

L 10 AS 817/10 B ER

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Grundsicherung für Arbeitsuchende
Abteilung
10
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 171 AS 10740/10 ER
Datum
20.04.2010
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 10 AS 817/10 B ER
Datum
02.06.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Beschluss

Die Beschwerde gegen den Beschluss des Sozialgerichts Berlin vom 20. April 2010 wird zurückgewiesen, soweit sie sich gegen die Versagung einstweiligen Rechtsschutzes richtet. Die mit demselben Beschluss erfolgte Ablehnung der Gewährung von Prozesskostenhilfe unter Beiordnung des Prozessbevollmächtigten wird aufgehoben und dem Antragsteller für das Verfahren vor dem Sozialgericht Prozesskostenhilfe unter Beiordnung seines Bevollmächtigten gewährt. Dem Antragsteller wird auch für das Beschwerdeverfahren Prozesskostenhilfe unter Beiordnung seines Bevollmächtigten zu gewährt. Die Antragsgegnerin hat dem Antragsteller 1/6 seiner außergerichtlichen Kosten für das gesamte einstweilige Rechtsschutzverfahren zu erstatten.

Gründe:

Der im laufenden Leistungsbezug nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) stehende Antragsteller hat sich am 29. März 2010 mit den – im Folgenden wörtlich wiedergegebenen – Eilrechtsschutzbegehren an das Sozialgericht (SG) Berlin gewandt: 1. Es wird festgestellt, dass die Antragsgegnerin dem Antragsteller – vorläufig bis zur Entscheidung in der Hauptsache – für die Beiträge für eine noch vom Antragsteller abzuschließende private Krankenversicherung im sog (halbierten) Basistarif, Leistungen zu gewähren hat. Dabei sind – soweit eine Versicherung tatsächlich vorliegt – der Höhe nach ein Beitragszuschuss in der Höhe des sog halbierten Basistarifs und nicht nur auf die Höhe begrenzt, der sich nach [§ 26 Abs 1 Satz 2 SGB II](#) ergibt, zu gewähren. 2. Hilfsweise zum Antrag zu 1. wird beantragt: Es wird festgestellt, dass die Antragsgegnerin dem Antragsteller – vorläufig bis zur Entscheidung in der Hauptsache – für die Beiträge für eine noch vom Antragsteller abzuschließende private Krankenversicherung im sog (halbierten) Basistarif, neben einem der Höhe nach gem [§ 26 Abs 1 Satz 2 SGB II](#) begrenzten Beitragszuschuss ein ergänzendes Darlehen zu gewähren hat. Die Höhe des ergänzenden Darlehens bestimmt sich nach dem Differenzbetrag zwischen dem Beitragszuschuss nach [§ 26 Abs 1 SGB II](#) und dem sog halbierten Basistarifs. 3. Es wird festgestellt, dass die Antragsgegnerin dem Antragsteller – vorläufig bis zur Entscheidung in der Hauptsache – für die Beiträge für eine noch vom Antragsteller abzuschließende private Pflegeversicherung einen Beitragszuschuss iH des "halbierten" Beitrages zur privaten Pflegeversicherung zu gewähren hat. 4. Hilfsweise zum Antrag zu 3. wird beantragt: Es wird festgestellt, dass die Antragsgegnerin dem Antragsteller – vorläufig bis zur Entscheidung in der Hauptsache – für die Beiträge für eine noch vom Antragsteller abzuschließende private Pflegeversicherung neben dem die tatsächlichen Kosten nicht deckenden Beitragszuschuss ein Darlehen für den Differenzbetrag zwischen Beitragszuschuss und tatsächlichem Beitrag zur privaten Pflegeversicherung zu gewähren hat. Mit Beschluss vom 20. April 2010 hat das SG Berlin sowohl den Eilantrag als auch den gleichzeitig gestellten Antrag auf Gewährung von Prozesskostenhilfe (PKH) unter Beiordnung von Rechtsanwalt M zurückgewiesen. Mit seiner Beschwerde wendet sich der Antragsteller gegen beide ablehnenden Entscheidungen des SG. Mit Schreiben vom 31. Mai 2010 hat die Antragsgegnerin im Wege eines Teilanerkenntnisses für den Fall, dass der Antragsteller eine private Kranken- und Pflegeversicherung abschließt, (nur) bezüglich der jeweiligen Erstprämie zugesichert, über die gedeckelten Zuschussleistungen gemäß [§ 26 SGB II](#) (näher dazu unten) hinaus darlehensweise Leistungen bis zur Höhe des jeweiligen halben Basistarifs zu erbringen. Dieses Teilanerkenntnis hat der Antragsteller angenommen, so dass insofern Hauptsachenerledigung eingetreten ist (vgl [§ 101 Abs 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG)). Soweit die Beschwerde gegen die Versagung einstweiligen Rechtsschutzes aufrecht erhalten worden ist, ist sie gemäß [§§ 172 Abs 1, 173 SGG](#) zulässig, aber unbegründet. Das SG hat den geltend gemachten einstweiligen Rechtsschutz mit dem angegriffenen Beschluss insoweit zu Recht verweigert. Es hat insoweit zutreffend entschieden hat, dass der Antrag auf Erlass der begehrten einstweiligen Regelungen in Form gerichtlicher Feststellungen - auch in Form der Hilfeanträge - jedenfalls unbegründet ist, weil der Antragsteller einen Anordnungsgrund nicht glaubhaft gemacht hat ([§ 86b Abs 2](#) Sätze 2 und [4 SGG](#) iVm [§ 920 Abs 2](#) Zivilprozessordnung (ZPO)). Auch für den Senat ist nicht ersichtlich, dass die weiterhin begehrten gerichtlichen Feststellungen erforderlich sind, um wesentliche Nachteile von dem Antragsteller abzuwenden. Zwar hat der seit Anfang 2005 Arbeitslosengeld II (Alg II) beziehende Antragsteller glaubhaft gemacht, derzeit ohne Kranken- und Pflegeversicherungsschutz zu sein. Insbesondere unterfällt er nicht nach [§ 5 Abs 1 Nr 2a](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) bzw [§ 1 Abs 2](#) Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) dem Schutz der gesetzlichen Kranken- bzw Pflegeversicherung. Denn er ist nach [§ 5 Abs 5a Satz 1 SGB V](#) (iVm [§ 1 Abs 2 SGB XI](#)) nicht versicherungspflichtig, weil er unmittelbar vor

dem Bezug von Alg II privat kranken- und pflegeversichert war. Satz 2 der Vorschrift, wonach Satz 1 für die Dauer der Hilfebedürftigkeit nicht gilt für Personen, die am 31. Dezember 2008 nach [§ 5 Abs 1 Nr 2a Satz 1 SGB V](#) versicherungspflichtig waren, ist deshalb nicht einschlägig, weil der Antragsteller am 31. Dezember 2008 gemäß [§ 8 Abs 1 Nr 1a SGB V](#) in der bis zu diesem Zeitpunkt geltenden Fassung (unwiderruflich) von der Versicherungspflicht befreit war (vgl die entsprechende, Bescheinigung der AOK B vom 10. Februar 2005, BI 28 der Leistungsakte). Er ist danach als ehemals privat kranken- und pflegeversicherter Bezieher von Alg II darauf verwiesen, Versicherungsschutz wiederum bei privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen zu erlangen. Bereits seit Januar 2009 ist er sogar gesetzlich verpflichtet, entsprechende Versicherungsverträge abzuschließen und aufrecht zu erhalten (vgl zur Krankheitskostenversicherung [§ 193 Abs 3](#) Versicherungsvertragsgesetz (VVG) und zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit [§ 23 SGB XI](#)). Zutreffend geht der Antragsteller ferner davon aus, dass ihm für den Fall des Abschlusses eines entsprechenden Kranken- und Pflegeversicherungsvertrages gegen die Antragsgegnerin nach dem Wortlaut des Gesetzes - [§ 26 Abs 2 Satz 1 Nr 1 SGB II](#) in Verbindung mit [§ 12 Abs 1c Satz 5](#) und 6 des Gesetzes über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (VAG) bzw [§ 26 Abs 3 Satz 1 SGB II](#) in Verbindung mit [§ 110 Abs 2 Satz 3](#) und 3 SGB XI - nur ein Anspruch auf Gewährung eines Zuschusses zu den Beiträgen für die private Kranken- und Pflegeversicherung zusteht, der angesichts seiner Begrenzung auf die für einen gesetzlich versicherten Bezieher von Leistungen nach dem SGB II zu zahlenden Betrag deutlich hinter den tatsächlich geschuldeten Beiträgen in Höhe des halben Basistarifs (vgl [§ 12 Abs 1c Satz 4 VAG](#)) zurückbleibt (ausführlich dazu Spekker, Schuldenfalle private Kranken- und Pflegeversicherung - zur Deckungslücke bei den Beiträgen privat krankenversicherter Leistungsbezieher nach dem SGB II und SGB XII, ZFSH 2010, 212 ff; Klerks, Der Beitrag für die private Krankenversicherung im Basistarif bei hilfebedürftigen Versicherungsnehmern nach dem SGB II und dem SGB XII, info also 2009, 153 ff). Gleichwohl besteht auch angesichts des in [Art 19 Abs 4](#) Grundgesetz verankerten Gebotes effektiven Rechtsschutzes keine Notwendigkeit, zur Abwendung wesentlicher Nachteile des Antragstellers im Wege einstweiliger Anordnung festzustellen, dass die Antragsgegnerin für den Fall des Abschlusses eines privaten Kranken- und Pflegeversicherungsvertrages einstweilen - von der Erstprämie abgesehen - verpflichtet ist, Zuschüsse über den gedeckelten Betrag des [§ 26 SGB II](#) hinaus in Höhe des halben Basistarifs (ggf als Darlehen) zu zahlen. Vielmehr ist es dem Antragsteller zumutbar, nunmehr zunächst seiner Pflicht zum Abschluss eines privaten Kranken- und Pflegeversicherungsvertrages nachzukommen, wozu ihm bereits die Angebote von zwei Versicherungsunternehmen vorliegen. Zu Unrecht meint der Antragsteller, ihm sei der Vertragsabschluss nicht zumutbar, weil er "in der Grauzone zum Betrug agiere", wenn er sich zur Zahlung eines Beitrages in dem Wissen verpflichte, ihn weder selbst leisten zu können noch von Seiten des SGB II-Leistungsträgers dauerhaft ausreichend hohe Zuschüsse zu erhalten. Vielmehr ist er nicht daran gehindert, die absehbaren Schwierigkeiten bezüglich der Beitragszahlung gegenüber dem Versicherungsunternehmen vor Vertragsabschluss offen zu legen. Insbesondere muss er für diesen Fall nicht befürchten, dass der Versicherer die Eingehung eines Versicherungsverhältnisses verweigern wird. Seiner (oben dargestellten) Verpflichtung zum Abschluss eines privaten Kranken- und Pflegeversicherungsvertrages steht auf Seiten der Versicherungsunternehmen ein Kontrahierungszwang für eine Versicherung im Basistarif (der sich, wie ebenfalls bereits ausgeführt, bei Hilfebedürftigkeit um die Hälfte vermindert) gegenüber (vgl für die Krankenversicherung [§ 193 Abs 5 VVG](#) und [§ 12 Abs 1b VAG](#) und für die Pflegeversicherung [§ 110 Abs 1 SGB XI](#)). Dass dieser Kontrahierungszwang unabhängig von der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des Versicherungsnehmers besteht, ergibt sich aus [§ 193 Abs 5 Satz 4 VVG](#) und [§ 12 Abs 1b Satz 4 VAG](#), die ausdrücklich bestimmen, dass der Antrag des Versicherungsnehmers nur abgelehnt werden darf, wenn der Antragsteller bereits bei dem Versicherer versichert war und der Versicherer den Versicherungsvertrag wegen Drohung oder arglistiger Täuschung angefochten hat oder vom Versicherungsvertrag wegen einer vorsätzlichen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht zurückgetreten ist. Ein Ablehnungsrecht hat danach nur ein früherer Versicherer und dies zudem lediglich unter Umständen, die hier nicht vorliegen (vgl Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg, Urteil vom 22. März 2010 - [L 7 SO 2761/09](#) - juris Rdnr 57, das aus den erwähnten Ausnahmenvorschriften ebenfalls den Umkehrschluss zieht, dass der Versicherer den Antrag nicht etwa dann ablehnen darf, wenn der Antragsteller angibt, die Beiträge nicht zahlen zu können).

Schließt der Antragsteller einen privaten Kranken- und Pflegeversicherungsvertrag zum Basistarif, hat er, auch ausweislich des vorgelegten Informationsblattes der Allianz Private Krankenversicherungs-AG vom 15. März 2010 (BI 11ff der Gerichtsakten), eine Wartezeit bis zur Übernahme von Behandlungskosten - die im Übrigen mit dem Ziel des Gesetzgebers, Krankenversicherungsschutz für jedermann herbeizuführen, nicht im Einklang stünde - nicht zu gewärtigen (vgl auch dazu LSG Baden-Württemberg aaO Rdnr 59). Für den Fall, dass ein privates Kranken- und Pflegeversicherungsverhältnis besteht und die Erstprämie in voller Höhe geleistet ist (wozu der Antragsteller aufgrund des Teilerkenntnisses der Antragsgegnerin in der Lage sein wird, näher dazu unten), vermag der Senat nicht zu erkennen, dass dem Antragsteller wesentliche Nachteile, die den Erlass der begehrten einstweiligen Anordnung nötig erscheinen lassen könnten, dadurch entstehen, dass die angesichts der oben beschriebenen Gesetzeslage zu erwartenden Beitragszuschüsse der Antragsgegnerin gemäß [§ 26 SGB II](#) deutlich unterhalb des jeweiligen halben Basistarifs liegen werden. Insofern ist zunächst auf [§ 206 Abs 1 VVG](#) hinzuweisen, wonach ua jede Kündigung einer Krankheitskostenversicherung, die eine Pflicht nach [§ 193 Abs 3 Satz 1 VVG](#) erfüllt, durch den Versicherer ausgeschlossen ist. Der Antragsteller hat auch nicht zu befürchten, dass sein Leistungsanspruch gegen den Versicherer gemäß [§ 193 Abs 6 Satz 1 bis 3 SGB VI](#) aufgrund eines Beitragsrückstandes in Höhe von Prämienanteilen für zwei Monate zum Ruhen kommt. Denn gemäß [§ 193 Abs 6 Satz 5 SGB VI](#) endet das Ruhen ua dann, wenn der Versicherungsnehmer hilfebedürftig iSd SGB II wird. Nach ihrem Sinn und Zweck, den Ausschluss Hilfebedürftiger vom Versicherungsschutz zu vermeiden, ist diese Vorschrift so auszulegen, dass ein Ruhen gar nicht erst eintritt, wenn der Versicherungsnehmer - wie hier der Antragsteller - bereits Leistungen nach dem SGB II bezieht (vgl LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 22. März 2010 - [L 13 AS 919/10 ER-B](#) - juris Rdnr 5; LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss vom 03. Dezember 2009 - [L 15 AS 1048/09 B ER](#) - juris Rdnr 25; LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 16. Oktober 2009 - [L 20 B 56/09 SO ER](#) - juris Rdnr 32; LSG Hamburg, Beschluss vom 22. Februar 2010 - [L 5 AS 34/10 B ER](#) - juris Rdnr 4; Spekker, aaO S 217; Klerks, aaO S 158). Im Übrigen bestimmt [§ 193 Abs 6 Satz 6 VVG](#), dass das private Krankenversicherungsunternehmen auch während einer eventuellen Ruhenszeit für Aufwendungen haftet, die ua zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände erforderlich sind. Durch diese Regelung, die hinsichtlich der zu erbringenden Leistungen den Regelungen in [§ 4 Abs 1](#) und 2 Asylbewerberleistungsgesetz und [§ 16 Abs 3a SGB V](#) entspricht, ist sichergestellt, dass der Versicherungsnehmer in Notfällen die erforderliche Krankenversorgung erhält (vgl LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 25. März 2010 - [L 25 AS 43/10 B ER](#) - juris Rdnr 4; SG Bremen, Urteil vom 20. April 2010 - [S 21 AS 1521/09](#) - www.sozialgerichtsbarkeit.de). Mangelnde Finanzierbarkeit der Beiträge (ggf auch der Prämienzuschläge wegen verspäteten Vertragschlusses gemäß [§ 193 Abs 4 VVG](#)) steht damit weder einem Anspruch auf den Vertrag noch einem Anspruch aus dem Vertrag entgegen (vgl LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 22. März 2010, aaO Rdnr 60). Vor diesem Hintergrund wäre aus Sicht des Senats in vergleichbaren Fällen nach Vertragsabschluss ein auf Schließung der beschriebenen Deckungslücke zwischen dem Beitragszuschuss nach [§ 26 SGB II](#) und dem halben Basistarif gerichteter Eilantrag gegen den SGB II-Leistungsträger mangels Anordnungsgrundes zurückzuweisen (so auch LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 25. März 2010 - [L 25 AS 43/10 B ER](#) - juris Rdnr 4; LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 12. Oktober 2009 - [L 7 B 197/09 AS ER](#) - juris Rdnr 3; LSG Hamburg aaO Rdnr 3 ff; aA LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 18. Januar 2010 - [L 34 AS 2001/09 B ER](#) - juris Rdnr 4 ff; LSG Niedersachsen-Bremen aaO Rdnr 27 ff). Entsprechend bleibt die Frage, ob ein

Hilfebedürftiger Zuschüsse zu einer privaten Kranken- und Pflegeversicherung über die Begrenzungen des [§ 26 SGB II](#) hinaus beanspruchen kann, der Klärung in einem Hauptsacheverfahren vorbehalten, in welchem dann auch die auf die aktuelle Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts gestützten Überlegungen des Antragstellers zur Anspruchsbegründung aus Härtegesichtspunkten in Betracht zu ziehen wären. Akute Schwierigkeiten für den Krankenversicherungsschutz ergeben sich für die hier gegebene - von der Vielzahl der bisher entschiedenen Fälle abweichenden - Sachlage, dass der Antragsteller noch nicht in einem laufenden privaten Versicherungsverhältnis steht, lediglich in Ansehung der Regelung des [§ 37 VVG](#), nach dessen Absatz 1 der Versicherer bei nicht rechtzeitiger Zahlung der ersten Prämie vom Vertrag zurücktreten kann und nach dessen Absatz 2 er nicht zur Zahlung verpflichtet ist, wenn die Erstprämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt ist (vgl zu Fälligkeit der Erstprämie [§ 33 VVG](#)). Nachdem die Antragsgegnerin für den Fall des Abschlusses einer privaten Kranken- und Pflegeversicherungsvertrages bezüglich der jeweiligen Erstprämie zugesichert hat, über die gedeckelten Zuschussleistungen gemäß [§ 26 SGB II](#) hinaus darlehensweise Leistungen bis zur Höhe des jeweiligen halben Basistarifs zu erbringen, musste der Senat nicht entscheiden, ob dem Eilantrag insofern hätte stattgegeben werden müssen, um den Antragsteller jedenfalls in einen Stand zu versetzen ist, in dem - über [§ 193 Abs 6 VVG](#) - ungeachtet der bestehenden Deckungslücke hinreichend gesicherter Krankenversicherungsschutz besteht. Er hält die diesbezügliche Zusage der Antragsgegnerin jedoch im Interesse des Antragstellers für sachgerecht, zumal die Allianz Krankenversicherungs-AG in ihrem Produktionsblatt zum Basistarif (dort Seite 2) sinngemäß ausdrücklich auf die Einschränkungen des [§ 37 VVG](#) Bezug genommen hat. Angemerkt sei insofern nur: Für die - vom SG im angefochtenen Beschluss als denkbar erachtete - Annahme, dass [§ 37 VVG](#) in der hier gegebenen Fallkonstellation von [§ 193 Abs 6 SGB](#) verdrängt wird, gibt es keine hinreichend verlässlichen Anhaltspunkte. Die Einschränkung in beiden Absätzen des [§ 37 VVG](#), jeweils in der seit dem 01. Januar 2008 gültigen Fassung, dass Rücktritts- und Zahlungsverweigerungsrecht nicht bestehen, wenn der Versicherungsnehmer die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat, zielt offenbar nicht auf die beschriebene Deckungslücke ab, die sich ausgehend von der seit 2009 bestehenden Gesetzeslage ergeben kann. Mangelnde finanzielle Mittel zur Beitragszahlung sollen hierfür nicht genügen (vgl Karczewski in Rüffer/Halbach/Schimikowski, VVG, § 37 Rdnr 13, der meint, es müssten besondere, in der Person des Versicherten liegende Umstände vorliegen, die eine rechtzeitige Zahlung verhinderten, zB kurzfristige Ortsabwesenheit oder Erkrankung). Womöglich hat der Gesetzgeber die vorliegende Fallkonstellation des Eintritts in eine private Krankenversicherung erst während des laufenden Alg II-Bezuges nicht im Lichte des [§ 37 VVG](#) bedacht.

Die obigen Ausführungen zur durchaus komplexen Sach- und Rechtslage besagen zugleich, dass für den Eilantrag von vornherein hinreichende Aussicht auf Erfolg im Sinne von [§§ 73a SGG, 114 Abs 1 Satz 1 ZPO](#) bestand, dem Antragsteller also zum einen Prozesskostenhilfe unter Beiordnung seines Prozessbevollmächtigten für das Beschwerdeverfahren zu gewähren ist, und ihm zum anderen auf die insoweit zulässig erhobene Beschwerde Prozesskostenhilfe auch für das erstinstanzliche Verfahren zuzusprechen ist.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#). Es entspricht dem Ausgang des Verfahrens und ist auch sonst billig, dass die Antragsgegnerin dem Antragsteller 1/6 seiner außergerichtlichen Kosten für das gesamte einstweilige Rechtsschutzverfahren zu erstatten hat. Dabei legt der Senat den Regelbewilligungszeitraum von sechs Monaten ([§ 41 Abs 1 Satz 4 SGG](#)) zugrunde und berücksichtigt, dass es unter den gegebenen Umständen sachgerecht erscheint, dass die Antragsgegnerin dem Antragsteller die vollständige Zahlung der Erstprämie für die abzuschließende private Kranken- und Pflegeversicherung ermöglicht. Im PKH-Beschwerdeverfahren sind gemäß [§ 73a Abs 1 Satz 1 SGG](#) iVm [§ 127 Abs 4 ZPO](#) Kosten nicht zu erstatten.

Dieser Beschluss ist nicht mit der Beschwerde an das Bundessozialgericht anfechtbar ([§ 177 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2010-06-11