

L 16 AS 449/10 B ER

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Grundsicherung für Arbeitsuchende
Abteilung

16
1. Instanz
SG München (FSB)
Aktenzeichen
S 53 AS 1224/10 ER

Datum
18.05.2010
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 16 AS 449/10 B ER

Datum
16.08.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Beschluss

Leitsätze

1. Bezieher von Arbeitslosengeld II, die privat krankenversichert und unabhängig von der Höhe des zu zahlenden Beitrags hilfebedürftig sind, haben gemäß [§ 26 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB II](#) i. V. m. [§ 12 Abs. 1c Satz 6 VAG](#) einen Anspruch auf Übernahme der Beiträge zur privaten Krankenversicherung nur bis zur Höhe des Betrags, der auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen ist.

2. Ob sich aus einer Analogie zu [§ 26 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB II](#) oder aus [§ 21 Abs. 6 SGB II](#) in der Fassung des Gesetzes vom 27.05.2010 ([BGBl I S. 671](#)) ein Anspruch auf Übernahme der Beiträge, soweit sie den in [§ 26 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB II](#) i. V. m. [§ 12 Abs. 1c Satz 6 VAG](#) genannten Höchstbetrag überschreiten, ergibt, bleibt offen. Ebenso bleibt offen, ob die Beschränkung auf den in [§ 26 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB II](#) i. V. m. [§ 12 Abs. 1c Satz 6 VAG](#) genannten Höchstbetrag verfassungskonform ist.

3. Für einen Antrag, den Grundsicherungsträger im Wege der einstweiligen Anordnung zu verpflichten, vorläufig weitere Zuschüsse bis zur Höhe der tatsächlich vom Hilfebedürftigen geschuldeten Leistungen zu bezahlen, besteht kein Anordnungsgrund. Denn Hilfebedürftige bleiben auch dann mit vollem Leistungsanspruch privat krankenversichert, wenn sie mit Beiträgen im Rückstand sind, weil gemäß [§ 193 Abs. 6 Satz 5 VVG](#) das Ruhen der Leistungen, das zu Leistungseinschränkungen nach [§ 193 Abs. 6 Satz 6 VVG](#) führt, während der Zeit der Hilfebedürftigkeit nach dem SGB II oder SGB XII ausdrücklich ausgeschlossen ist.

I. Die Beschwerde wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten des Beschwerdeverfahrens sind nicht zu erstatten.

III. Dem Beschwerdeführer wird für das Verfahren vor dem Landes- sozialgericht Prozesskostenhilfe ab dem 07.06.2010 bewilligt und Rechtsanwältin B., B-Stadt, beigeordnet. Ratenzahlungen sind nicht zu erbringen.

Gründe:

I.

Das Antragsverfahren betrifft die vorläufige Übernahme von Beiträgen zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung.

Im Oktober 2009 wurde der 1947 geborene Beschwerdeführer, der bis dahin selbstständig tätig war, infolge von Überschuldung hilfebedürftig und beantragte am 15.10.2009 Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Sozialgesetzbuch Zweites Buch (SGB II).

Am 03.11.2009 gab die G. Ersatzkasse dem Beschwerdeführer die Auskunft, dass keine Möglichkeit bestehe, ihn gesetzlich zu versichern. Insbesondere sei er gemäß § 5 Abs. 5a und gemäß [§ 6 Abs. 3a](#) Sozialgesetzbuch V (SGB V) nicht versicherungspflichtig.

Nach einem Versicherungsschein der A. Private Krankenversicherungs AG (nachfolgend: A.) vom 27.04.2010 wurde der Beschwerdeführer ab dem 01.11.2009 neu versichert. Der Gesamtmonatsbeitrag für die Kranken- und Pflegepflichtversicherung liege ab November 2009 bei 320,65 EUR und ab Januar 2010 bei 327,19 EUR. Diese Beträge schlüsselten sich auf in - den Basistarif Krankheitskosten, gekappt wegen Hilfebedürftigkeit, in Höhe von 284,82 EUR bis Dezember 2009 und in Höhe von 290,63 EUR ab Januar 2010, und

- den Beitrag zur Pflegepflichtversicherung in Höhe von 35,83 EUR bis Ende 2009 und in Höhe von 36,56 EUR ab Januar 2010.

Am 06.07.2010 stellte die A. das Ruhen der Versicherungspflicht fest. Das Schreiben enthielt den ausdrücklichen Hinweis, dass das Ruhen durch den Nachweis eines Anspruchs nach dem SGB II ende.

Die Beschwerdegegnerin bewilligte dem Beschwerdeführer durch Bescheid vom 31.12.2009 vorläufig Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II für den Zeitraum vom 15.10.2009 bis zum 30.04.2010 unter Einbeziehung eines monatlichen Zuschusses nach [§ 26 SGB II](#) zu den Beiträgen zur privaten Krankenversicherung in Höhe von 125,16 EUR monatlich und zur privaten Pflegeversicherung in Höhe von 18,48 EUR monatlich ab dem 01.11.2009. Gegen diesen Bescheid legte der Beschwerdeführer am 20.01.2010 Widerspruch ein mit dem Ziel der vollen Übernahme der tatsächlichen Beiträge zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung.

Durch Änderungsbescheid vom 05.02.2010 wurde der Zuschuss zur Krankenversicherung auf 126,05 EUR erhöht und der Zuschuss zur Pflegeversicherung auf 18,04 EUR abgesenkt. Auch gegen diesen Änderungsbescheid legte der Beschwerdeführer am 11.02.2007 Widerspruch ein.

Mit Änderungsbescheid vom 09.03.2010 erhöhte die Beschwerdegegnerin die in den Monaten November und Dezember 2009 vorläufig übernommenen Kosten für Unterkunft und Heizung.

Durch weiteren Bescheid vom 09.03.2010 bewilligte sie dem Beschwerdeführer Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts für die Zeit vom 01.05.2010 bis zum 31.07.2010 vorläufig. Darin war ein Zuschuss nach [§ 26 SGB II](#) zur Krankenversicherung in Höhe von 126,05 EUR und zur Pflegeversicherung in Höhe von 18,04 EUR enthalten.

Mit Widerspruchsbescheid vom 14.04.2010 wies sie den Widerspruch vom 20.01.2010 gegen den Bescheid vom 21.12.2009 zurück. Dagegen erhob der Beschwerdeführer beim Sozialgericht München Klage (Az.: S 53 AS 1229/10).

Am 04.05.2010 hat er beim Sozialgericht München (SG) beantragt, im Wege des vorläufigen Rechtsschutzes die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, die Kosten der Beiträge für die private Kranken- und Pflegeversicherung in vollständiger Höhe zu übernehmen.

Diesen Antrag hat das SG durch Beschluss vom 18.05.2010 Az.: [S 53 AS 1224/10 ER](#)) abgelehnt.

Dagegen hat der Beschwerdeführer am 07.06.2010 Beschwerde eingelegt.

Die A. habe seine Krankenversicherung wegen seines Beitragsrückstandes mit Schreiben vom 06.07.2010 ruhend gestellt. Während der Ruhezeit hafte der Versicherer gemäß [§ 193 Abs. 6 S. 6](#) Versicherungsvertragsgesetz (VVG) ausschließlich für Aufwendungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich seien. Chronische Erkrankungen würden

nicht mehr behandelt. Dies gefährde seine Gesundheit, weil er an einer zystischen Nierenkrankheit leide, die grundsätzlich dauernd überwacht werden müsse. Zum Beleg hat der Beschwerdeführer ein Attest seines Arztes Dr. E. vom 02.06.2010 vorgelegt. Weitere chronische Erkrankungen sind im Schreiben der A. vom 09.11.2009 aufgeführt, nämlich: Hypertonie, gastro-ösophageale Refluxkrankheit, Nabelbruch und ein degeneratives Wirbelsäulenleiden.

Der Beschwerdeführer beantragt, unter Aufhebung des Beschlusses des Sozialgerichts München vom 18.05.2010 die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, die Kosten für die private Kranken- und Pflegeversicherung in vollständiger Höhe zu übernehmen.

Die Beschwerdegegnerin beantragt, die Beschwerde zurückzuweisen.

Am 07.06.2010 hat der Beschwerdeführer zudem beantragt, ihm für das Verfahren vor dem Landessozialgericht Prozesskostenhilfe zu bewilligen und Rechtsanwältin B., B-Stadt, beizuordnen.

Zur Ergänzung des Sachverhalts wird auf die Akte des Landessozialgerichts und auf die beigezogenen Akten des SG sowie der Beschwerdegegnerin verwiesen.

II.

Die Beschwerde ist zulässig, insbesondere wurde sie form- und fristgerecht eingelegt ([§§ 172, 173](#) Sozialgerichtsgesetz - SGG). Der Wert des Beschwerdegegenstandes erreicht die Beschwerdesumme von 750 EUR nach [§ 172 Abs. 3 Nr. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 144 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGG](#), da davon auszugehen ist, dass der zeitlich nicht begrenzte Antrag sich auf einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten bezieht, bei monatlich in Höhe von 207,01 EUR streitigen Leistungen.

Die Beschwerde ist unbegründet. Zu Recht hat das Sozialgericht den Erlass einer einstweiligen Anordnung abgelehnt.

Eine einstweilige Anordnung zur Regelung eines vorläufigen Zustands in Bezug auf ein streitiges Rechtsverhältnis (sog. Regelungsanordnung) ist nach [§ 86b Abs. 2 S. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) zulässig, wenn eine solche Regelung zur Abwendung wesentlicher Nachteile nötig erscheint. Die Notwendigkeit zur Abwendung wesentlicher Nachteile umschreibt den sogenannten Anordnungsgrund ([§ 86b Abs. 2 S. 4 SGG](#) i.V.m. [§ 920 Abs. 1](#) Zivilprozessordnung - ZPO -). Voraussetzung für den Erlass einer einstweiligen Anordnung ist, dass sowohl das zu sichernde Recht, der sogenannte Anordnungsanspruch, als auch der Anordnungsgrund, glaubhaft gemacht sind ([86b Abs. 2 S. 4 SGG](#) i.V.m. [§ 920 Abs. 2](#) Zivilprozessordnung - ZPO -) oder nach Durchführung der von Amts wegen im

Eilverfahren möglichen und gebotenen Ermittlungen glaubhaft erscheinen.

Glaubhaftigkeit bedeutet, dass für das Vorliegen von Anordnungsanspruch und Anordnungsgrund ein geringerer Grad von Wahrscheinlichkeit erforderlich ist als die volle richterliche Überzeugung. Welcher Grad von Wahrscheinlichkeit insoweit genügt, ist bei unklaren Erfolgsaussichten in der Hauptsache nach einer umfassenden Abwägung der Interessen aller Beteiligten und der öffentlichen Interessen zu bestimmen: Abzuwägen sind die Folgen, die auf der einen Seite entstehen würden, wenn das Gericht die einstweilige Anordnung nicht erließe, sich jedoch im Hauptsacheverfahren herausstellen würde, dass der Anspruch besteht, und die auf der anderen Seite entstünden, wenn das Gericht die einstweilige Anordnung erließe, sich jedoch im Hauptsacheverfahren herausstellen würde, dass der Anspruch nicht besteht (Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 9. A., 2008 § 86b Rdnr. 29a).

Sofern dabei auf Seiten des Anordnungsgrundes das Existenzminimum eines Menschen bedroht ist, genügt für die Glaubhaftigkeit des Anordnungsanspruchs ein ganz geringer Grad an Wahrscheinlichkeit, nämlich die nicht ganz auszuschließende Möglichkeit seines Bestehens (BVerfG, Beschluss vom 12.05.2005 Az. [1 BvR 569/05](#) = [NJW 2005, 2982](#) und Beschluss vom 06.02.2007 Az. [1 BvR 3101/06](#) - unveröffentlicht).

1. Was den Antrag auf vorläufige Übernahme der vollständigen Beiträge zur privaten Krankenversicherung betrifft, so erscheint ein Anordnungsanspruch möglich, es fehlt jedoch an einem Anordnungsgrund, der bei der gebotenen Folgenabwägung den Erlass einer einstweiligen Anordnung rechtfertigen würde.

a) Zwar ist nach dem Wortlaut der gesetzlichen Regelung ein Anordnungsanspruch eindeutig ausgeschlossen. Die Gewährung eines Anspruchs auf Übernahme der vollständigen Beiträge zur privaten Krankenversicherung in analoger Anwendung des [§ 26 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB II](#), aufgrund verfassungskonformer Auslegung des [§ 26 Abs. 2 SGB II](#) und als unabweisbarer, laufender, nicht nur einmaliger besonderer Bedarf im Sinne des [§ 21 Abs. 6 SGB II](#) wird zwar diskutiert.

Gemäß [§ 26 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB II](#) gilt für Bezieher von Arbeitslosengeld II (Alg II) oder Sozialgeld, die in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht versicherungspflichtig und nicht familienversichert sind und die für den Fall der Krankheit bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, bezüglich des Zuschusses zu Versicherungsbeiträgen [§ 12 Abs. 1c S. 5](#) und 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG). Gemäß [§ 12 Abs. 1c S. 5 VAG](#) beteiligt sich der zuständige Träger nach dem SGB II auf Antrag des Versicherten im erforderlichen Umfang an dem auf die Hälfte reduzierten Beitrag zum Basistarif nach [§ 12 Abs. 1c S. 4 VAG](#), wenn und soweit allein durch die Zahlung dieses Beitrags Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II besteht. Besteht unabhängig von der Höhe des zu zahlenden Beitrags Hilfebedürftigkeit nach dem SGB II, so halbiert sich der Beitrag zum Basistarif nach [§ 12 Abs. 1c S. 6 i.V.m. S. 4](#) ebenfalls, außerdem zahlt der zuständige Träger den Betrag, der auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen ist.

Der Beitrag für einen Bezieher von Alg II, der gemäß [§ 5 Abs. 1 Nr. 2a Sozial-gesetzbuch Fünftes Buch \(SGB V\)](#) versicherungspflichtig ist, liegt seit dem 01.01.2010 gemäß [§§ 232a Abs. 1 S. 1 Nr. 2 S. 1 SGB V und 243](#), 246 SGB V i.V.m. [§ 2 GKV-Beitragsatzverordnung](#) vom 02.03.2009 ([BGBl. I, S. 416](#), m.W.v. 01.07.2009) bei 14,3 % - 881,48 EUR = 126,05 EUR monatlich. Nach dem klaren Wortlaut der Regelung in [§ 26 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB II](#) i.V.m. [§ 12 Abs. 1c S. 6 VAG](#) ist die Übernahmepflicht der Beschwerdegegnerin auf diesen Betrag begrenzt. Damit ergibt sich für den Beschwerdeführer eine Unterdeckung bei den Beiträgen zur privaten Krankenversicherung in Höhe von 290,63 EUR./ 126,05 EUR = 164,58 EUR monatlich.

Obwohl die gesetzliche Regelung insoweit eindeutig ist, leiten Teile der Rechtsprechung einen Anspruch auf Übernahme der vollständigen Beiträge zur privaten Krankenversicherung aus einer analogen Anwendung des [§ 26 Abs. 2 S. 1 Nr. 2 SGB II](#) ab (so LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 16.09.2009 Az. [L 3 AS 3934/09 ER-B](#); SG Chemnitz, Urteil vom 16.06.2010 Az. [S 3 AS 450/10](#)). Diese Vorschrift, die ausdrücklich nur für solche Hilfebedürftige gilt, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, sei auf privat krankenversicherte Hilfebedürftige entsprechend anzuwenden, weil insoweit eine Regelungslücke bestehe. Ob eine solche Analogie möglich ist, erscheint jedoch zweifelhaft (verneinend LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss vom 26.02.2010 Az. [L 15 AS 26/10 B ER](#); LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 22.03.2010 Az. [L 13 AS 919/10 ER-B](#); LSG Hessen, Beschluss vom 22.03.2010 Az. [L 9 AS 570/09 B ER](#)). Eine Analogie setzt eine planwidrige Regelungslücke voraus, die dann nicht vorliegt, wenn der Gesetzgeber von einer Regelung bewusst abgesehen hat. Welche Gedanken sich der Gesetzgeber im Gesetzgebungsverfahren zu diesem Problem gemacht hat, lässt sich im Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes nicht abschließend klären.

Sollte der Gesetzgeber eine Unterdeckung des Bedarfs Hilfebedürftiger bei den Beiträgen zur privaten Krankenversicherung gewollt haben, so würde sich eine Analogie zu [§ 26 Abs. 2 S. 1 Nr. 2 SGB II](#) verbieten, zu prüfen wäre jedoch dann, ob die Begrenzung der übernahmefähigen Kosten der privaten Krankenversicherung in [§ 26 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB II](#) i.V.m. [§ 12 Abs. 1c S. 6 VAG](#) verfassungswidrig ist (so insbesondere LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss vom 26.02.2010 Az. [L 15 AS 26/10 B ER](#)). In Betracht kommt zum einen ein Verstoß gegen das Recht auf Gewährleistung des menschenwürdigen Existenzminimums, das in [Art. 1 Abs. 1 Grundgesetz \(GG\)](#) i.V.m. dem Sozialstaatsprinzip des [Art. 20 Abs. 1 GG](#) verbürgt ist (dazu grundlegend BVerfG, Urteil vom 09.02.2010 Az. [1 BvL 1/09](#), [1 BvL 3/09](#) und [1 BvL 4/09](#) = [NJW 2010, 505](#)). Zum anderen kommt auch ein Verstoß gegen den allgemeinen Gleichheitssatz des [Art. 3 Abs. 1 GG](#) in Betracht, da zweifelhaft ist, ob es durch sachliche Gründe gerechtfertigt ist, dass bei einem Betroffenen, der nur aufgrund der Höhe des Beitrags zur privaten Krankenversicherung hilfebedürftig wird, nach [§ 26 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB II](#) i.V.m. [§ 12 Abs. 1c S. 5 VAG](#) die die Leistungsfähigkeit übersteigenden Beiträge in vollem Umfang übernommen werden, während dann, wenn Hilfebedürftigkeit unabhängig von der Höhe des zu zahlenden Beitrags besteht, der Beitrag nur bis zu einer Höchstgrenze übernommen wird. Das LSG Saarland hat mit Beschluss vom 13.04.2010 (Az. [L 9 AS 15/09](#)) den Anspruch auf Übernahme der vollständigen Beiträge auf eine verfassungskonforme Auslegung des [§ 26 Abs. 2 SGB II](#) gestützt; dieser Auffassung ist jedoch nicht zu folgen, da auch die verfassungskonforme Auslegung - wie jede Form der Auslegung - ihre Grenze am Wortlaut einer Regelung findet. Der Wortlaut der Regelung in [§ 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB II](#) i. V. mit [§ 12 Abs. 1c Satz 6 VAG](#) ist eindeutig.

Schließlich wird noch die Meinung vertreten, der Anspruch auf Übernahme der vollständigen Beiträge zur privaten Krankenversicherung folge aus dem vom Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil vom 09.02.2010 ([a.a.O.](#)) unter Nr. 3 des Tenors formulierten und aus [Art. 1](#)

[Abs. 1 GG](#) i. V. mit dem Sozialstaatsprinzip des [Art. 20 Abs. 1 GG](#) abgeleiteten Anspruch auf Leistungen zur Sicherstellung eines unabwiesbaren, laufenden, nicht nur einmaligen, besonderen Bedarfs, den der Gesetzgeber inzwischen in [§ 21 Abs. 6 SGB II](#) kodifiziert hat (so SG Bremen, Urteil vom 20.04.2010 Az. S [21 AS 1521/09](#) Rdnr. 34; ablehnend LSG Sachsen-Anhalt, Beschluss vom 14.04.2010 Az. [L 2 AS 16/10 B ER](#) Rdnr. 61).

b) Ein wesentlicher Nachteil zu dessen Abwendung der Erlass einer einstweiligen Anordnung erforderlich wäre, der sog. Anordnungsgrund, ist nicht gegeben. Insoweit hat der Beschwerdeführer geltend gemacht, gesundheitlich gefährdet zu werden, wenn seine private Krankenversicherung aufgrund des Beitragsrückstandes das Ruhen des Versicherungsverhältnisses feststelle und deshalb nur noch die Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände übernehmen müsse. Tatsächlich können Beitragsrückstände den Versicherer gemäß [§ 193 Abs. 6 Satz 2](#) Versicherungsvertragsgesetz (VVG) dazu berechtigen, das Ruhen der Leistungen festzustellen, mit der Folge, dass der Versicherer ausschließlich für Aufwendungen haftet, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Geburt erforderlich sind. Da der Beschwerdeführer an verschiedenen chronischen Erkrankungen, insbesondere einer zystischen Nierenkrankheit leidet, die regelmäßiger Überwachung bedarf, könnte sich daraus ein Nachteil ergeben, der den Erlass einer einstweiligen Anordnung rechtfertigen könnte, wenn der Krankenversicherer tatsächlich berechtigt wäre, das Ruhen festzustellen. Gemäß [§ 193 Abs. 6 Satz 5 VVG](#) endet das Ruhen aber unter anderem dann, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des SGB II oder SGB XII wird. Es entspricht einhelliger Auffassung, dass diese Regelung auch dann gilt, wenn die Hilfebedürftigkeit von vornherein vorliegt und nicht erst während des Ruhens nachträglich eintritt (siehe nur z. B. LSG Hessen, Beschluss vom 22.03.2010 Az. [L 9 AS 570/09 B ER](#) Rdnr. 36 m. w. Nachw.). Der Gesetzgeber hat damit sichergestellt, dass während des Bezugs von Arbeitslosengeld II keine Leistungseinschränkungen seitens der privaten Krankenversicherung eintreten, selbst dann nicht, wenn Beitragsrückstände aufgelaufen sind. Damit besteht während des Bezugs von Arbeitslosengeld II keine Notlage, die den Erlass einer einstweiligen Anordnung im Hinblick auf die Übernahme der vollständigen Beiträge zur privaten Krankenversicherung rechtfertigen würde (BayLSG, Beschluss vom 29.01.2010 Az. [L 16 AS 27/10 B ER](#); LSG NRW, Beschluss vom 10.02.2010 Az. [L 7 AS 28/10 B ER](#); LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 22.03.2010 Az. [L 13 AS 919/10 ER-B](#); LSG Sachsen-Anhalt, Beschluss vom 14.04.2010 Az. [L 2 AS 16/10 B ER](#)).

Auch aus dem im Beschwerdeverfahren vorgelegten Schreiben der A. vom 06.07.2010 kann keine akute Notlage abgeleitet werden. Zwar stellt die A. in diesem Schreiben das Ruhen fest. Zwei Absätze weiter weist sie jedoch ausdrücklich darauf hin, dass das Ruhen mit Eintritt der Hilfebedürftigkeit nach dem SGB II oder SGB XII ende, was durch eine Bescheinigung des zuständigen Grundsicherungsträgers nachzuweisen sei. Damit lässt dieses Schreiben nicht den Schluss zu, dass es dem Beschwerdeführer nicht zumutbar sei, seine eindeutig gegebenen Rechte gegenüber dem Krankenversicherer geltend zu machen. Möglicherweise ist dieses ganz allgemein gehaltene Schreiben dadurch zustande gekommen, dass dem Versicherer kein aktueller Nachweis über den Bezug von Arbeitslosengeld II vorlag. Sollte die A. tatsächlich entgegen der eindeutigen gesetzlichen Regelung ihre Leistungen auf die Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände beschränken, würde auch dies nicht zu der Notwendigkeit führen, die Beschwerdegegnerin im einstweiligen Rechtsschutz zur vollständigen Übernahme der geschuldeten Beiträge zu verpflichten. Denn seine Existenzgefährdung kann der Beschwerdeführer dadurch im Einklang mit der gesetzlichen Regelung abwehren, dass er einstweiligen Rechtsschutz gegenüber seinem privaten Krankenversicherer bei den Zivilgerichten sucht. Gegenwärtig steht jedoch noch nicht fest, dass es dazu kommen muss. Denn erstens hat die A. selbst in ihrem Schreiben vom 06.07.2010 den Nachweis der Hilfebedürftigkeit nach dem SGB II zur Beendigung des Ruhens zugelassen. Zweitens wurde bislang für konkrete Behandlungs- oder Untersuchungsmaßnahmen im Hinblick auf die chronischen Erkrankungen des Beschwerdeführers die Kostenübernahme bei der A. nicht beantragt und von ihr abgelehnt.

Eine Gefährdung der Gesundheit des Beschwerdeführers im Hinblick auf Behandlungsdefizite bei seinen chronischen Erkrankungen kommt somit als Anordnungsgrund nicht in Betracht.

Als einziger Nachteil, der auch durch die notfalls zumutbare Inanspruchnahme der Zivilgerichte gegenüber der privaten Krankenversicherung nicht abzuwenden ist, verbleibt somit eine Anhäufung von Schulden gegenüber der privaten Krankenversicherung. Die Folgen der Beitragsrückstände gegenüber der privaten Krankenversicherung liegen jedoch in der Zukunft und im Ungewissen, dass sie angesichts der hohen Ungewissheit bezüglich des Bestehens eines Anordnungsanspruchs hinter das öffentliche Interesse, steuerfinanzierte Mittel nur im gesetzlich vorgesehenen Umfang auszugeben, zurückzutreten haben. Solange der Beschwerdeführer hilfebedürftig ist, ist er gegenüber Vollstreckungsversuchen der Krankenversicherung durch die Pfändungsgrenzen der ZPO geschützt. Die angehäuften Schulden werden für ihn erst dann zum Problem, wenn seine Hilfebedürftigkeit endet und er wieder über pfändungsfähiges Einkommen oder Vermögen verfügt. In diesem Moment tritt dann, wenn seine Beitragsschulden nicht zu tilgen sind, tatsächlich das Ruhen der Leistungen nach [§ 193 Abs. 6 VVG](#) mit der Folge der Leistungsbeschränkungen nach [§ 193 Abs. 6 Satz 6](#) ein. Dieses Ereignis liegt derzeit jedoch in unbestimmter Zukunft und rechtfertigt deshalb gegenwärtig nicht den Erlass einer einstweiligen Anordnung. Die Beitragsrückstände können im Fall eines Obsiegens in der Hauptsache auch rückwirkend finanziell ausgeglichen werden.

2. Auch bezüglich der Beiträge zur privaten Pflegeversicherung entsprechen die von der Beschwerdegegnerin gewährten Leistungen dem Wortlaut der gesetzlichen Regelung. Trotz auch hier bestehender Zweifel, ob ein Anordnungsanspruch entgegen dem Gesetzeswortlaut geben sein könnte, fehlt es jedenfalls am Anordnungsgrund.

a) Den Beitragszuschuss des Grundsicherungsträgers zur privaten Pflegeversicherung regelt [§ 26 Abs. 3 S. 1 SGB II](#). Danach werden für Bezieher von Alg II, 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. Hierzu bestimmt [§ 110 Abs. 2 S. 3 bis 5](#) Sozialgesetzbuch XI (SGB XI) ergänzend, dass für Personen, die im Basistarif nach [§ 12 VAG](#) versichert sind und deren Beitrag zur Krankenversicherung sich nach [§ 12 Abs. 1c S. 4](#) oder [§ 6 VAG](#) vermindert, der Beitrag 50 % des sich nach Abs. 1 Nr. 2 Buchst. e SGB XI ergebenden Beitrags (Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung) nicht übersteigen darf. Für die Aufbringung der nach Satz 3 verminderten Beiträge wird die entsprechende Anwendung des [§ 12 Abs. 1c S. 5](#) oder [§ 6 VAG](#) angeordnet. Dabei gilt Satz 6 mit der Maßgabe, dass der zuständige Träger den Beitrag zahlt, der auch für einen Bezieher von Alg II in der sozialen Pflegeversicherung zu zahlen ist. Hieraus ergibt sich, dass auch hinsichtlich der Beiträge zur privaten Pflegeversicherung der Zuschuss des Grundsicherungsträgers auf den Betrag begrenzt ist, der für einen Bezieher von Alg II in der sozialen Pflegeversicherung zu tragen ist. Bei der Berechnung dieses Beitrags ist nach [§ 57 Abs. 1 Satz 2 SGB XI](#) abweichend von [§ 232a Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB V](#) der 30. Teil des 0,3620fachen der monatlichen Bezugsgröße als beitragspflichtige Einnahme zugrunde zu legen, mithin im Jahr 2010 monatlich 924,91 EUR (2555 x 0,3620). Der Beitragssatz beträgt 1,95 % ([§ 55 Abs. 1 S. 1 SGB XI](#)), so dass sich danach für Alg II-Bezieher ein Beitrag von 18,04 EUR im Jahr 2010

errechnet.

b) Ein Anordnungsgrund ist bezüglich der Unterdeckung bei den Beiträgen zur Pflegepflichtversicherung schon deshalb ausgeschlossen, weil eine Inanspruchnahme der Leistungen der Pflegeversicherung nicht in Sicht ist und eine Kündigung der Pflegepflichtversicherung seitens des Versicherungsunternehmens gemäß [§ 110 Abs. 4](#) i. V. m. Abs. 1 SGB XI ausgeschlossen ist.

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

Prozesskostenhilfe ist gemäß [§ 73a Abs. 1 S. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) i.V.m. [§§ 114](#) ff. Zivilprozessordnung (ZPO) zu bewilligen, weil die Partei nach ihren persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen die Kosten der Prozessführung nicht aufbringen kann. Trotz Zurückweisung der Beschwerde bot die Rechtsverfolgung hinreichende Aussicht auf Erfolg und erschien nicht mutwillig, wie die oben zitierten zahlreichen Entscheidungen, die einen entsprechenden Anspruch bejahen, zeigen.

Dieser Beschluss ist gemäß [§ 177 SGG](#) unanfechtbar.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2010-11-08