

L 10 AS 1864/09 B ER

Land

Berlin-Brandenburg

Sozialgericht

LSG Berlin-Brandenburg

Sachgebiet

Grundsicherung für Arbeitsuchende

Abteilung

10

1. Instanz

SG Berlin (BRB)

Aktenzeichen

S 55 AS 32075/09 ER

Datum

19.10.2009

2. Instanz

LSG Berlin-Brandenburg

Aktenzeichen

L 10 AS 1864/09 B ER

Datum

25.11.2009

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Beschluss

Die Beschwerde gegen den Beschluss des Sozialgerichts Berlin vom 19. Oktober 2009 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch für das Beschwerdeverfahren nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Der 1965 geborene Antragsteller ist aufgrund einer Muskelkrankheit (Foster-Kennedy-Syndrom) auf den Rollstuhl angewiesen. Bei ihm sind ein Grad der Behinderung von 80 sowie die Merkzeichen B, aG, H und T (Bescheid des Landesamtes für Gesundheit und Soziales – Versorgungsamt vom) und die Pflegestufe 2 – Schwerpflege-bedürftigkeit - bei einem monatlichen Pflegegeld von 420,00 Euro anerkannt. Vom 01. Januar 2004 bis 20. November 2008 war er als IT-Service-Techniker selbständig tätig und bei der H-C privat kranken- und pflegeversichert; vom 21. November 2008 bis 22. August 2009 bezog er von seiner privaten Krankenversicherung Krankentagegeld. Er ist weiterhin privat kranken- und pflegeversichert; die Beiträge zur privaten Krankenversicherung belaufen sich derzeit auf 306,14 Euro/Monat (einschließlich einer Krankentagegeldversicherung mit 23,52 Euro), die Beiträge zur Pflegeversicherung auf 23,80 Euro/Monat.

Auf seinen Antrag vom 24. August 2009 bewilligte die Antragsgegnerin mit Bescheid vom 08. September 2009 in Gestalt des Änderungsbescheides vom 14. September 2009 dem Antragsteller ab 24. August 2009 bis 28. Februar 2010 vorläufig Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II). Neben monatlichen Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts iHv 359,00 Euro und Kosten der Unterkunft und Heizung iHv 480,00 Euro bewilligte die Antragsgegnerin einen Zuschuss nach [§ 26 SGB II](#) zur Krankenversicherung iHv 124,32 Euro und zur Pflegeversicherung iHv 17,79 Euro.

Wegen der nicht vollständig übernommenen Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung legte der Antragsteller Widerspruch ein, welcher mit Widerspruchsbescheid vom 22. September 2009 zurückgewiesen wurde. Die Höhe des Zuschusses zur Krankenversicherung ergebe sich aus [§ 26 Abs 2 SGB II](#) iVm [§ 12 Abs 1c Satz 6](#) des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und betrage 124,32 Euro, der Zuschuss zum Beitrag zur Pflegeversicherung betrage 17,79 Euro. Da die an die private Versicherung zu zahlenden Beiträge den Zuschuss überstiegen, ergebe sich ein Differenzbetrag. Dieser könne nach [§ 11 Abs 2 Satz 1 Nr 3a SGB II](#) vom Einkommen abgesetzt werden. Sei dies nicht oder nicht vollständig möglich, entstehe eine Deckungslücke, für deren Ausgleich im SGB II keine rechtliche Grundlage bestehe.

Hiergegen hat der Antragsteller mit Schriftsatz vom 23. September 2009 Klage erhoben und von der Antragsgegnerin im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes einen höheren Zuschuss im Umfang der Differenzbeträge zu den Beiträgen der Kranken- und Pflegeversicherung begehrt.

Mit Beschluss vom 19. Oktober 2009 hat das Sozialgericht Berlin den Antrag mangels Anordnungsanspruch abgelehnt.

Hiergegen richtet sich die am 23. Oktober 2009 erhobene Beschwerde.

II.

Die zulässige Beschwerde ist nicht begründet.

Nach [§ 86b Abs 2 Satz 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) kann das Gericht auf Antrag zur Regelung eines vorläufigen Zustandes in Bezug auf ein streitiges Rechtsverhältnis eine einstweilige Anordnung erlassen, wenn eine solche Regelung zur Abwendung wesentlicher Nachteile notwendig erscheint. Der Anordnungsanspruch – die Rechtsposition, deren Durchsetzung im Hauptsacheverfahren beabsichtigt ist – sowie der Anordnungsgrund – die Eilbedürftigkeit der begehrten sofortigen Regelung – sind glaubhaft zu machen ([§ 86b Abs 2 Satz 4 SGG](#) iVm [§ 920 Abs 2](#) Zivilprozessordnung).

Vorliegend kann offen bleiben, ob ein Anordnungsanspruch besteht. Ein höherer Anspruch gegen die Antragsgegnerin setzt zunächst voraus, dass der Antragsteller dem nach dem SGB II leistungsberechtigten Personenkreis zuzuordnen ist, dh dass er als erwerbsfähiger Hilfebedürftiger nach [§ 7 Abs 1 SGB II](#) anzusehen ist. Ob der auf den Rollstuhl angewiesene Antragsteller nach dem Einbau eines Treppenliftes und der Möglichkeit zum selbständigen Verlassen seiner Wohnung angesichts des durch die Einstufung in die Pflegestufe II dokumentierten erheblichen Pflegebedarfes tatsächlich in der Lage ist, unter den üblichen Bedingungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein (vgl [§ 8 Abs 1 SGB II](#)), ist bislang im Verwaltungsverfahren noch nicht hinreichend geprüft worden (der Ärztliche Dienst hat noch keine Stellungnahme abgegeben) und ist nach derzeitiger Aktenlage auch zweifelhaft.

Sofern Erwerbsfähigkeit angenommen werden kann, bleiben Personen, die – wie der Antragsteller – nach den Neuregelungen durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) nicht mehr in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) pflichtversichert sind (vgl [§ 5 Abs 1 Nr 5a](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)), auch im Falle des Eintritts der Hilfebedürftigkeit bei ihrer bisherigen Versicherung kranken- und pflegeversichert. Nach [§ 26 Abs 2 SGB II](#) iVm [§ 12 Abs 1 c](#) Satz 5 – 6 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) leistet der Hilfeträger in denjenigen Fällen, in denen – wie hier – unabhängig von der Höhe des zu zahlenden Beitrages Hilfebedürftigkeit besteht, als Zuschuss den Betrag, der für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen ist. Nach [§ 26 Abs 3 SGB II](#) werden für die Dauer des Leistungsbezuges die Aufwendungen für eine angemessene private Pflegeversicherung im notwendigen Umfang übernommen. Aus dem Zusammenspiel der Vorschriften über die private Kranken- und Pflegepflichtversicherung und dem Leistungsrecht des SGB II ergibt sich für die Krankenversicherung eine Deckungslücke in Höhe der Differenz zwischen dem Zuschuss des Hilfeträgers nach [§ 26 Abs 2 SGB II](#) und den vom Hilfeempfänger geschuldeten Versicherungsbeiträgen (dazu [§ 12 Abs 1c Satz 4](#) und 6 VAG). Die Begrenzung des Zuschusses ist ein Fall einer gesetzlich erzeugten Unterdeckung eines nach dem Normzusammenhang und der erkennbaren Zielsetzung der gesetzlichen Regelung "an sich" anzuerkennenden Bedarfs. Angesichts dessen liegt die Begründung eines weitergehenden Anspruchs im Wege erweiternder (auf Verfassungsrecht gestützter) Auslegung nahe, die dem Hilfebedürftigen hinreichende Mittel zur Fortsetzung der privaten Krankenversicherung mit einem der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechenden Leistungsumfang bereitstellt (für einen weitergehenden Anspruch begrenzt auf den aufgrund der Hilfebedürftigkeit bereits nach [§ 12 Abs 1c VAG](#) auf die Hälfte ermäßigten Satz des Basistarifs (derzeit 569,63 Euro): Landessozialgericht Baden-Württemberg, Beschluss vom 16. September 2009 – [L 3 AS 3934/09 ER](#) – zitiert nach juris, dagegen SG Dresden, Beschluss vom 18. September 2009 – [S 29 AS 4051/09](#), vgl auch Vorschlag zur Gesetzesänderung des Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge vom 18. Juni 2008), und zwar auch für den Anspruch auf Zuschuss zur privaten Krankenversicherung nach [§ 26 Abs 2 SGB II](#), der anders als der Anspruch auf Beitragszuschuss zur privaten Pflegeversicherung nach [§ 26 Abs 3 SGB II](#) und auf Zuschüsse zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung im Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII, dort [§ 32 Abs 5](#))- in all diesen Fällen sind die Aufwendungen für eine angemessene private Versicherung zu leisten – nach [§ 26 Abs 2 SGB II](#) vorbehaltlos ausgeschlossen erscheint.

Solcher an die Grenzen des Vertretbaren gehender Überlegungen zur Anspruchsbegründung bedarf es hier aus Anlass der (vorläufigen) einstweiligen Entscheidung nicht, da der Antragsteller die besondere Eilbedürftigkeit der begehrten sofortigen Regelung nicht glaubhaft gemacht hat.

Es ist zunächst nicht erkennbar, dass der Kranken- und Pflegeversicherungsschutz des Antragstellers und damit sein Anspruch auf Gesundheitsversorgung aktuell gefährdet ist. Der Antragsteller ist kranken- und pflegeversichert, eine Gefährdung dieses Versicherungsschutzes ist nicht behauptet worden und ist auch nicht erkennbar. Das Verhältnis zwischen Versicherungsnehmer und Versicherung ist im Versicherungsvertragsgesetz (VVG) geregelt. Die Bestimmung des [§ 193 VVG](#) regelt die Versicherungspflicht und verhält sich in [§ 193 Abs 6 VVG](#) zu den Folgen nicht geleisteter Versicherungsbeiträge. Danach kann die Versicherung mit einer Mahnung reagieren, wenn der Versicherungsnehmer mit einem Betrag in Höhe von Prämienanteilen für zwei Monate im Rückstand ist. Daran schließt sich das Ruhen des Versicherungsverhältnisses an, in dem nur Aufwendungen ua für akute Erkrankungen erstattet werden müssen. Das Ruhen endet indes nach [§ 193 Abs 6 Satz 5 VVG](#) mit Eintritt der Hilfebedürftigkeit nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (vgl zur Eilbedürftigkeit in solchen Fällen auch Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 12. Oktober 2009 – [L 7 B 196/09 AS ER](#)).

Der Antragsteller hat im Weiteren auch nicht verdeutlicht, dass wegen der Unterdeckung eine existentielle Notlage konkret eingetreten ist oder droht. Sein Vortrag ist darauf beschränkt geblieben, dass er sich vor dem Hintergrund fehlender wirtschaftlicher Ressourcen, gestützt auf die ihm bekannte Rechtsprechung, für anspruchsberechtigt hält. Er hat nicht mitgeteilt, ob er die Beiträge derzeit entrichtet, welche Mittel er gegebenenfalls einsetzt und welche besonderen Beeinträchtigungen daraus resultieren (was erforderlich ist, da die Mittel etwa im Hinblick auf das gezahlte Pflegegeld nicht notwendig nur unter unzumutbaren Einschränkungen der Lebensführung aufgebracht werden können) oder ob er derzeit Beitragsrückstände hinnimmt. Wäre dies der Fall, müsste der Antragsteller ebenfalls die daraus resultierenden Nachteile dartun, die sich insbesondere aus den Reaktionen des Versicherungsunternehmens ergeben könnten. In der Gesamtschau ist derzeit jedenfalls nicht glaubhaft gemacht, dass eine Situation besteht, angesichts derer es dem Antragsteller nicht zumutbar wäre, die Entscheidung in der Hauptsache abzuwarten.

Angemerkt sei noch, dass sich die Frage nach dem Zuschuss zu den Versicherungsbeiträgen und des außerhalb des Verfahrens strittig gewesenen Mehrbedarfes im Rechtskreis des SGB XII uU anders als im SGB II beantworten lässt (zu der Übernahme "angemessener" Beiträge nach [§ 32 Abs 5 SGB XII](#): Landessozialgericht Baden-Württemberg, Beschluss vom 30. Juni 2009 – [L 2 SO 2529/09 ER B](#), SG Karlsruhe, Urteil vom 29. Oktober 2009 – [S 1 SO 3118/09](#) – zitiert nach juris).

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#) analog.

Dieser Beschluss kann nicht mit der Beschwerde an das Bundessozialgericht angefochten werden ([§ 177 SGG](#)).
Rechtskraft

Aus
Login
BRB
Saved
2010-01-14