge nach dem SGB XII deshalb nicht auf den Pflichtversicherungsbeitrag eines ALG II - Empfängers begrenzt werden kann.

Vorliegend geht es um das Sozialleistungsverhältnis zwischen dem Kläger und der Beklagten. Dieses Verhältnis zwischen dem Sozialhilfe-Leistungsempfänger und dem Sozialhilfe-Leistungsträger wird grundsätzlich im SGB XII geregelt; Ansprüche bestimmen sich danach (vgl. [§ 2 Abs. 1 Satz 2 SGB I](#)). Anders als in [§ 26 Abs. 2 Nr. 1](#) Zweites Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) und [§ 110 Abs. 2 Satz 3](#) und 4 Sozialgesetzbuch Elftes Buch - Soziale Pflegeversicherung (SGB XI) findet [§ 12 Abs. 1c Satz 6 VAG](#) im SGB XII keine ausdrückliche Erwähnung. Das SGB XII ist also insoweit anders als das SGB II nicht im Zuge des GKV-WVG geändert worden. Deshalb kann die umstrittene Vorschrift des VAG direkt keine Anwendung finden. Sie findet auch nicht über [§ 110 Abs. 2 SGB XI](#) Anwendung, der hinsichtlich der Pflegeversicherungsbeiträge auf [§ 12 VAG](#) Bezug nimmt und im Wesentlichen die Formulierung des Abs. 1c in Teilen wiederholt. Denn [§ 32 Abs. 5 Satz 4 SGB XII](#) sieht hinsichtlich der Höhe der zu übernehmenden Pflegeversicherungsaufwendungen eine eigene Regelung vor, und lässt diese der Regelung für die Krankenversicherung folgen. Deshalb kann die Regelung in [§ 110 Abs. 2 SGB XI](#), soweit sie auf [§ 12 VAG](#) Bezug nimmt, sich nur auf den Zuschuss zu den Versicherungsbeiträgen i.S. von [§ 26 SGB II](#) für Arbeitslosengeld II- Bezieher auswirken. [§ 12 Abs. 1c Satz 6 VAG](#) ist auch nicht mittelbar auf das Sozialhilfeleistungsverhältnis anwendbar. Dem stehen der Zweck und die Systematik des Gesetzes entgegen. Das VAG verfolgt - wie bereits aus dem Namen ersichtlich ist - grundsätzlich einen anderen Zweck als die Regelung des Rechtsverhältnisses zwischen Beziehern von Sozialleistungen und den Sozialleistungsbehörden, nämlich die staatliche Aufsicht über die privaten Versicherungsunternehmen, die nicht Träger der Sozialversicherung sind ([§ 1 VAG](#)). In [§ 12 VAG](#) selber ist geregelt, wie ein privates Versicherungsunternehmen substitutive (ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzende) Krankenversicherung betreiben kann. Das auch im Basistarif privatrechtliche Leistungsverhältnis zwischen Versicherungsnehmer und Versicherungsgeber (vgl. BVerfG, aaO., Rn. 156) ist in Ausgestaltung des [§ 12 VAG](#) im VVG geregelt (vgl. [§ 1 VVG](#)), das in [§ 193 Abs. 5 VVG](#) darauf Bezug nimmt. Auch dem Wortlaut nach handelt es sich in [§ 12 Abs. 1c Satz 6](#), 2. Halbsatz VAG eher um eine Zahlungsanweisung, die sich nur auf das Verhältnis zwischen Sozialleistungsträger und Krankenversicherungsunternehmen beziehen kann. Aus der Nichtanwendbarkeit von [§ 12 VAG](#) auf [§ 32 Abs. 5 SGB XII](#) folgt, dass es insoweit bei der Regelung bleibt, dass die angemessenen Aufwendungen für die Kranken- und Pflegeversicherung zu übernehmen sind. Angemessen können zunächst nur Beiträge sein, die der Hilfebedürftige auch schuldet. Der Beitragssatz, den der Versicherungsgeber vom Versicherungsnehmer im Falle der Hilfebedürftigkeit verlangen kann, wird in [§ 12 Abs. 1c Satz 4 VAG](#) geregelt und sieht allenfalls die Halbierung des Beitrags vor. Durch Satz 6 wird also die Beitragsschuld des Versicherungsnehmers gegenüber dem Versicherungsunternehmen nicht reduziert, was durch die entsprechende Anwendung von Satz 4 klargestellt wird (vgl. [BT-Drs. 16/4247](#) zu Abs. 1c Satz 6, S. 69) und sich auch aus der nach dem 01.01.2009 anschließenden politischen Debatte um Sicherstellung der Schließung einer möglichen Finanzierungslücke ([BT-Drs 16/12677](#) v. 22.04.2009 Nr. 48, S. 17, Aufforderung des Bundesrats gesetzgeberisch Finanzierungslücke auszuschließen) sowie entsprechenden Empfehlungen von Verbänden zur Ergänzung von [§ 12 Abs. 1c Satz 6 VAG](#) deutlich wird (vgl. Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e.V. " ...zur Stellungnahme des Bundesrates [BT-Drs. 16/12677](#)" v. 04.05.2009, Nr. 5 S. 7 f und Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge in seinem Positionspapier aaO. S. 3; Vorschlag: "In [§ 12 Abs. 1c Satz 6 VAG](#) wird der Punkt am Satzende durch ein Semikolon ersetzt und folgender Text angefügt: der Versicherer kann in diesem Fall nur einen Beitrag in dieser Höhe verlangen."). Der derzeitigen Regelung ist nicht zu entnehmen, dass damit eine weitere Kostenbelastung der privaten Versicherungsunternehmen einhergehen soll, die dann die Beitragslücke zwischen dem halbierten Basistarif und dem gem. [§ 12 Abs. 1c Satz 6 VAG](#) vom Grundsicherungsträger zu tragenden Anteil zu übernehmen hätten. Hierzu bedarf es ggf. einer Klarstellung durch den Gesetzgeber, der mit dem Basistarif einen staatlich regulierten Tarif in ein ansonsten unverändertes Versicherungsrecht der privaten Krankenversicherung eingeführt hat, durch den die privatautonome Gestaltung des Versicherungsvertrags nicht unerheblich eingeschränkt wurde (BVerfG, aaO.

Rn. 156 f).

Somit besteht nach bisheriger Regelung auch für den Kläger im Falle des von der Beklagten geforderten Wechsels in den Basistarif die Pflicht zur Zahlung des halbierten Beitrags im Basistarif, wie von der Continentale Krankenversicherung angeboten. Eine Möglichkeit, günstigeren Versicherungsschutz mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zu erlangen, besteht für den Kläger nicht, was auch der Beklagten mit der dann entstehenden Beitragslücke bewußt ist. Von daher sind die zu zahlenden Kranken- und Pflegeversicherungskosten bis zum halbierten Basistarif - also in Höhe von 311,77 EUR und nicht 147,33 EUR - wohl die angemessenen im Rahmen des [§ 32 Abs. 5 SGB XII](#). Auch wenn der derzeitige Kranken- und Pflegeversicherungstarif in Höhe von 284,05 EUR mit einer Selbstbeteiligung von 2.300 Euro gegenüber dem Basistarif entgegen der Auffassung des Klägers nicht als günstiger einzustufen ist, dürfte die Begrenzung der Kostenübernahme auf 147,33 EUR rechtswidrig sein.

Die Kosten des Beschwerdeverfahrens werden nach [§ 73 a Abs. 1 SGG](#) i. V. m. [§ 127 Abs. 4 ZPO](#) nicht erstattet.

Diese Entscheidung ist mit der Beschwerde nicht anfechtbar ([§ 177 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2009-11-18