

S 29 AS 4051/09 ER

Land

Freistaat Sachsen

Sozialgericht

SG Dresden (FSS)

Sachgebiet

Grundsicherung für Arbeitsuchende

Abteilung

29

1. Instanz

SG Dresden (FSS)

Aktenzeichen

S 29 AS 4051/09 ER

Datum

18.09.2009

2. Instanz

Sächsisches LSG

Aktenzeichen

-

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Beschluss

Bemerkung

Eine erweiternde Auslegung der gesetzlichen Regelung zur Höhe des Zuschusses, den Bezieher von Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld zu den Beiträgen ihrer privaten Krankenversicherung beanspruchen können, ist nicht möglich und im Hinblick auf § 193 Abs.6 V

1. Der Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung wird zurückgewiesen.

2. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten im Wege des einstweiligen Rechtsschutzverfahrens um die Erhöhung des Zuschusses zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung bis zur Höhe der tatsächlich zu leistenden Beiträge.

Der 1958 geborene und seit dem Jahr 2004 von seiner Ehefrau geschiedene Antragsteller ist seit über fünf Jahren ununterbrochen privat kranken- und pflegeversichert. Er hat einen Krankenversicherungsschutz im gesetzlichen Umfang und eine Beitragsverpflichtung für die private Krankenversicherung unter Berücksichtigung einer jährlichen Selbstbeteiligung von 400,-EUR in Höhe von 234,16 EUR. Der Beitrag zur privaten Pflegeversicherung ist in Höhe von 30,30 EUR monatlich zu leisten. Seit dem 01.01.2009 haben Versicherungsunternehmen mit Sitz im Inland, die eine substitutive Krankenversicherung betreiben einen branchenweit einheitlichen Basistarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des Fünften Buches Sozialbuch, auf die ein Anspruch besteht, jeweils vergleichbar sind. Der volle Beitrag für einen solchen Basisversicherungsschutz beträgt derzeit 569,63 EUR. Der Antragsteller, der keinerlei Einkommen erzielt, musste im Januar 2009 aufgrund seiner nicht mehr hinreichenden Vermögenslage einen Antrag auf Sicherung des Lebensunterhaltes nach dem SGB II stellen, der auch bewilligt wurde. Auf der Grundlage eines Folgeantrages wurden dem Antragsteller durch Bescheid vom 13.08.2009 vorläufig Leistungen bewilligt für den Zeitraum 07.08.2009 bis 31.01.2010 in Höhe von 667,50 EUR sowie ein Zuschuss für die private Krankenversicherung in Höhe von 129,54 EUR monatlich und ein Zuschuss für die private Pflegeversicherung in Höhe von 17,79 EUR.

Durch Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung beantragt der Antragsteller durch Schriftsatz vom 24.08.2009, eingegangen am gleichen Tag, eine Abänderung dieser vorläufigen Bewilligung.

Er trägt hierzu vor, er sei finanziell nicht in der Lage, die Differenz zwischen dem bewilligten Zuschuss zur Kranken- und Pflegeversicherung und den tatsächlichen Beiträgen aufzubringen. Dies habe zur Folge, dass aufgrund ausstehender Beitragszahlungen das Versicherungsverhältnis ruhe und ihm nur noch ein Notversicherungsschutz für Akuterkrankungen zustehe. Dies ängstige ihn - den Antragsteller - unter dem Aspekt, dass er sich zwar gegenwärtig gesundheitlich einigermaßen stabil fühle, jedoch eine Verschlechterung zu befürchten habe, da ihm seit vier Wochen die von ihm dauerhaft benötigten verschreibungspflichtigen Medikamente nicht mehr zur Verfügung stünden. Denn er habe im Jahr 2008 einen Herzinfarkt erlitten und sei seitdem auf die in dieser Situation erforderlichen Medikamente (Blutverdünner, Fettsenker, Blutdruckmittel) angewiesen, deren weitere Verordnung indes einen Arztbesuch voraussetze.

Der Antragsteller beantragt:

1. Die Antragsgegnerin wird verpflichtet, dem Antragsteller einen weiteren Betrag in Höhe von 104,62 EUR monatlich zum Beitrag seiner privaten Krankenversicherung in Höhe von 234,16EUR zu bewilligen und auszus zahlen.

2. Die Antragsgegnerin wird verpflichtet, dem Antragsteller einen weiteren Betrag in Höhe von 12,15 EUR monatlich zum Beitrag seiner

privaten Pflegeversicherung in Höhe von 30,30 EUR zu bewilligen und auszuzahlen.

Die Antragsgegnerin beantragt,

den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung zurückzuweisen.

Sie erwidert, es bestehe kein Anordnungsanspruch. Denn es stünden dem Antragsteller keine höheren Zuschüsse zu.

Die Antragsgegnerin könne als Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag nur den Beitrag zahlen, den sie für Bezieher von Arbeitslosengeld II in die gesetzliche Krankenversicherung zu tragen hat, was vorliegend geschehen sei. Gleiches gelte im Prinzip für den Beitrag zur privaten Pflegeversicherung. Da der Versicherungsnehmer bei Hilfebedürftigkeit an das private Krankenversicherungsunternehmen grundsätzlich, das heißt unter Außerachtlassung weiterer Absenkungen, die sich durch Selbstbeteiligungen ergeben können, den halben Basistarif zu leisten habe (= 569,63:2), der höher sei als die bewilligte Leistung in Höhe des gesetzlichen Beitrages, entstehe in den Fällen, in denen es keine Möglichkeit gebe, den überschüssigen Betrag im Rahmen des [§ 11 Abs.2 S.3a SGB II](#) von erzieltom Einkommen abzusetzen in der Tat eine Deckungslücke, die zu schließen der Antragsgegnerin die gesetzliche Grundlage fehle. Sie müsse darauf hinweisen, dass wegen der Veränderung der Beitragssätze ab 01.07.2009 lediglich ein monatlicher Zuschuss zur Krankenversicherung in Höhe von 124,32 EUR hätte bewilligt werden dürfen, es aber aus Gründen des Vertrauensschutzes bei der erfolgten Bewilligung verbleibe.

Im Rahmen der weiteren Ermittlungen legte der Antragsteller ein Fax der B. Krankenversicherungs a.G. vom 15.09.2009 vor, auf dessen Inhalt Bezug genommen wird (Bl. 77 der Gerichtsakte).

Wegen der weiteren Einzelheiten der Sach- und Rechtslage wird auf die Gerichtakte und die beigezogene Leistungsakte der Antragsgegnerin - AZ 07402BG0094265 - verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Gemäß [§ 86 b Abs.1 SGG](#) kann das Gericht der Hauptsache auf Antrag

1. in den Fällen, in denen Widerspruch oder Anfechtungsklage aufschiebende Wirkung haben, die sofortige Vollziehung ganz oder teilweise anordnen,
2. in den Fällen, in denen Widerspruch und Anfechtungsklage keine aufschiebende Wirkung haben, die aufschiebende Wirkung ganz oder teilweise anordnen, 3. in den Fällen des § 86 a Abs.3 die sofortige Vollziehung ganz oder teilweise wiederherstellen.

Ist der Verwaltungsakt im Zeitpunkt der Entscheidung schon vollzogen oder befolgt worden, kann das Gericht die Aufhebung der Vollziehung anordnen.

Soweit ein Fall des Absatzes 1 nicht vorliegt, kann das Gericht der Hauptsache gemäß [§ 86 b Abs.2 SGG](#) auf Antrag eine einstweilige Anordnung in Bezug auf den Streitgegenstand treffen, wenn die Gefahr besteht, dass durch eine Veränderung des bestehenden Zustandes die Verwirklichung eines Rechts des Antragstellers vereitelt oder wesentlich erschwert werden könnte. Einstweilige Anordnungen sind und darum geht es hier auch zur Regelung eines vorläufigen Zustandes in Bezug auf ein streitiges Rechtsverhältnis zulässig, wenn eine solche Regelung zur Abwendung wesentlicher Nachteile nötig erscheint. Die [§§ 920, 921, 923-926, 928](#) bis [932, 938](#) und [945](#) der Zivilprozessordnung gelten entsprechend.

Voraussetzung einer vorläufigen Regelung ist die Glaubhaftmachung eines Anordnungsanspruches das heißt eines materiell-rechtlichen Anspruches und eines Anordnungsgrundes im Sinne einer besonderen Eilbedürftigkeit.

Hier fehlt es bereits an der hinreichenden Glaubhaftmachung eines Anordnungsgrundes.

Denn das Krankenversicherungsverhältnis des Antragstellers ruht nicht. Der Antragsteller kann entgegen seinen Befürchtungen derzeit uneingeschränkt Versicherungsschutz in Anspruch nehmen. Dies bestätigte das Krankenversicherungsunternehmen durch Fax vom 15.09.2009. Auch liegt kein Hinweis dazu vor, dass der Antragsteller keinen Versicherungsschutz in der privaten Pflegeversicherung mehr hat.

Das Ruhen eines privaten Krankenversicherungsverhältnisses setzt die Durchführung eines förmlichen Verfahrens voraus und kann grundsätzlich überdies nur bei Versicherungsnehmern durchgeführt werden, die nicht hilfebedürftig sind im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch.

Gemäß [§ 193 Abs. 3 VVG](#) in der ab 01.01.2009 in Kraft getretenen Fassung ist jede Person mit Sitz im Inland verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankenkostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von Kalender jährlich 5.000,00 EUR begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten. Diese Pflicht entfällt gemäß [§ 193 Abs.3 Nr.1 VVG](#) nur dann, wenn die zu versichernde Person in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert ist oder von der Möglichkeit Gebrauch macht, der gesetzlichen Krankenversicherung beizutreten. Beides ist dem Antragsteller verwehrt, weshalb er privat kranken- und pflegeversichert bleiben muss. Denn gemäß [§ 5 Abs. 1 Nr. 2](#) a SGB V sind zwar grundsätzlich Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch beziehen, soweit sie nicht familienversichert sind, versicherungspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung. Dies gilt indes gemäß [§ 5 Abs. 1 Nr. 5](#) a SGB V, eingeführt durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26.03.2007, in Kraft ab 01.01.2009, nicht für Leistungsbezieher, die, wie der Antragsteller unmittelbar vor dem Bezug von Arbeitslosengeld

II privat krankenversichert waren. Die Möglichkeit eines freiwilligen Beitritts zur gesetzlichen Krankenversicherung besteht für den Antragsteller ebenfalls nicht, da die Voraussetzungen des [§ 9 SGB V](#) nicht vorliegen. Eine Familienversicherung gemäß [§ 10 SGB V](#) ist ebenfalls nicht gegeben.

Aufgrund dieser Versicherungspflicht ist nicht nur grundsätzlich der Versicherungsnehmer an das Versicherungsunternehmen gebunden, sondern umgekehrt auch das Versicherungsunternehmen an den Versicherungsnehmer selbst wenn dieser, ob verschuldet oder nicht seinen vertraglichen Pflichten hier insbesondere der Entrichtung der Beiträge nicht nachkommt.

Kommt nun ein Versicherungsnehmer einer [§ 193 Abs. 3 VVG](#) genügenden Krankenversicherung mit einem Beitrag in Höhe von Prämienanteilen für zwei Monate in Rückstand, so hat der Versicherer ihn zunächst 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. Während dieser Ruhezeit haftet der Versicherer gemäß [§ 193 Abs. 6 Satz 6 VVG](#) ausschließlich für Aufwendungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind.

Dem Schreiben der B. Krankenversicherungs a. G. vom 15.09.2009 ist indes ausdrücklich zu entnehmen, dass bisher noch keine Mahnung erfolgte und es deshalb auch zu keiner Ruhendstellung gekommen ist. Damit befindet sich der Antragsteller derzeit in keiner Notsituation.

Dies auch nicht unter dem Gesichtspunkt, dass das Krankenversicherungsunternehmen ein entsprechendes Verhalten für Ende Oktober in Aussicht gestellt hat für den Fall, dass die laufenden Beiträge nicht beglichen werden.

Aber auch wenn dann tatsächlich durch das Krankenversicherungsunternehmen die Leistung gegenüber dem Antragsteller - soweit sie über einen Notversicherungsschutz hinaus-geht - verweigert würde, wäre ein Vorgehen im einstweiligen Rechtsschutz gegen das Versicherungsunternehmen zu prüfen.

Es führte umgekehrt nicht zu einer Erhöhung der Leistungsverpflichtung durch die Antragsgegnerin. Ein Anordnungsanspruch liegt damit ebenfalls nicht vor. Der Antragsteller und damit das Krankenversicherungsunternehmen haben sich vielmehr, jedenfalls in den Fällen, in denen es sich nicht um einen Leistungsbezieher aus dem Bereich der Aufstocker handelt, das heißt um einen Leistungsbezieher, der Einkommen erzielt, das zum Lebensunterhalt nicht reicht, mit den Beträgen zu begnügen, die für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen wären. Eine andere Auslegung ist auf Grund der eindeutigen gesetzlichen Regelung nicht möglich und auch aus verfassungsrechtlichen Erwägungen nicht veranlasst, da es nach Zufluss der gesetzlichen Beiträge an das private Krankenversicherungsunternehmen und nachgewiesener Hilfebedürftigkeit nicht zu einem Ruhen des Versicherungsvertrages kommt und entsprechendes nicht durch das Krankenversicherungsunternehmen festgestellt werden darf.

Dies folgt aus Folgendem: Bezieher von Arbeitslosengeld II, die weder in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig noch familienversichert sind und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, wie hier der Antragsteller, haben einen Anspruch auf einen Zuschuss zu den Versicherungsbeiträgen. Für diesen Anspruch gilt [§ 12 Abs. 1](#) c Satz 5 und 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes, [§ 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB II](#).

[§ 12 Abs. 1c des VAG](#) in der seit 01.01.2009 maßgebenden Fassung hat folgenden Wortlaut:

"c) Der Beitrag für den Basistarif ohne Selbstbehalt und in allen Selbstbehaltstufen darf den Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigen; dieser Höchstbeitrag errechnet sich aus dem allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen vom 01. Januar des Vorjahres und der Beitragsbemessungsgrenze; abweichend davon wird im Jahr 2009 zur Berechnung des Höchstbeitrages der allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen vom 01. Januar 2009 zu Grunde gelegt (1). Der Höchstbetrag wird zum Stichtag 01. Juli jedes Jahres auf Basis der vorläufigen Rechnungsergebnisse des Vorjahres der gesetzlichen Krankenversicherung um den Vom-Hundert-Wert angepasst, um den die Einnahmen des Gesundheitsfonds von einer vollständigen Deckung der Ausgaben des Vorjahres abweichen (2). Für Personen mit Anspruch auf Beihilfen nach beamtenrechtlichen Grundsätzen gelten die Sätze 1 und 2 mit der Maßgabe, dass an die Stelle des Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung ein Höchstbeitrag tritt, der dem prozentualen Anteil des die Beihilfe ergänzenden Leistungsanspruchs entspricht (3). Entsteht allein durch die Zahlung des Beitrages nach Satz 1 oder Satz 3 Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buch Sozialgesetzbuch, vermindert sich der Beitrag für die Dauer der Hilfebedürftigkeit um die Hälfte; die Hilfebedürftigkeit ist vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch auf Antrag des Versicherten zu prüfen und zu bescheinigen (4). Besteht auch bei einem nach Satz 4 verminderten Beitrag Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch, beteiligt sich der zuständige Träger nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch auf Antrag des Versicherten im erforderlichen Umfang, soweit dadurch die Hilfebedürftigkeit vermieden wird (5). Besteht unabhängig von der Höhe des zu zahlenden Beitrages Hilfebedürftigkeit nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch, 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 (6).

Daraus folgt: Der Beitrag reduziert sich für die Dauer der Hilfebedürftigkeit auf die Hälfte des Basistarifes; hiervon übernimmt der zuständige Träger den Betrag, der auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen ist.

Eine Auslegung dieser Regelung dahingehend, dass die Antragsgegnerin nun doch eine Leistung in Höhe des halben Basistarifes zu erbringen hätte, ist nicht möglich. Der Wortlaut ist eindeutig, wovon auch das Sozialgericht Stuttgart zutreffend ausgeht, wenn es in der Entscheidung [S 9 AS 5003/09 ER](#) vom 13.08.2009 ausführt, die Kammer verkenne nicht, dass nach dem Wortlaut der gesetzlichen Regelung des [§ 26 Abs. 2 SGB II](#) in Verbindung mit [§ 12 Abs. 1](#) c Satz 5 und 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes der Beitrag auf den zu zahlenden Betrag in der gesetzlichen Krankenversicherung beschränkt werde.

Es ist indes entgegen des Leitsatzes der zitierten Entscheidung durchaus nicht so, dass eine verfassungskonforme Erweiterung der gesetzlichen Regelung deshalb zu erfolgen habe, weil die Bedarfsunterdeckung zu einer Gefährdung des Existenzminimums führe. Dem ist nicht so. Denn nicht die Bedarfsunterdeckung führt zur Gefährdung des Existenzminimums, zu dem unbestritten auch der Krankenversicherungsschutz im Basistarif gehört, sondern das Verhalten des in den Rechtsstreit des Sozialgericht Stuttgart involvierten

Krankenversicherungsunternehmens. Denn dort hat das Krankenversicherungsunternehmen die Aufrechnung erklärt von offenen Beitragzahlungen gegen Erstattungsansprüche aus eingereichten Rechnungen, was im Fall nachgewiesener Hilfebedürftigkeit grob rechtswidrig sein dürfte und dazu führte, dass der Antragsteller wegen unbezahlter Arztrechnungen nicht mehr behandelt wurde.

Auch das Ruhen des Leistungsanspruches kann nicht festgestellt werden. Denn in Fällen, in denen Hilfebedürftigkeit nachgewiesen ist, endet das Ruhen des Leistungsanspruches, sofern es vor Eintritt der Hilfebedürftigkeit eingetreten ist oder setzt im Fall einer bereits zuvor nachgewiesenen Hilfebedürftigkeit erst gar nicht ein. Dies ergibt sich aus [§ 193 Abs. 6 Satz 5 VVG](#). Zwar verleitet der Wortlaut dieser Regelung dazu, sie lediglich auf die Fälle zu beschränken, in denen die Hilfebedürftigkeit erst nach Eintritt des Ruhens entstanden ist. Es ist in-des nichts dafür ersichtlich, dass der Gesetzgeber die Behandlung von Leistungsempfängern danach differenzieren wollte, zu welchem Zeitpunkt in Relation zu bestehenden Beitragsrückständen Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialge-setzbuch eingetreten ist. Im Gegenteil dürfte eine solche Auslegung im Hinblick auf das Gleichheitsgebot Bedenken begegnen.

Etwas anderes gilt allenfalls dann, wenn es der Leistungsempfänger unterlässt, den ihn von der Antragsgegnerin gewährten Zuschuss an das private Krankenversicherungsunternehmen weiterzuleiten. In diesen Fällen ist unter Berücksichtigung einer teleologischen Auslegung des [§ 193 Abs. 6 VVG](#) der Eintritt des Ruhens des Versicherungsvertragsverhältnisses nicht auszuschließen.

Hierzu indes ist nichts ersichtlich.

Im Ergebnis bleibt festzustellen, dass der Antrag auf einstweilige Anordnung an dem Bestehen eines Anordnungsgrundes scheitert und auch ein Anordnungsanspruch im Hinblick auf die Rechtslage jedenfalls bei rechtmäßigem Verhalten nicht gegeben ist. Demnach war der Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs. 1 SGG](#).

Die Beschwerde ist gemäß [§ 172 Abs. 3 Nr. 1 SGG](#) ausgeschlossen.

Rechtskraft

Aus

Login

FSS

Saved

2009-10-15