

## L 7 SO 2761/09

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Sozialhilfe  
Abteilung  
7  
1. Instanz  
SG Karlsruhe (BWB)  
Aktenzeichen  
S 1 SO 5684/08  
Datum  
19.05.2009  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 7 SO 2761/09  
Datum  
25.03.2010  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-

Datum  
-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Mit Einführung des Kontrahierungszwangs für Unternehmen der privaten Krankenversicherung zum 1. Juli 2007 stellt die Möglichkeit des Abschlusses eines privaten Krankenversicherungsvertrages für den Hilfesuchenden jedenfalls dann eine den sozialhilferechtlichen Anspruch auf Hilfe bei Krankheit ausschließende Selbsthilfemöglichkeit dar, wenn die Zuordnung zur privaten Krankenversicherung eindeutig ist. Die ggf. fehlende finanzielle Möglichkeit der Beitragszahlung steht dem nicht entgegen.

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 19. Mai 2009 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über einen grundsätzlichen Anspruch des Klägers auf sozialhilferechtliche Hilfe bei Krankheit in Form der Übernahme der Krankenbehandlung durch eine Krankenkasse.

Der am 1973 geborene Kläger ist seit 1998 eingeschriebener Student, nach zweimaligem Wechsel nunmehr im dritten Studiengang. So war er im Sommersemester 2009 im 19. Fach- bzw. 22. Hochschulse semester immatrikuliert. Er wohnt mietfrei in einem Zimmer im Haus seiner Mutter. Regelmäßige Einkünfte bezieht er nicht. Nach eigenen Angaben erzielt er unregelmäßiges Einkommen aus Nachhilfetätigkeiten und Gelegenheitsarbeiten. Leistungen nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG) bezieht er wegen des Studienwechsels und der Überschreitung der Altersgrenze nicht. Vielmehr besteht eine Rückforderung früher erbrachter BAföG-Leistungen. Bis einschließlich März 2005 war der Kläger als Student in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert. Auf seinen Antrag wurde er mit Wirkung zum 1. April 2005 von der AOK Baden-Württemberg von der Versicherungspflicht befreit. Anschließend versicherte sich der Kläger bei einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung (im Folgenden HM). Wegen gestiegener Versicherungsbeiträge kündigte er diesen Vertrag zum 30. September 2007. Seither ist er ohne Krankenversicherungsschutz.

Eine Feststellung der Pflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung wurde von der AOK Baden-Württemberg mit Bescheid vom 1. Oktober 2008 und Widerspruchsbescheid vom 2. Dezember 2008 abgelehnt. Hierzu ist ein Verfahren vor dem Sozialgericht Karlsruhe (SG) anhängig (S 9 KR 5682/08).

Am 9. Juli 2008 beantragte er beim Beklagten die Gewährung von Sozialhilfe in Form der Krankenhilfe, wobei er angab, unter Migräne zu leiden. Diesen Antrag lehnte der Beklagte mit Schreiben vom 1. August 2008 ab. Mit Schreiben vom 5. Oktober 2008 stellte der Kläger Antrag auf "Erstattung von Kosten für eine Krankenversicherung", was er dahingehend näher präziserte, dass dies "im Rahmen einer Krankenkassenmitgliedschaft besonderer Art gem. § 264 SGB V" erfolgen solle. Er beantrage die Aufnahme in die gesetzliche Krankenversicherung nach § 264 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V).

Mit Bescheid vom 13. Oktober 2008 lehnte der Beklagte den Antrag ab, da dem Kläger die gegenüber Leistungen der Sozialhilfe vorrangige Selbsthilfemöglichkeit zur Verfügung stehe, sich durch einen Antrag auf Wiederaufnahme beim früheren privaten Krankenversicherungsunternehmen gegen die Risiken bei Krankheit abzusichern. Den hiergegen eingelegten Widerspruch wies der Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 24. November 2008 als unbegründet zurück. Seit dem 1. Juli 2007 seien private Krankenversicherungsunternehmen verpflichtet, in Fällen wie dem des Klägers einen Krankenversicherungsvertrag abzuschließen. Der Kläger habe, unabhängig von der Frage der Finanzierung der Beiträge, vorrangig die Möglichkeit, sich privat zu versichern. Die Gewährung sozialhilferechtlicher Krankenhilfe sei daher wegen des Nachranges der Sozialhilfe ausgeschlossen. Über die Übernahme von Beiträgen sei

nicht zu entscheiden.

Hiergegen hat der Kläger am 23. Dezember 2008 Klage beim SG erhoben, zu deren Begründung er in Ergänzung zu seinem bisherigen Vorbringen vorgetragen hat, die HM habe ihm zwar eine Wiederaufnahme im Rahmen eines sog. modifizierten Standardtarifs angeboten, eine Stundung der Versicherungsbeiträge aber abgelehnt. Den Monatsbeitrag von EUR 431,49 könne er nicht zahlen. Die Agentur für Arbeit als Trägerin der Grundsicherung für Arbeitsuchende sei zu einer - darlehensweisen - Übernahme der Versicherungsbeiträge nicht bereit. Der Beklagte war der Klage unter Verweis auf die Begründung der angefochtenen Bescheide entgegen getreten. Ergänzend hat er darauf verwiesen, dass der Kläger seit dem 1. Januar 2009 sogar gesetzlich verpflichtet sei, eine Krankenkostenversicherung abzuschließen.

Nach Einholung telefonischer Auskünfte zweier privater Krankenversicherungsunternehmen hat das SG die Klage mit Gerichtsbescheid vom 19. Mai 2009 abgewiesen. Es ist der Auffassung des Beklagten gefolgt, dass ab dem 1. Juli 2007 die Möglichkeit und ab dem 1. Januar 2009 die Verpflichtung zum Abschluss eines privaten Krankenversicherungsvertrages im Standard- bzw. Basistarif eine Selbsthilfemöglichkeit darstelle, die Ansprüche des Klägers auf Sozialhilfe in Form der Krankenhilfe nach dem sozialhilferechtlichen Nachranggrundsatz ausschließe.

Gegen diesen ihm am 23. Mai 2009 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 5. Juni 2009 beim SG Berufung eingelegt und zur Begründung sein bisheriges Vorbringen wiederholt und vertieft. Ergänzend hat er ausgeführt, das SG habe sein erst nach Erlass des Gerichtsbescheides eingegangenes Schreiben nicht mehr berücksichtigen können. Danach habe er sich um eine Wiederaufnahme bei der HM bemüht, diese bestehe aber auf einer Prüfung der Zugangsvoraussetzungen "nach üblichem Muster" einschließlich einer Risikoprüfung und sei weiterhin nicht zur Stundung seiner Beiträge bereit. Des Weiteren sei er nicht in der Lage, die laufenden Krankenversicherungsbeiträge zu zahlen. Auch das SG habe nicht dargelegt, wie er diese finanzieren solle, ohne sich noch weiter zu verschulden. Es sei zweifelhaft, ob die HM ihm verauslagte Behandlungskosten tatsächlich erstatte, wenn er Beiträge nicht zahle. Wegen der vom Kläger vorgelegten E-Mail-Korrespondenz mit der HM wird auf Bl. 56/65 der Akte des SG Bezug genommen.

Der Kläger beantragt sinngemäß,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 19. Mai 2009 aufzuheben und den Beklagten unter Aufhebung des Bescheides vom 13. Oktober 2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24. November 2008 zu verurteilen, ihm sozialhilferechtliche Hilfe bei Krankheit in Form der Übernahme der Krankenbehandlung durch eine Krankenkasse zu erbringen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Zur Begründung hat er auf die Begründung der angefochtenen Bescheide und sein erstinstanzliches Vorbringen verwiesen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten des Beklagten, der Verfahrensakten des SG und des Senats sowie auf die Niederschrift über die mündliche Verhandlung Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) form- und fristgerecht beim SG eingelegte Berufung ist zulässig.

Insbesondere steht der Statthaftigkeit nicht die Beschränkung des [§ 144 Abs. 1 SGG](#) entgegen. Danach bedarf die Berufung der Zulassung, wenn der Wert des Beschwerdegegenstandes bei einer Klage, die eine Geld-, Dienst- oder Sachleistung oder einen hierauf gerichteten Verwaltungsakt betrifft, EUR 750,00 nicht übersteigt (Satz 1 Nr. 1). Maßgeblich kommt es auf den Zeitpunkt der Einlegung des Rechtsmittels an. Gegenstand des Verfahrens ist die Verpflichtung des Beklagten, den Kläger im Rahmen der Hilfe bei Krankheit zur Leistungserbringung nach [§ 264 Abs. 2 SGB V](#) bei einer Krankenkasse "anzumelden", nicht aber die Übernahme von Beiträgen zu einer Krankenversicherung durch den Beklagten. Dies ergibt sich zunächst aus dem ursprünglichen Antrag vom 9. Juli 2008, in dem der Kläger die Gewährung von "Krankenhilfe" geltend machte. Im Schreiben vom 5. Oktober 2008 hat er zwar die "Erstattung von Kosten für eine Krankenversicherung" beantragt, aber dahingehend näher präzisiert, dass dies "im Rahmen einer Krankenkassenmitgliedschaft besonderer Art gem. [§ 264 SGB V](#)" erfolgen solle. Er beantrage die Aufnahme in die gesetzliche Krankenversicherung nach [§ 264 SGB V](#).

Nach [§ 264 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) wird die Krankenbehandlung u.a. von Empfängern von Leistungen nach dem Dritten bis Neunten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XII), die nicht versichert sind, von der Krankenkasse übernommen. Zu den Leistungen des mit umfassten Fünften Kapitels gehört auch die Krankenhilfe nach [§ 48 SGB XII](#). Allerdings regelt [§ 48 Satz 2 SGB XII](#), dass die Regelungen des [§ 264 SGB V](#) vorgehen. Um einen Zirkelschluss zu vermeiden, ist [§ 264 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) so zu lesen, dass Personen, die Anspruch auf Leistungen nach den [§§ 47 ff. SGB XII](#) haben, für die organisatorische Bereitstellung der Hilfe bei Krankheit in den Zuständigkeitsbereich der Krankenkassen fallen. Durch [§ 264 Abs. 2 bis 7 SGB V](#) überträgt das Gesetz also den Krankenkassen die Aufgabe, die einzelne Leistung der Krankenbehandlung gegenüber Leistungsberechtigten nach dem SGB XII zu "übernehmen". Diese erhalten nach [§ 291 SGB V](#) eine Krankenversicherungskarte der grundsätzlich von ihnen zu wählenden Krankenkasse. Insoweit besteht zwischen der Krankenkasse und dem Sozialhilfeträger ein gesetzliches Auftrags- oder zumindest auftragsähnliches Verhältnis (Bundessozialgericht (BSG) [SozR 4-2500 § 264 Nr. 1](#) bzw. Nr. 2). Aus diesem erwächst dem einzelnen Hilfebedürftigen ein Anspruch gegen die Krankenkasse auf die Erbringung einzelner Leistungen der Behandlung im Krankheitsfall (BSG [SozR 4-2500 § 264 Nr. 1](#)). Grundlage hierfür ist jedoch ein grundsätzlicher Leistungsanspruch des Hilfebedürftigen gegen den Sozialhilfeträger nach den Vorschriften des Dritten bis Neunten Kapitels des SGB XII; die Hilfe bei Krankheit ist bei diesem Personenkreis jedenfalls dem Grunde nach eine Aufgabe des Sozialhilfeträgers (BSG a.a.O.). Hilfebedürftige haben Anspruch auf Hilfe bei Krankheit, der unterschiedlich erfüllt wird: entweder unmittelbar durch den Sozialhilfeträger nach [§ 48 Satz 1 SGB XII](#) oder (vorrangig) nach den Regelungen des [§ 264 SGB V](#). Zunächst muss daher eine generelle Gewährung von Leistungen der Krankenhilfe durch den Sozialhilfeträger erfolgen, der für die Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen zuständig bleibt (Bieritz-Harder/Birk in LPK-SGB XII, 8. Aufl., [§ 48 Rdnr. 8](#); Wahrendorf in Grube/Wahrendorf, SGB XII, 2. Aufl., [§ 48 Rdnr. 15](#)).

Inhaltlich richtet sich das Begehren des Klägers somit auf diese Schaffung der Voraussetzungen für eine Leistungserbringung bei Krankheit durch die Krankenkasse gem. [§ 264 Abs. 2 SGB V](#). Nur hierzu treffen die angefochtenen Bescheide eine Regelung und hat das SG entschieden. Damit stehen auch nicht einzelne Leistungen der Krankenbehandlung im Streit, die als Sach- oder Dienstleistungen erbracht oder im Wege der Erstattung als Geldleistung ausgezahlt werden könnten. Begehrt wird vielmehr die grundlegende Entscheidung des Sozialhilfeträgers über die Voraussetzungen des Zugangs zu einzelnen in der Zukunft gegebenenfalls benötigten Leistungen der Krankenbehandlung. Inhaltlich entspricht die begehrte Entscheidung daher eher einer Statusfeststellung, auch wenn sie als Leistung der Hilfe bei Krankheit ausgestaltet ist. Sie stellt jedenfalls keine einzelne Geld-, Dienst- oder Sachleistung i.S.d. [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) dar, der ein konkreter Wert zugemessen werden könnte.

Für die Zulässigkeit des Begehrens kommt es auf eine Wahl einer bestimmten Krankenkasse gem. [§ 264 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) nicht an, da der hier verfolgte Anspruch im Falle des Obsiegens des Klägers eine solche Wahl erst ermöglichen würde. Des Weiteren ist die Wahl einer bestimmten Krankenkasse lediglich eine Obliegenheit des Hilfebedürftigen. Der Verstoß gegen diese hat nur zur Folge, dass sich die zuständige Krankenkasse nach [§ 264 Abs. 3 Satz 3 SGB V](#) bestimmt, hindert aber nicht den Anspruch selbst. Der Beiladung einer Krankenkasse bedurfte es daher nicht.

Die Berufung ist jedoch in der Sache nicht begründet.

Der Kläger ist von Ansprüchen auf Krankenhilfe nicht schon gem. [§ 22 Abs. 1 SGB XII](#) aufgrund seines Studiums ausgeschlossen. Denn diese Vorschrift regelt einen Ausschluss nur von Ansprüchen nach dem Dritten oder Vierten Kapitel des SGB XII, nicht dem Fünften, in dem die Krankenhilfe erfasst ist. In gleicher Weise sind Leistungen dieses Kapitels auch nicht nach [§ 21 Satz 1 SGB XII](#) oder der entsprechenden Vorschrift des [§ 5 Abs. 2](#) des Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) ausgeschlossen.

Einem Anspruch des Klägers kann daher, eine Hilfebedürftigkeit unterstellt, nur der Grundsatz des Nachranges der Sozialhilfe nach [§ 2 Abs. 1 SGB XII](#) entgegen stehen, der auch für die Leistungen nach dem Fünften Kapitel gilt. Danach erhält Sozialhilfe nicht, wer sich vor allem durch Einsatz seiner Arbeitskraft, seines Einkommens und seines Vermögens selbst helfen kann oder wer die erforderliche Leistung von anderen, insbesondere von Angehörigen oder von Trägern anderer Sozialleistungen, erhält. Da der Kläger im streitigen Zeitraum tatsächlich keinen Vertrag mit einem privaten Krankenversicherungsunternehmen geschlossen und auch keine Leistungen bei Krankheit erhalten hat, kommt nur die Alternative der Selbsthilfe in Betracht.

Sich selbst helfen bedeutet, dass der geltend gemachte Bedarf ohne die Leistungen der Sozialhilfe rechtzeitig und in zumutbarer Weise gedeckt werden kann. Die Aufzählung der Mittel zur Selbsthilfe ist nach dem Wortlaut nicht abschließend ("vor allem"), sondern nur beispielhaft (Wahrendorf, a.a.O., [§ 2 Rdnr. 7](#)). Dies spricht für ein umfassendes Gebot zur Selbsthilfe bzw. der Inanspruchnahme anderer (Armbrorst/Brühl in LPK-SGB XII, 8. Aufl., [§ 2 Rdnr. 6](#); Luthe in Hauck/Noftz, SGB XII, [§ 2 Rdnr. 17](#)). Aus der Systematik des SGB XII entnimmt das BSG (Urteil vom 29. September 2009 - [B 8 SO 23/08 R](#) - (juris)) jedoch, dass es sich bei [§ 2 Abs. 1 SGB XII](#) nicht um eine isolierte Ausschlussnorm handelt; eine Ausschlusswirkung ohne Rückgriff auf andere Normen des SGB XII ist dennoch denkbar in extremen Ausnahmefällen ("allgemeine Selbsthilfe nach [§ 2 Abs. 1](#), 1. Alt SGB XII"), etwa wenn sich der Bedürftige generell eigenen Bemühungen verschließt und Ansprüche ohne weiteres realisierbar sind. Auch die engeren Voraussetzungen eines solchen Ausnahmefalles sind hier erfüllt.

Der Ausschluss greift nur dann, wenn der Bedarf rechtzeitig gedeckt werden kann. Es kommt mithin nicht auf abstrakte Rechtspositionen an, sondern auf die tatsächliche Möglichkeit der Bedarfsdeckung (Bundesverwaltungsgericht (BVerwG) [BVerwGE 23, 149](#)). Fehlt es an "bereiten Mitteln" muss die Sozialhilfe eingreifen ([BVerwGE 55, 148](#)). Für die Versagung der Sozialhilfe reicht es aber aus, dass in diesem Sinne eine Möglichkeit der Selbsthilfe durch bereite Mittel besteht (Armbrorst/Brühl, a.a.O., Rdnr. 9; Wahrendorf, a.a.O., [§ 2 Rdnr. 11](#)). Eine Verknüpfung von Selbst- und Fremdhilfe besteht darin, dass auch derjenige sich selbst helfen kann, der Ansprüche gegen Dritte hat oder Leistungen von Dritten erhalten kann. Denn mit dem Nachranggrundsatz verträgt es sich nicht, wenn ein Hilfesuchender ohne Rücksicht auf die Möglichkeit der Bedarfsbefriedigung von dritter Seite Sozialhilfe begehrt. Der Hilfesuchende hat nicht die Wahl zwischen der Inanspruchnahme Dritter und der der Sozialhilfe. Auf einen Mangel an "bereiten Mitteln" kann sich daher nicht berufen, wer einen ihm zustehenden, realisierbaren Anspruch, dessen Erfüllung die Notlage zu beheben geeignet ist, nicht durchsetzt ([BVerwGE 67, 163](#); Armbrorst/Brühl, a.a.O., Rdnr. 14; Wahrendorf, a.a.O., Rdnr. 12). Voraussetzung hierfür ist, dass der Anspruch geeignet ist, die Notlage zu beheben, sowie tatsächlich und rechtzeitig durchsetzbar. Letzteres ist nur gewahrt, wenn die Realisierung im Bedarfszeitraum möglich ist (Armbrorst/Brühl, a.a.O., Rdnr. 17; Wahrendorf, a.a.O., Rdnr. 13; Luthe, a.a.O., Rdnr. 17).

Da es nicht um eine tatsächlich erbrachte Leistung geht, sondern (nur) um einen realisierbaren Anspruch darauf, spielt es keine Rolle, dass der Kläger einen Vertrag mit einem privaten Krankenversicherungsunternehmen tatsächlich nicht geschlossen hat. Entscheidend ist vielmehr, ob der Kläger als Selbsthilfe einen solchen Vertrag hätte schließen und im Bedarfsfalle auch sofort Leistungen hieraus erhalten können. In Betracht kommt hier für die Zeit bis zum 31. Dezember 2008 ein Vertrag im Standardtarif gem. [§ 315 SGB V](#) und für die Zeit ab dem 1. Januar 2009 ein solcher im Basistarif nach [§ 193](#) Versicherungsvertragsgesetz (VVG).

Mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) vom 26. März 2007 ([BGBl. I S. 378](#)) hat der Gesetzgeber das Ziel verfolgt, einen "Versicherungsschutz für alle Einwohner ohne Absicherung im Krankheitsfall in der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung" zu schaffen (vgl. Begründung des RegE, [BT-Drucks. 16/3100, S. 85](#) f., S. 94 zu Nr. 2, bb, cc). Alle Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die bisher keinen anderweitigen Krankenversicherungsschutz haben, sollen danach eine Absicherung im Krankheitsfall erhalten. In diesem Zuge wurde in [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) mit Wirkung vom 1. April 2007 ein Auffangtatbestand der Versicherungspflicht für die gesetzliche Krankenversicherung geschaffen, der ergänzt wird durch die korrespondierenden Regelungen des [§ 315 SGB V](#) und [§ 193 VVG](#) für Personen, die der privaten Krankenversicherung zuzuordnen sind.

[§ 315 Abs. 1 SGB V](#) in der Fassung des GKV-WSG, die zum 1. Juli 2007 in Kraft getreten ist, trifft für die Übergangszeit bis zum Inkrafttreten des Basistarifs am 1. Januar 2009 folgende Regelung: Personen, die weder 1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind, 2. über eine private Krankheitsvollversicherung verfügen, 3. einen Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben, 4. Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben noch 5. Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches beziehen, können bis zum 31. Dezember

2008 Versicherungsschutz im Standardtarif gemäß [§ 257 Abs. 2a SGB V](#) verlangen; in den Fällen der Nummern 4 und 5 begründen Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat keinen entsprechenden Anspruch. Der Antrag darf nicht abgelehnt werden. Die in § 257 Abs. 2a Nr. 2b genannten Voraussetzungen gelten für Personen nach Satz 1 nicht; Risikozuschläge dürfen für sie nicht verlangt werden. Nach Abs. 4 werden die gemäß Absatz 1 abgeschlossenen Versicherungsverträge im Standardtarif zum 1. Januar 2009 auf Verträge im Basistarif nach [§ 12 Abs. 1a](#) des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) umgestellt. Der in Bezug genommene Standardtarif muss nach [§ 257 Abs. 2a SGB V](#) in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung vom 16. Juli 2007 Vertragsleistungen vorsehen, die den Leistungen des SGB V bei Krankheit jeweils vergleichbar sind.

[§ 193 VVG](#) in der Fassung vom 23. November 2007 ([BGBl. I S 2631](#)) trifft ab dem 1. Januar 2009 in Abs. 3 folgende Regelung: Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist 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 sinnngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5.000 Euro. Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die 1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder 2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder 3. Anspruch auf Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes haben oder 4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.

Nach [§ 193 Abs. 5 VVG](#) ist der Versicherer verpflichtet, 1. allen freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten 2. allen Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig sind, nicht zum Personenkreis nach Nummer 1 oder Absatz 3 Satz 2 Nr. 3 und 4 gehören und die nicht bereits eine private Krankheitskostenversicherung mit einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen vereinbart haben, die der Pflicht nach Absatz 3 genügt, 3. Personen, die beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben, soweit sie zur Erfüllung der Pflicht nach Absatz 3 Satz 1 ergänzenden Versicherungsschutz benötigen, 4. allen Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die eine private Krankheitskostenversicherung im Sinn des Absatzes 3 mit einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen vereinbart haben und deren Vertrag nach dem 31. Dezember 2008 abgeschlossen wird, Versicherung im Basistarif nach [§ 12 Abs. 1a](#) des Versicherungsaufsichtsgesetzes zu gewähren. Ist der private Krankheitskostenversicherungsvertrag vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen, kann bei Wechsel oder Kündigung des Vertrags der Abschluss eines Vertrags im Basistarif beim eigenen oder einem anderen Versicherungsunternehmen unter Mitnahme der Alterungsrückstellungen gemäß § 204 Abs. 1 nur bis zum 30. Juni 2009 verlangt werden. Der Antrag muss bereits dann angenommen werden, wenn bei einer Kündigung eines Vertrags bei einem anderen Versicherer die Kündigung nach § 205 Abs. 1 Satz 1 noch nicht wirksam geworden ist. Der Antrag darf nur abgelehnt werden, wenn der Antragsteller bereits bei dem Versicherer versichert war und der Versicherer 1. den Versicherungsvertrag wegen Drohung oder arglistiger Täuschung angefochten hat oder 2. vom Versicherungsvertrag wegen einer vorsätzlichen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht zurückgetreten ist.

Nach dem in Bezug genommenen [§ 12 Abs. 1a VAG](#) erfasst der Basistarif Vertragsleistungen, die in Art, Umfang und Höhe den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des SGB V, auf die ein Anspruch besteht, jeweils vergleichbar sind.

Die Ansprüche aus solchen Versicherungsverträgen im Standard-, bzw. Basistarif sind somit zur Behebung der von der sozialhilferechtlichen Krankenhilfe erfassten Notlage geeignet. Denn auch diese sieht in [§ 48 SGB XII](#) bzw. § 264 SGB V nur Leistungen der Krankenbehandlung entsprechend dem Dritten Kapitel Fünften Abschnitt Ersten Teil SGB V vor.

Diese Ansprüche kann der Kläger auch tatsächlich realisieren, da er die tatbestandlichen Voraussetzungen für einen Anspruch auf Abschluss eines solchen Krankenversicherungsvertrages erfüllt.

Der Kläger ist in der gesetzlichen Krankenversicherung weder versichert noch versicherungspflichtig ([§ 315 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#); [§ 193 Abs. 3 Satz 2 Nr. 1, Abs. 5 Satz 1 Nr. 2 VVG](#)). Eine Versicherungspflicht als Student nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V](#) ist aufgrund der vom Kläger selbst vorgetragenen Befreiung von der Versicherungspflicht nach [§ 8 SGB V](#) ausgeschlossen. Die Befreiungswirkung gilt für die Dauer des Sachverhaltes fort, der das Befreiungsrecht begründet hat; mithin bleibt der Kläger für die Dauer seines Studiums von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen. Das Gesetz geht von einer absoluten Befreiungswirkung aus. Ist der Versicherte befreit worden, lässt die gleichzeitige Erfüllung weiterer Versicherungspflichttatbestände keine Versicherungspflicht eintreten ([§ 6 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#)), was ausdrücklich auch für die Versicherungspflicht nach dem Auftatbestand des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) gilt. Des Weiteren kann die Befreiung gem. [§ 8 Abs. 2 Satz 3 SGB V](#) nicht widerrufen werden. Die Versicherungspflicht als Student scheitert des Weiteren an der Altersgrenze des [§ 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V](#) (30. Lebensjahr), da die dortigen Ausnahmeveraussetzungen nicht erfüllt sind. Auch die tatbestandlichen Voraussetzungen des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) erfüllt der Kläger nicht. Danach sind versicherungspflichtig Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und (a) zuletzt gesetzlich krankenversichert waren oder (b) bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in Abs. 5 oder den in § 6 Abs. 1 oder 2 genannten Personen gehören oder bei Ausübung ihrer Tätigkeit im Inland gehört hätten. Auch wenn man davon ausgeht, dass für das Merkmal (a) die gesetzliche Krankenversicherung nicht unmittelbar vorausgehen muss (vgl. hierzu Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg, Beschluss vom 25. Februar 2009 – [L 11 KR 497/09 ER-B](#) – (juris); Peters in KassKomm, SGB V, § 5 Rdnr. 166; a.A. Baier in Krauskopf, SGB V, § 5 Rdnr. 80), ist es für die Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) jedenfalls schädlich, wenn nach dem Ende einer Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung zeitweise ein Zustand bestanden hat, in dem die Person privat krankenversichert war. Da sich der Kläger hier nach der Befreiung von der Versicherungspflicht zunächst privat krankenversichert hatte, ist er der privaten Krankenversicherung zuzuordnen. Aufgrund der zwischenzeitlichen Mitgliedschaft in der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung sind auch die Tatbestandsvoraussetzungen des Merkmals (b) nicht erfüllt. Der Kläger unterfällt somit nicht dem Personenkreis des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#).



Auch die weiteren Voraussetzungen des [§ 315 Abs. 1 Satz 1 Nrn.](#) 2 bis 5 SGB V bzw. § 193 Abs. 3 Satz 2 Nrn. 2 bis 4, Abs. 5 Nr. 2 VVG hat der Kläger erfüllt. Denn er verfügt weder über eine private Krankheitsvollversicherung noch hat er anderweitige Ansprüche auf freie Heilfürsorge o.ä. ... Er bezieht auch keine Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des SGB XII oder Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz.

Der Kläger kann und konnte den Anspruch auf den Abschluss eines solchen Krankenversicherungsvertrags rechtzeitig realisieren und hätte Ansprüche aus einem solchen Vertrag ebenfalls rechtzeitig zur Bedarfsdeckung einsetzen können.

Unabhängig davon, dass eine Pflicht zur Krankenversicherung durch [§ 193 Abs. 3 VVG](#) erst mit Wirkung zum 1. Januar 2009 eingeführt wurde, bestand auf Seiten der Versicherungsunternehmen der privaten Krankenversicherung schon ab dem 1. Juli 2007 ein Kontrahierungszwang. Bereits [§ 315 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) enthielt die ausdrückliche Regelung, dass der Antrag (des zu Versicherten) nicht abgelehnt werden darf. Ab dem 1. Januar 2009 ergibt sich der Kontrahierungszwang für eine Versicherung im Basistarif aus [§ 193 Abs. 5 VVG](#) und [§ 12 Abs. 1b VAG](#). Nach den letztgenannten Vorschriften darf der Antrag nur abgelehnt werden, wenn der Antragsteller bereits bei dem Versicherer versichert war und der Versicherer (1) den Versicherungsvertrag wegen Drohung oder arglistiger Täuschung angefochten hat oder (2) vom Versicherungsvertrag wegen einer vorsätzlichen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht zurückgetreten ist. Diese Ausnahmen betreffen jeweils nur den konkreten früheren Versicherer, während es für andere Versicherer beim Kontrahierungszwang bleibt (Marko in HK-VVG, § 193 Rdnr. 20). Im Übrigen liegen diese Konstellationen beim Kläger ohnehin nicht vor. Aus diesen Regelungen ergibt sich im Umkehrschluss, dass der Versicherer den Antrag nicht ablehnen darf, weil der Antragsteller angibt, die Beiträge nicht zahlen zu können oder weil ein früherer Versicherungsvertrag wegen der Nichtzahlung von Beiträgen gelöst worden war. Vielmehr geht der Gesetzgeber den Weg, Vorkehrungen für die Beitragszahlung bzw. Beitragszuschüsse durch die Träger der Grundsicherung und der Sozialhilfe zu treffen ([§ 26 Abs. 2 SGB II](#), [§ 32 Abs. 5 SGB XII](#)). Ein solcher Ablehnungsgrund wird auch weder in der Literatur (Marko a.a.O.) noch der Praxis angenommen. Letzteres ergibt sich aus den vom SG durchgeführten Ermittlungen bei zwei Versicherungsunternehmen. Dies wird auch vom Kläger nicht in Abrede gestellt. Der Senat nimmt daher auf die Darstellung des SG Bezug.

Eine Risikoprüfung ist nur zulässig, soweit sie für Zwecke des finanziellen Spitzenausgleichs nach § 257 Abs. 2b SGB V oder für spätere Tarifwechsel erforderlich ist ([§ 315 Abs. 3 SGB V](#); [§ 193 Abs. 5 Satz 1 VVG](#); Gutzler in jurisPK-SGB V, Stand 1. August 2007, § 315 Rdnr. 60; Marko, a.a.O., Rdnr. 14, 15). Der Abschluss eines Vertrages darf demnach nicht vom Ergebnis einer Risikoprüfung abhängig gemacht werden. Wie sich aus der vom Kläger selbst vorgelegten E-Mail-Korrespondenz ergibt, hat auch die HM eine solche nur für die genannten Zwecke vorgesehen, aber nicht für die Entscheidung über den Vertragsschluss. Risikozuschläge sind ebenfalls nicht zulässig ([§ 315 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#)).

Eine Wartezeit nach dem Beitritt bis zur Übernahme von Behandlungskosten ist gesetzlich weder nach [§ 315 SGB V](#) noch nach [§ 193 VVG](#) vorgesehen. Der rechtlichen Zulässigkeit solcher Wartezeiten dürften des Weiteren das Ziel des Gesetzgebers, allen Einwohnern in Deutschland Versicherungsschutz zu gewähren, und [§ 12 Abs. 1a VAG](#) entgegenstehen. Danach muss dieser grundlegende Versicherungsschutz in der privaten Krankenversicherung dem der gesetzlichen vergleichbar sein (vgl. Gutzler, a.a.O., Rdnr. 49; Marko, a.a.O., Rdnr. 24). Dies kann letztlich offenbleiben, denn die Allgemeinen Versicherungsbedingungen 2009 für den Basistarif (MB/BT 2009) des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. (unter [www.pkv.de/recht/musterbedingungen](http://www.pkv.de/recht/musterbedingungen)) sehen unter § 3 MB/BT 2009 vor, dass Wartezeiten entfallen. Nach § 2 MB/BT 2009 beginnt der Versicherungsschutz frühestens mit dem Abschluss des Versicherungsvertrages. Vor und nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn fällt. Der Versicherungsfall beginnt für den Ersatz von Aufwendungen für die Heilbehandlung nach § 1 Abs. 1 und 3 MB/BT 2009 mit der Heilbehandlung. Aufgrund dieser Musterbedingungen kann davon ausgegangen werden, dass der Kläger auch tatsächlich in der Lage war und ist, vor Beginn einer Behandlung einen Versicherungsvertrag abzuschließen und Leistungen hieraus zu erhalten.

Ein Verlust des Leistungsanspruches tritt selbst dann nicht ein, wenn der Kläger mangels finanzieller Möglichkeiten Beiträge nicht mehr zahlt. Beitragsrückstände können unter den in [§ 193 Abs. 6 VVG](#) geregelten Voraussetzungen zu einem Ruhen des Leistungsanspruches führen: Ist der Versicherungsnehmer mit einem Betrag in Höhe von Prämienanteilen (Beitragsanteilen) 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 SGB II oder XII wird; die Hilfebedürftigkeit ist auf Antrag des Berechtigten vom zuständigen Träger nach dem SGB II oder XII 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. Es kann offenbleiben, ob auch der während des Ruhens noch bestehende "Notanspruch" ein die Bedarfslage befriedigender Anspruch wäre. Denn die sozialhilferechtlichen Krankenhilfeansprüche gehen grundsätzlich über diese rudimentäre Leistung hinaus; andererseits enthält gerade auch die gesetzliche Krankenversicherung, auf die die Krankenhilfe verweist, eine entsprechende Ruhensvorschrift in [§ 16 Abs. 3a SGB V](#) i.V.m. § 16 Abs. 2 des Künstlersozialversicherungsgesetzes. Jedenfalls endet jedoch aufgrund ausdrücklicher gesetzlicher Regelung das Ruhen des Leistungsanspruches bei Eintritt der Hilfebedürftigkeit nach SGB II oder SGB XII. Offenbleiben kann daher auch, ob ausstehende Prämienzuschläge wegen verspäteten Vertragsabschlusses nach [§ 193 Abs. 4 VVG](#) ebenfalls ein Ruhen des Leistungsanspruches herbeiführen können. Die fehlende Finanzierbarkeit der Beiträge steht damit einer Realisierung weder des Anspruches auf den Vertrag noch des Anspruches aus dem Vertrag entgegen.

Jedenfalls im vorliegenden Fall des Klägers ist dessen Zuordnung zur privaten Krankenversicherung, wie oben dargestellt, eindeutig. Eine Zugehörigkeit zur gesetzlichen Krankenversicherung kommt nicht in Betracht. Daher war hier nicht zu entscheiden, ob die Selbsthilfemöglichkeit dann an der rechtzeitigen Realisierung scheitert, wenn die Zuordnung zur privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung gerade streitig und mit erheblichen Problemen im Tatsächlichen verbunden ist (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 22. November 2007 - [L 9 B 36/07 SO ER](#) - (juris): in einem solchen Fall keine Verweisung auf den Selbsthilfegrundsatz). Des Weiteren sind keine Anhaltspunkte für eine so dringende und akute Behandlungsbedürftigkeit ersichtlich, dass der Abschluss eines Versicherungsvertrages zeitlich nicht mehr möglich gewesen wäre. Dies zeigt sich bereits daran, dass der Kläger beim Beklagten einen allgemeinen Antrag auf Krankenhilfe stellen konnte, nicht aber die Erbringung oder Übernahme konkreter und bevorstehender

Behandlungsmaßnahmen beantragt hatte.

Einem Verweis auf den Abschluss eines Versicherungsvertrages im Rahmen der Selbsthilfe kann nicht entgegengehalten werden, eine solchermaßen "unterlassene Vorsorge" sei gesetzessystematisch unter die Regelung des Kostenersatzes bei schuldhafter Herbeiführung der Anspruchsvoraussetzungen gem. [§ 103 SGB XII](#) zu fassen (angedeutet in LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 29. Februar 2008 - [L 15 B 32/08 SO ER](#) - (juris) m.w.N. zur Rechtsprechung). Dagegen spricht, dass der Nachranggrundsatz der Sozialhilfe nach [§ 2 Abs. 1 SGB XII](#) vorrangig zu prüfen ist, nämlich bereits als Anspruchsvoraussetzung. Zuerst ist festzustellen, ob ein Anspruch überhaupt besteht; erst wenn dies bejaht wird, kann auf die Frage des Warum und damit den Kostenersatz eingegangen werden. Es geht auch nicht um die Frage fehlender Vorsorge, sondern um die noch bestehende Möglichkeit, rechtzeitig Ansprüche zu begründen und durchzusetzen. Erst wenn diese nicht mehr gegeben ist, der Anspruch also besteht, kann die fehlende Vorsorge als sozialwidriges Verhalten Konsequenzen haben. Des Weiteren ist der Kontrahierungszwang für die privaten Krankenversicherungsunternehmen, der die Selbsthilfemöglichkeit durch Vertragsabschluss grundsätzlich möglich macht, erst zum 1. Juli 2007 gesetzlich geregelt wurde, so dass dies in der dort zitierten Rechtsprechung zum BSHG nicht einfließen konnte.

Auch aus anderen Gründen ist dem Kläger der Abschluss eines privaten Krankenversicherungsvertrages im Standard- bzw. Basistarif nicht unzumutbar. Eine Unzumutbarkeit resultiert nicht bereits aus dem Umstand, dass mit dem Abschluss eines Krankenversicherungsvertrages nicht nur Vorteile, sondern mit der Verpflichtung zur Beitragszahlung auch Nachteile verbunden sind. Hier ist vielmehr die Grundsatzentscheidung des Gesetzgebers zu beachten, eine Möglichkeit der Krankenversicherung für (fast) alle Einwohner zu schaffen, ab dem 1. Januar 2009 sogar eine entsprechende Versicherungspflicht. Damit ist zwangsläufig die Beitragspflicht verbunden, da der Gesetzgeber von der Beitragsfinanzierung nicht abgerückt ist. Vielmehr ist er den Weg gegangen, die Höhe der Beiträge zu regulieren und ggf. Ansprüche auf Beitragsübernahme im Bereich der Grundsicherung oder Sozialhilfe vorzusehen. Diese gesetzgeberische Systementscheidung darf nicht durch eine beitragsfreie Krankenhilfe im Rahmen des [§ 48 SGB XII/§ 264 SGB V](#) unterlaufen werden (LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 23. Oktober 2009 - [L 23 SO 148/09 B ER](#) - (juris)).

Der Kläger läuft vorliegend allerdings Gefahr, sich durch die Beitragsverpflichtung weiter zu verschulden. Eine (teilweise) Übernahme der Krankenversicherungsbeiträge durch den Beklagten gem. [§ 32 SGB XII](#) ist unabhängig von der Regelung des [§ 22 SGB XII](#) bereits nach [§ 21 SGB XII](#) ausgeschlossen. Danach erhalten Personen, die nach dem SGB II als Erwerbsfähige dem Grunde nach leistungsberechtigt sind, keine Leistungen für den Lebensunterhalt. Wie sich bereits aus der systematischen Stellung im Gesetz ergibt, ist die Beitragsübernahme in [§ 32 SGB XII](#) der Hilfe zum Lebensunterhalt zugeordnet. Der Kläger ist erwerbsfähig i.S.d. [§ 8 Abs. 1 SGB II](#), da er nicht wegen Krankheit oder Behinderung auf absehbare Zeit außerstande ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Er hat das 15. Lebensjahr vollendet, aber die Altersgrenze des [§ 7a SGB II](#) noch nicht erreicht. Der Leistungsausschluss als Student nach [§ 7 Abs. 5 Satz 1 SGB II](#) ändert nichts an der daraus resultierenden grundsätzlichen Zuordnung nicht zum SGB XII, sondern zum SGB II (vgl. BSG [SozR 4-4200 § 7 Nr. 6](#)).

Aufgrund dieser Regelung des [§ 7 Abs. 5 Satz 1 SGB II](#) droht dem Kläger tatsächlich eine weitere Verschuldung durch die Beitragspflicht. Danach haben Auszubildende, deren Ausbildung im Rahmen des BAföG dem Grunde nach förderungsfähig ist, keinen Anspruch auf Leistungen zum Lebensunterhalt. Nur in besonderen Härtefällen können Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts als Darlehen erbracht werden (Satz 2). Das Studium des Klägers ist unzweifelhaft dem Grunde nach förderungsfähig nach den Vorschriften des BAföG; Abweichendes trägt auch er nicht vor. Dass seine Ausbildung tatsächlich nicht gefördert wird, ist im Rahmen des [§ 7 Abs. 5 Satz 1 SGB II](#) ebenso ohne Belang wie die Frage, aus welchen individuellen Gründen keine Förderung erfolgt. Die Vorschrift stellt allein auf die Förderungsfähigkeit der Ausbildung ab (BSG [SozR 4-4200 § 7 Nr. 6](#) und 8). Ausgeschlossen sind nach [§ 7 Abs. 5 Satz 1 SGB II](#) zwar nur die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts und nicht Leistungen aufgrund eines sonstigen, nicht ausbildungsbedingten Bedarfs. Entscheidend für die Abgrenzung dieser Bedarfe ist jedoch aufgrund des Zwecks des Anspruchsausschlusses, die Fördersysteme des SGB II und des BAföG getrennt zu halten, ob die Bedarfslage im Rahmen des BAföG erfasst wird (BSG a.a.O.). Für die Beiträge zur privaten Krankenversicherung sieht [§ 13a Abs. 1 Nr. 2 BAföG](#) eine Bedarfsanpassung vor. Die Übernahme der Krankenversicherungsbeiträge betrifft daher einen ausbildungsbedingten Bedarf ([BVerwGE 109, 331](#)), dessen Leistung an den Kläger somit nach [§ 7 Abs. 5 Satz 1 SGB II](#) ausgeschlossen ist. Der Kläger könnte die Übernahme der Beiträge nach [§ 7 Abs. 5 Satz 2](#) i.V.m. [§ 26 SGB II](#) allenfalls als Darlehen erhalten, ohne dass hier deren Leistungsvoraussetzungen zu prüfen wären. Hieraus ergibt sich jedoch, dass sich der Kläger bei Abschluss eines Krankenversicherungsvertrages weiter verschulden wird.

Gleichwohl ist ein solcher Vertragsschluss eine zumutbare Selbsthilfemöglichkeit. Hintergrund der drohenden weiteren Verschuldung ist das Festhalten des Klägers an einer Ausbildung, die staatlich nicht mehr gefördert werden soll (dritter Studiengang und Überschreitung der Altersgrenze nach [§ 10 BAföG](#)) und damit seinen grundsätzlichen Ausschluss von den Grundsicherungsleistungen bewirkt. In der Rechtsprechung ist hierzu aber anerkannt, dass es einem Studenten in diesem Fall grundsätzlich zuzumuten ist, das Studium abzubrechen und seinen Lebensunterhalt durch Arbeit sicherzustellen, bevor er staatliche Grundsicherungsleistungen in Anspruch nimmt. Soweit ein Student ein Studium betreiben möchte, obwohl er die Anspruchsvoraussetzungen des zur Förderung dessen vorgesehenen Sozialleistungssystems nicht erfüllt, handelt es sich um eine vom Auszubildenden selbst zu verantwortende Entscheidung (BSG a.a.O.). Im Übrigen sieht das Gesetz in [§ 7 Abs. 5 Satz 2 SGB II](#) auch im Härtefall nur eine darlehensweise Leistungserbringung vor; der Gesetzgeber mutet hier dem Hilfebedürftigen also eine Verschuldung gerade zu. Verfassungsrechtliche Bedenken bestehen diesbezüglich nicht (BSG a.a.O.).

Sollte der Kläger mittlerweile tatsächlich einen Krankenversicherungsvertrag im Basistarif geschlossen haben, was er allerdings bislang weder vorgetragen noch belegt hat, stehen die sich daraus ergebenden Ansprüche bei Krankheit gegen das Versicherungsunternehmen nach dem oben Ausgeführten gem. [§ 2 SGB XII](#) einem Anspruch auf Hilfe bei Krankheit erst recht entgegen.

Soweit der Kläger Hilfe bei Krankheit auch für die zurückliegende Zeit seit Antragstellung begehren sollte, kommt eine Erbringung durch Sachleistungen der Krankenkasse oder des Sozialhilfeträgers selbst nachträglich nicht mehr in Betracht. Möglich wäre allein ein Anspruch auf Erstattung der vom Kläger selbst getragenen Kosten. Ob dem bereits eine gegebenenfalls schon erfolgte Bedarfsdeckung entgegensteht, kann offen bleiben. Denn der Kläger hat bislang solche Kosten seit Antragstellung weder dargelegt, beziffert noch belegt. Des Weiteren ergibt sich aus den vorstehenden Ausführungen, dass der Beklagte die Gewährung von Hilfe bei Krankheit bereits seit Antragstellung zu Recht abgelehnt hatte. Der Kläger hatte keinen Anspruch auf die begehrte Leistung, so dass auch ein

Erstattungsanspruch ausscheidet.

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

Gründe, die Revision zuzulassen ([§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG](#)), bestehen nicht.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2010-05-11