L 5 AS 455/11 B ER

Land
Sachsen-Anhalt
Sozialgericht
LSG Sachsen-Anhalt
Sachgebiet
Grundsicherung für Arbeitsuchende
Abteilung
5
1. Instanz
SG Dessau-Roßlau (SAN)
Aktenzeichen
S 19 AS 1916/11 ER
Datum
18.10.2011
2. Instanz
LSG Sachsen-Anhalt
Aktenzeichen
L 5 AS 455/11 B ER
Datum
04.01.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Beschluss
Die Beschwerde der Antragsteller gegen den Beschluss des Sozialgerichts Dessau-Rosslau vom 18. Oktober 2011 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten für das Beschwerdeverfahren sind nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Die Beteiligten streiten - nur noch - über die vorläufige Bewilligung von Zuschüssen zu den Beiträgen für die privaten Kranken- und Pflegeversicherungen der Antragsteller und Beschwerdeführer im Rahmen des einstweiligen Rechtsschutzes. Der Antrags- und Beschwerdegegner hat seine Beschwerde gegen die Verpflichtung zur darlehensweisen Leistungsbewilligung zurückgenommen.

Die 1970 geborene Antragstellerin zu 1. und der 1965 geborene Antragsteller zu 2. sind die Eltern der minderjährigen Antragsteller zu 3. und 4. Sie bewohnen als Bedarfsgemeinschaft eine 135 m² große Wohnung in einem im Eigentum des Antragstellers zu 2. stehenden Mehrfamilienhaus. Dieser ist Eigentümer von zwei weiteren Immobilien. Die Antragsteller zu 1. und 2. sind als Versicherungsmakler bzw. Versicherungsvertreter selbstständig tätig.

Die Antragsteller sind privat kranken- und pflegeversichert bei der H. Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit bzw. der B. Krankenversicherung a.G. Für Krankenversicherungsbeiträge fallen 839,72 EUR/Monat und für Pflegeversicherungsbeiträge 44,57 EUR/Monat, insgesamt 884,29 EUR/Monat an. Die Antragsteller haben nicht von der Möglichkeit des Wechsels in den Basistarif ihrer Krankenversicherungen Gebrauch gemacht; dafür würden Gesamtbeiträge i.H.v. 801,57 EUR/Monat anfallen.

Der Antragsgegner war bereits mit Beschluss des Sozialgerichts Dessau-Roßlau vom 7. Juli 2011 verpflichtet worden, den Antragstellern für die Zeit vom 11. April bis zum 30. September 2011 darlehensweise Leistungen i.H.v. 1.006,84 EUR/Monat zu bewilligen. Hinsichtlich der begehrten Übernahme der Beiträge für die privaten Kranken- und Pflegeversicherungen hatte das Gericht mangels Vorliegen eines Anordnungsgrunds die vorläufige Verpflichtung des Antragsgegners abgelehnt (S 19 AS 620/11 ER). Die Beschwerde des Antragsgegners war mit Beschluss des erkennenden Senats vom 30. August 2011 als unzulässig verworfen worden (L 5 AS 330/11 B ER). In Ausführung des sozialgerichtlichen Beschlusses hatte der Antragsgegner mit Bescheid vom 26. Juli 2011 zusätzlich 492,31 EUR/Monat als Zuschuss für die Kranken- und Pflegeversicherungen bewilligt.

Mit Bescheid vom 20. September 2011 lehnte der Antragsgegner den Weiterbewilligungsantrag mangels Hilfebedürftigkeit ab und forderte die Antragsteller auf, einen Darlehensantrag nach § 24 Abs. 5 SGB II zu stellen.

Am 30. September 2011 haben die Antragsteller beim Sozialgericht Dessau-Roßlau einen Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz für die Zeit ab dem 1. Oktober 2011 gestellt. Wegen Überschuldung der Immobilien sei kein verwertbares Vermögen vorhanden; jedenfalls sei eine kurzfristige Verwertung nicht möglich. Ohne Leistungen nach dem SGB II könnten sie weder ihren Lebensunterhalt sichern noch Beiträge zu den privaten Kranken- und Pflegeversicherungen aufbringen.

Das Sozialgericht hat den Antragsgegner mit Beschluss vom 18. Oktober 2011 verpflichtet, vorläufig für die Zeit vom 1. Oktober 2011 bis längstens 31. März 2012 Leistungen in Höhe von monatlich 1.006,84 EUR als Darlehen zu bewilligen. Auf den Gesamtbedarf von 1.681,97 EUR/Monat seien Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit, aus Vermietung und Verpachtung sowie das Kindergeld i.H.v. insgesamt 675,13

EUR/Monat anzurechnen. Ein Anordnungsgrund für die vorläufige Übernahme von Zuschüssen zu den Beiträgen der privaten Krankenversicherungen sei nicht glaubhaft gemacht. Das Entstehen von Beitragsschulden rechtfertige nicht den Erlass einer einstweiligen Anordnung, da die Antragsteller dadurch nicht in eine existentielle Notlage gerieten. Auch dann sei das Krankenversicherungsunternehmen verpflichtet, die vertraglichen Leistungen zu erbringen. Die außergerichtlichen Kosten der Antragsteller seien vom Antragsgegner zu 6/10 zu erstatten.

Gegen den ihnen am 19. Oktober 2011 zugestellten Beschluss haben die Antragsteller am Montag, den 21. November 2011, Beschwerde eingelegt. Sie begehren auch die Übernahme der monatlichen Zuschüsse zu den Beiträgen für die privaten Kranken- und Pflegeversicherungen sowie die Verpflichtung des Antragsgegners zur Übernahme ihrer gesamten außergerichtlichen Aufwendungen des erstinstanzlichen Verfahrens. Entgegen der Auffassung des Sozialgerichts seien Nachteile durch Nichtzahlung der Beiträge zu erwarten. Bei mehrmonatiger Nichtzahlung der Krankenversicherungsbeiträge folge eine Ruhenszeit, während der nur eine Leistungspflicht im Notfall bestehe. Zwar ende die Ruhenszeit bei Anzeige und Nachweis der Hilfebedürftigkeit, jedoch sei diese gerade streitig. Die vorläufige Leistungsbewilligung könne jederzeit wieder zurückgefordert werden; ferner bestehe nur eine darlehensweise Bewilligung. Daher lägen die Voraussetzungen zur Beendigung der Ruhenszeit gemäß § 193 Abs. 6 Satz 4 Versicherungsvertragsgesetz (VGG) nicht vor. Die Nichtzahlung der Beiträge zur privaten Pflegeversicherung könne jederzeit zur Androhung eines Bußgelds führen. Es sei unzumutbar, sie zu ordnungswidrigem Handeln und zu weiterer Schuldenanhäufung durch Bußgelder zu zwingen. Im Übrigen würden die Freibeiträge der selbstständigen Tätigkeiten benötigt, um den Lebensunterhalt zu bestreiten. Damit sei ein Anordnungsgrund glaubhaft gemacht.

Die Antragsteller beantragen nach ihrem schriftsätzlichen Vorbringen,

den Beschluss des Sozialgerichts Dessau-Roßlau vom 18. Oktober 2011 abzuändern und den Antragsgegner zu verpflichten, ihnen für die Zeit vom 1. Oktober 2011 bis längstens 31. März 2012 darlehensweise Zuschüsse zu den Beiträgen für die Kranken- und Pflegeversicherungen zu bewilligen.

Der Antragsgegner beantragt,

die Beschwerde zurückzuweisen.

Er hält den angefochtenen Beschluss hinsichtlich der Ablehnung der Übernahme der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge sowie der Kostenentscheidung für zutreffend. Mit Bescheid vom 14. November 2011 hat er den Antragstellern für die Zeit vom 1. Oktober 2011 bis 31. März 2012 gemäß § 24 Abs. 5 SGB II Leistungen i.H.v. 1.006,84 EUR/Monat als Darlehen bewilligt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Vorbringens der Beteiligten sowie des Verwaltungs- und Gerichtsverfahrens wird auf den Inhalt der Akten und Beiakten Bezug genommen. Die Verwaltungsakten des Antragsgegners haben vorgelegen und sind Gegenstand der Entscheidungsfindung gewesen.

II.

1.

Die Beschwerde ist form- und fristgerecht gemäß § 173 Sozialgerichtsgesetz (SGG) eingelegt worden. Die Beschwerdefrist für den am 19. Oktober 2011 zugestellten Beschluss endete gemäß § 64 Abs. 1, Abs. 3 SGG am Montag, den 21. November 2011. Am letzten Tag der Frist ist die Beschwerde beim erkennenden Senat eingegangen.

Die Beschwerde ist auch statthaft gemäß § 172 Abs. 3 Ziffer 1 SGG i.V.m. § 144 Abs. 1 Satz 1 SGG. Der Wert des Beschwerdegegenstands übersteigt hier den Betrag von 750,00 EUR. Die Antragsteller begehren die vorläufige Bewilligung von Zuschüssen zu den Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen für den Zeitraum 1. Oktober 2011 bis längstens 31. März 2012. Ausweislich des Bescheids vom 26. Juli 2011 sind dies zumindest 492,31 EUR/Monat.

2.

Die Beschwerde ist jedoch unbegründet. Zu Recht hat das Sozialgericht einen Anordnungsgrund für die begehrten Zuschüsse zu den privaten Kranken- und Pflegeversicherungen verneint.

Das Gericht kann nach § 86b Abs. 2 SGG eine einstweilige Anordnung in Bezug auf den Streitgegenstand treffen, wenn die Gefahr besteht, dass durch eine Veränderung des bestehenden Zustands die Verwirklichung eines Rechts der Antragssteller erschwert oder wesentlich vereitelt wird. Einstweilige Anordnungen sind auch zur Regelung eines vorläufigen Zustands in Bezug auf ein streitiges Rechtsverhältnis zulässig, wenn eine solche Regelung zur Abwendung wesentlicher Nachteile nötig erscheint. Voraussetzung für den Erlass einer Regelungsanordnung ist gemäß § 86b Abs. 2 S. 4 SGG i.V.m. § 920 Abs. 2 Zivilprozessordnung (ZPO) stets die Glaubhaftmachung des Vorliegens sowohl eines Anordnungsgrunds (also die Eilbedürftigkeit der Regelung zur Abwendung wesentlicher Nachteile), als auch eines Anordnungsanspruchs (die hinreichende Wahrscheinlichkeit eines in der Hauptsache gegebenen materiellen Leistungsanspruchs). Grundsätzlich soll wegen des vorläufigen Charakters der einstweiligen Anordnung die endgültige Entscheidung der Hauptsache nicht vorweg genommen werden.

Das Rechtsmittel des einstweiligen Rechtsschutzes hat vor dem Hintergrund des Artikel 19 Abs. 4 Grundgesetz (GG) die Aufgabe, in den Fällen effektiven Rechtsschutz zu gewährleisten, in denen eine Entscheidung in dem grundsätzlich vorrangigen Verfahren der Hauptsache zu schweren und unzumutbaren, nicht anders abwendbaren Nachteilen führen würde, zu deren nachträglicher Beseitigung die Entscheidung in der Hauptsache nicht mehr in der Lage wäre (vgl. Bundesverfassungsgericht, Beschlüsse vom 22. November 2002, 1 BvR 1586/02, NJW 2003 S. 1236 und vom 12. Mai 2005, 1 BvR 569/05, Breithaupt 2005, S. 803). Dies bedeutet aber gleichzeitig, dass ein Anordnungsgrund fehlt, wenn die vermutliche Zeitdauer des Hauptsacheverfahrens keine Gefährdung für die Rechtsverwirklichung und -durchsetzung bietet, wenn also den Antragstellern auch mit einer späteren Realisierung ihres Rechts geholfen ist. Zwar sollen grundsätzlich Leistungen nach dem

SGB II das Existenzminimum der Antragsteller sichern. Allerdings führt nicht jede Unterdeckung des Bedarfs grundsätzlich zu einer Existenzbedrohung und damit zum Vorliegen eines Anordnungsgrunds. Erforderlich ist eine existentielle Notlage.

Der Beweismaßstab im Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes erfordert im Gegensatz zu einem Hauptsacheverfahren für das Vorliegen der anspruchsbegründenden Tatsachen nicht die volle richterliche Überzeugung. Ein Anordnungsanspruch und Anordnungsgrund sind glaubhaft gemacht, wenn die tatsächlichen Voraussetzungen überwiegend wahrscheinlich sind. Dies erfordert, dass mehr für als gegen die Richtigkeit der Angaben spricht (Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 9. Aufl. § 86b Rn. 16b).

Unter Anlegung der genannten Maßstäbe bedurfte es hier keiner einstweiligen Anordnung zur Abwendung wesentlicher Nachteile. Schwere und unzumutbare, nicht anders abwendbare Nachteile durch ein Abwarten des Hauptsacheverfahrens im Hinblick auf den Kranken- und Pflegeversicherungsschutz sind nicht glaubhaft gemacht.

a.

Zunächst haben die Antragsteller weder behauptet noch glaubhaft gemacht, dass das Ruhen des Krankenversicherungsschutzes eingetreten ist oder unmittelbar droht. Offenkundig sind sie bislang in der Lage gewesen, die Beiträge zu den privaten Krankenversicherungen aufzubringen. Es ist nicht vorgetragen worden, dass eine Mahnung gemäß § 193 Abs. 6 Satz 1 VGG der Träger der privaten Krankenversicherungen vorliegt. Das gleiche gilt für ein Ruhen der Leistungen gemäß § 193 Abs. 6 Satz 2 VVG. Schon deshalb liegt ein Anordnungsgrund nicht vor.

Darüber hinaus wäre auch bei einem Beitragsrückstand ein Ruhen des Versicherungsschutzes mit der Folge einer Absicherung lediglich gegen Akuterkrankungen nicht zu befürchten.

In § 193 Abs. 6 VVG finden sich Schutzregelungen für die nach § 193 Abs. 3 S. 1 VVG geltende Versicherungspflicht:

Ist der Versicherungsnehmer in einer der Pflicht nach Absatz 3 genügenden Versicherung mit einem Betrag in Höhe von Prämienanteilen 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 Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch wird; die Hilfebedürftigkeit ist auf Antrag des Berechtigten vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch 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. Angaben zum Ruhen des Anspruchs kann der Versicherer auf einer elektronischen Gesundheitskarte nach § 291a Abs. 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vermerken. Darüber hinaus hat der Versicherungsnehmer für jeden angefangenen Monat des Rückstandes an Stelle von Verzugszinsen einen Säumniszuschlag von 1 vom Hundert des Beitragsrückstandes zu entrichten. Sind die ausstehenden Beitragsanteile, Säumniszuschläge und Beitreibungskosten nicht innerhalb eines Jahres nach Beginn des Ruhens vollständig bezahlt, so wird die Versicherung im Basistarif fortgesetzt. Satz 6 bleibt unberührt.

Nach Auffassung des Senats ergibt sich aus dem Schutzzweck diesen Regelungen, dass der Versicherungsschutz der Antragsteller in den privaten Krankenversicherungen nicht eingeschränkt werden kann. Sollten sie in Folge unterbleibender Beitragszahlungen gemahnt werden und in deren Folge das Ruhen der Leistungen festgestellt werden, endete dieses zugleich gemäß § 193 Abs. 6 Satz 4 VVG, weil die Antragsteller hilfebedürftig i.S.d. SGB II sind.

Bei den Antragstellern liegt - trotz der darlehensweisen Leistungsbewilligung - Hilfebedürftigkeit i.S.v. § 9 Abs. Abs. 4 i.V.m. Abs. 1 SGB II vor. Danach sind hilfebedürftig auch diejenigen, denen der sofortige Verbrauch oder die sofortige Verwertung von zu berücksichtigendem Vermögen nicht möglich ist oder für die dies eine besondere Härte bedeuten würde. Um einen solchen Fall handelt es sich hier, da der Antragsgegner die Leistungen gemäß § 24 Abs. 5 SGB II als Darlehen erbringt, weil der sofortige Verbrauch oder die sofortige Verwertung der Immobilien nicht möglich ist.

Weil ein Ruhen der Leistungsansprüche derzeit nicht glaubhaft gemacht ist, kann offen bleiben, ob § 193 Abs. 6 Satz 4 VVG nur Anwendung findet, wenn die Versicherungsnehmer hilfebedürftig werden, oder auch dann, wenn der Hilfebedarf bereits vorliegt. Der Senat neigt zu der Auffassung, dass die Vorschrift auch dann gilt, wenn die Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bereits vor dem Ruhen des Leistungsanspruchs eintritt (so auch: LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 16. August 2011, L 7 AS 1953/11 ER-B; LSG Sachsen-Anhalt, Beschluss vom 14. April 2010, L 2 AS 16/10 B ER; Bayerisches LSG, Beschluss vom 25. Oktober 2010, L 16 AS 599/10 B ER; LSG B.-B., Beschluss vom 18. Januar 2010, L 34 AS 2001/09 B ER; Beschluss vom 22. Oktober 2010, L 14 AS 1599/10 B ER; LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 9. November 2010, L 7 AS 1764/10 B; a.A.: LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 8. Juli 2009, L 7 SO 2453/09 ER-B; LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss vom 9. November 2010, L 8 SO 28/10 B ER, juris). Es ist nicht ersichtlich, dass die Schutzwirkung des § 193 Abs. 6 Satz 4 VVG nicht umfassend auch für die Dauer des Bezugs von Leistungen nach dem SGB II gelten sollte. Bereits Hilfebedürftige im Sinne des SGB II sind ebenso schutzbedürftig wie die Personen, die erst nach dem Ruhen des Versicherungsschutzes hilfebedürftig werden. Nach Sinn und Zweck der Norm ist daher das Ruhen des Versicherungsschutzes auch dann ausgeschlossen, wenn es zu einem späteren Zeitpunkt festgestellt werden sollte.

Ob ein Wechsel in den Basistarif der privaten Krankenversicherungen zumutbar wäre, bedarf hier wegen der fehlenden Gefahr eines Ruhens des Versicherungsvertrags keiner Entscheidung. Nicht dagegen spricht jedenfalls die zu erwartende Beitragszahlung, die insgesamt für die Antragsteller niedriger ausfallen würde (Die Zumutbarkeit bejahend auch bei höheren Beiträgen: LSG Sachsen-Anhalt, Beschluss vom 14. April 2010, a.a.O.).

b.

Allein das Auflaufen von Beitragsschulden begründet für sich keinen aktuellen und schwerwiegenden Nachteil, der später nicht mehr korrigiert werden könnte. Die Antragsteller geraten dadurch nicht in eine existentielle Notlage. Weitere Nachteile als die Beitragsschulden gegenüber den Krankenversicherungsunternehmen entstehen nicht. Wie bereits ausgeführt, wären diese trotz etwaiger Beitragsschulden verpflichtet, die vertraglich vereinbarten Leistungen zu erbringen. Sollten nach einem Ende der Hilfebedürftigkeit noch Beitragsschulden bestehen, würde dies allenfalls zu einer ggf. zwangsweisen Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses im Basisvertrag führen (§ 193 Abs. 6 Satz 8 VVG). Dies rechtfertigt nicht die Annahme eines Anordnungsgrunds (so auch: Beschluss des erkennenden Senats vom 15. April 2011, L 5 AS 234/10 B ER; LSG B.-B., Beschluss vom 1. Juli 2011, L 14 AS 618/11 B ER; LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss vom 21. Dezember 2010, L 7 AS 1102/10 B ER; LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 9. November 2010, L 7 AS 1764/10 B; Bayerisches LSG, Beschluss vom 25. Oktober 2010, L 16 AS 599/10 B ER; juris).

c.

Ein Anordnungsgrund für die Übernahme der Beiträge zu den Pflegeversicherungen gemäß § 26 Abs. 3 Satz 1 SGB II liegt ebenfalls nicht vor.

Eine Kündigung des Pflegeversicherungsvertrags seitens der Versicherungsunternehmen ist gemäß § 110 Abs. 4 i.V.m. Abs. 2 Elftes Buch Sozialgesetzbuch - Soziale Pflegeversicherung (SGB XI) ausgeschlossen (vgl. Beschluss des erkennenden Senats vom 15. April 2011, a.a.O; Bayerisches LSG, Beschluss vom 16. August 2010, L 16 AS 449/10 B ER, juris).

Die behauptete drohende Auferlegung von Bußgeldern bei Nichtentrichtung der Beiträge für die privaten Pflegeversicherungen ist nicht glaubhaft gemacht. Nach § 121 Abs. 1 Ziffer 6 SGB XI handelt ordnungswidrig, wer vorsätzlich oder leichtfertig mit der Entrichtung von sechs Monatsprämien zur privaten Pflegeversicherung in Verzug gerät. Vorsatz und Leichtfertigkeit sind subjektive Tatbestandsmerkmale. Vorsatz setzt das Wissen und Wollen einer unterlassenen Beitragszahlung voraus, Leichtfertigkeit liegt vor, wenn insoweit ganz naheliegende Überlegungen nicht angestellt worden sind. Ordnungswidrig i.S.v. § 121 SGB XI handelt demnach nicht, wer mangels finanzieller Mittel - und somit ungewollt - die Beitragszahlungen unterlassen hat (vgl. Wagner in Hauck/Noftz, Kommentar zum SGB XI, K § 121 Rdnr. 12).

Im Übrigen wäre es den Antragstellern zu 1. und 2. unbenommen, die fälligen Monatsbeiträge von 44,57 EUR aus ihren Freibeträgen der Erwerbstätigkeiten gemäß § 11b Abs. 3 SGB II aufzubringen. Diese hat das Sozialgericht im angefochtenen Beschluss für die Antragsteller zu 1. und 2. - nach summarischer Würdigung zutreffend - insgesamt mit 56,70 EUR/Monat bestimmt. Der Einwand, die Einnahmen aus den selbstständigen Tätigkeiten für den Lebensunterhalt zu benötigen, führt nicht zu einem anderen Ergebnis. Denn es wäre den Antragstellern im Rahmen des einstweiligen Rechtsschutzverfahrens zumutbar, die für den Grundsicherungsbedarf i.S.d. SGB II nicht benötigten "freien Mittel" einzusetzen (vgl. Beschluss des erkennenden Senats vom 29. Juni 2011, L 5 B 431/07 AS ER, juris).

3.

Auch die angefochtene Kostenquotelung ist nach Auffassung des Senats nicht zu beanstanden. Das Sozialgericht hat im Rahmen der ihm gemäß § 193 SGG obliegenden Ermessensausübung in nicht zu beanstandender Weise auf das Verhältnis von Obsiegen und Unterliegen abgestellt.

4.

Der Beschluss ist mit der Beschwerde nicht anfechtbar (§ 177 SGG).

Die Kostenentscheidung beruht auf entsprechender Anwendung von § 193 SGG.
Rechtskraft
Aus
Login
SAN
Saved
2012-10-01