

L 7 SO 2430/10 ER-B

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Sozialhilfe
Abteilung
7
1. Instanz
SG Mannheim (BWB)
Aktenzeichen
S 9 SO 1295/10 ER
Datum
23.04.2010
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 7 SO 2430/10 ER-B
Datum
23.09.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum
-

Kategorie
Beschluss
Leitsätze

Übernahme von Beiträgen zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung bei Beziehern von Grundsicherungsleistungen - Einstweiliger Rechtsschutz

1. Zu den angemessenen Aufwendungen i.S.v. [§ 32 Abs. 5 SGB XII](#) für eine Kranken- und Pflegeversicherung gehört bei nicht gesetzlich versicherten Leistungsberechtigten auch in Fällen, in denen die Hilfebedürftigkeit unabhängig von der Höhe der zu zahlenden Beiträge besteht, der verminderte Beitrag im Basistarif i.S.v. [§ 12 Abs. 1c Satz 4 VAG](#) und nicht nur der - nochmals geringere - Kranken- und Pflegeversicherungsbeitrag, der für Bezieher von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Krankenversicherung und sozialen Pflegeversicherung zu tragen wäre; [§ 12 Abs. 1c Satz 6 VAG](#) ist zur Bestimmung des Begriffs der Angemessenheit insoweit nicht heranzuziehen (Fortführung der Senatsrechtsprechung, vgl. Beschluss vom 8. Juli 2009 - [L 7 SO 2453/09 ER-B](#)).

2. Im Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes nach [§ 86b Abs. 2 Satz 2 SGG](#) fehlt es in diesen Fällen nicht allein wegen des in [§ 206 Abs. 1 Satz 1 VVG](#) vorgesehenen Kündigungsverbotes bei der substitutiven Krankheitskostenversicherung und der in [§ 193 Abs. 3 Satz 1 VVG](#) bestimmten Notversorgungspflicht bei einem Ruhen der Leistungen wegen Prämienrückstands an dem erforderlichen Anordnungsgrund. Auf die Beschwerden der Antragsteller wird der Beschluss des Sozialgerichts Mannheim vom 23. April 2010 abgeändert. Die Antragsgegnerin wird im Wege der einstweiligen Anordnung verpflichtet, vorläufig in der Zeit vom 7. April 2010 bis zum 31. Dezember 2010, längstens jedoch bis zum Abschluss des Klageverfahrens S 9 SO 2180/10, im Rahmen der Leistungsgewährung nach dem Vierten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XII) bei der Bestimmung des Bedarfs Beiträge zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung bei der Antragstellerin zu 1. in Höhe von monatlich 310,48 Euro für die Zeit bis zum 30. September 2010 und von monatlich 289,38 Euro für die Zeit ab dem 1. Oktober 2010 sowie beim Antragsteller zu 2. in Höhe von monatlich 272,58 Euro für die Zeit bis zum 30. Juni 2010 und von monatlich 286,61 Euro für die Zeit ab dem 1. Juli 2010 anstelle der bisher jeweils anerkannten 144,09 Euro zu berücksichtigen, soweit die danach zusätzlich zu den bereits bewilligten Leistungen zu gewährenden Beträge bei der Antragstellerin zu 1. 151,44 Euro und beim Antragsteller zu 2. 134,85 Euro monatlich nicht übersteigen.

Im Übrigen werden die Beschwerden zurückgewiesen.

Die Antragsgegnerin hat den Antragstellern die außergerichtlichen Kosten in beiden Rechtszügen zu erstatten.

Den Antragstellern wird für das Beschwerdeverfahren Prozesskostenhilfe ohne Ratenzahlung unter Beordnung von Rechtsanwältin F.-G., H., bewilligt.

Gründe:

Die unter Beachtung der Vorschriften der [§§ 172, 173](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) eingelegten Beschwerden der Antragsteller sind zulässig und in dem aus dem Tenor ersichtlichen Umfang auch begründet.

Nach [§ 86b Abs. 2 Satz 1 SGG](#) kann das Gericht der Hauptsache, soweit nicht ein Fall des Abs. 1 a.a.O. vorliegt, eine einstweilige Anordnung in Bezug auf den Streitgegenstand treffen, wenn die Gefahr besteht, dass durch eine Veränderung des bestehenden Zustands die Verwirklichung eines Rechts des Antragstellers vereitelt oder wesentlich erschwert werden könnte. 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 (Satz 2 a.a.O.). Die [§§ 920, 921, 923, 926, 928](#) bis [932, 938, 939](#) und [945](#) der Zivilprozessordnung (ZPO) gelten entsprechend (vgl. [§ 86b Abs. 2 Satz 4 SGG](#)). Das Gericht entscheidet durch Beschluss ([§ 86b Abs. 4 SGG](#)).

Vorliegend kommt, wie vom Sozialgericht Mannheim (SG) zutreffend erkannt, nur eine Regulationsanordnung nach [§ 86b Abs. 2 Satz 2 SGG](#) in Betracht. Der Erlass einer einstweiligen Anordnung setzt zunächst die Statthaftigkeit und Zulässigkeit des Rechtsbehelfs voraus. Die Begründetheit des Antrags wiederum hängt vom Vorliegen der Anordnungsvoraussetzungen ab (ständige Rechtsprechung des Senats; vgl. z.B. Beschlüsse vom 1. August 2005 - [L 7 AS 2875/05 ER-B](#) - FEVS 57, 72 und vom 17. August 2005 - [L 7 SO 2117/05 ER-B](#) - FEVS 57, 164); eine einstweilige Anordnung darf mithin nur erlassen werden, wenn - bei Statthaftigkeit und Zulässigkeit des Antrags - sowohl der Anordnungsanspruch als auch der Anordnungsgrund gegeben sind. Dabei betrifft der Anordnungsanspruch die Frage der Erfolgsaussicht des Hauptsacherechtsbehelfs, während der Anordnungsgrund nur bei Eilbedürftigkeit zu bejahen ist. Denn die Regulationsanordnung dient zur "Abwendung" wesentlicher Nachteile mit dem Ziel, dem Betroffenen die Mittel zur Verfügung zu stellen, die zur Behebung aktueller Notlagen notwendig sind (ständige Senatsrechtsprechung; vgl. etwa Beschlüsse vom 28. März 2007 - [L 7 AS 121/07 ER-B](#) - (juris) und 26. Januar 2009 - [L 7 SO 78/09 ER](#) -). Die Anordnungsvoraussetzungen sind glaubhaft zu machen ([§ 86b Abs. 2 Satz 4 SGG](#) i.V.m. [§ 920 Abs. 2 ZPO](#)). Maßgebend für die Beurteilung der Zulässigkeit und Begründetheit des Eilantrags sind regelmäßig die Verhältnisse im Zeitpunkt der gerichtlichen Eilentscheidung (ständige Senatsrechtsprechung; vgl. z.B. Beschlüsse vom 1. August 2005 [a.a.O.](#) und 17. August 2005 [a.a.O.](#); Beschluss vom 13. Juni 2006 - [L 7 AS 2050/07 ER-B](#) - (juris)).

Die Antragsteller haben einen Anordnungsanspruch in dem aus dem Tenor ersichtlichen Umfang glaubhaft gemacht. Dies ergibt sich aus Folgendem:

Gemäß [§ 41 Abs. 1 Satz 1 SGB XII](#) ist älteren und dauerhaft voll erwerbsgeminderten Personen mit gewöhnlichem Aufenthalt im Inland, die ihren notwendigen Lebensunterhalt nicht aus Einkommen und Vermögen nach den [§§ 82 bis 84](#) und [90 SGB XII](#) beschaffen können, auf Antrag Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung zu leisten. Die Antragsteller, die die Altersgrenze gemäß [§ 41 Abs. 2 SGB XII](#) erreicht haben, gehören grundsätzlich zum Kreis der Leistungsberechtigten. Sie können ihren notwendigen Lebensunterhalt auch nicht aus ihrem Einkommen bzw. Vermögen beschaffen. Die Leistungen der Grundsicherung im Alter umfassen neben dem Regelsatz und den Kosten für Unterkunft und Heizung gemäß [§ 42 Satz 1 Nr. 4 SGB XII](#) auch die Übernahme von Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen entsprechend [§ 32 SGB XII](#). Gemäß [§ 32 Abs. 5 Satz 1 SGB XII](#) werden auch die Aufwendungen für eine private Krankenversicherung übernommen, soweit sie angemessen sind. Soweit Aufwendungen für die Krankenversicherung übernommen werden, werden gemäß [§ 32 Abs. 5 Satz 4 SGB XII](#) auch die Aufwendungen für eine Pflegeversicherung übernommen.

Bei dem Begriff der Angemessenheit handelt es sich um einen unbestimmten Rechtsbegriff, der gerichtlich voll nachprüfbar ist. Dabei ist [§ 32 Abs. 5 SGB XII](#) vor dem Hintergrund zu sehen, dass durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)) vom 26. März 2007 ([Bundesgesetzblatt I Seite 378](#)) seit dem 1. Januar 2009 für alle Einwohner Deutschlands eine Versicherungspflicht in der gesetzlichen oder der privaten Krankenversicherung begründet worden ist. Damit wird der Zweck verfolgt, durch gesetzliche und private Krankenversicherung als jeweils eigene Säule für die ihnen zugewiesenen Personengruppen einen dauerhaften und ausreichenden Versicherungsschutz gegen das Risiko der Krankheit auch in sozialen Bedarfssituationen sicherzustellen. Hierzu wurden zahlreiche Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V), des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) und des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) sowie der Kalkulationsverordnung geändert (vgl. Bundesverfassungsgericht (BVerfG) [BVerfGE 123, 186](#) Rdnr. 13). Danach besteht für alle Personen, die weder gesetzlich krankenversichert sind noch einem dritten Sicherungssystem angehören, eine Pflicht zum Abschluss und zur Aufrechterhaltung einer Krankheitskostenversicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen ([§ 193 Abs. 3 VVG](#)). [§ 12 VAG](#) enthält Regelungen über die substitutive Krankenversicherung, also die Krankenversicherung, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann. Gemäß [§ 12 Abs. 1a VAG](#) haben Versicherungsunternehmen mit Sitz im Inland, die die substitutive Krankenversicherung betreiben, einen branchenweit einheitlichen Basistarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem Dritten Kapitel des SGB V, auf die ein Anspruch besteht, jeweils vergleichbar sind. Der Beitrag für diesen Basistarif darf den Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigen ([§ 12 Abs. 1c Satz 1 Halbsatz 1 VAG](#)). Sozialhilfeempfänger betreffende Regelungen enthalten [§ 12 Abs. 1c](#) Sätze 4 bis 6 [VAG](#). Danach gilt: Entsteht allein durch die Zahlung des Beitrags Hilfebedürftigkeit i.S. des SGB XII, vermindert sich der Beitrag für die Dauer der Hilfebedürftigkeit um die Hälfte ([§ 12 Abs. 1c Satz 4 VAG](#)). Besteht auch bei einem verminderten Beitrag Hilfebedürftigkeit i.S. des SGB XII, beteiligt sich der zuständige Träger nach dem SGB XII auf Antrag des Versicherten im erforderlichen Umfang, soweit dadurch Hilfebedürftigkeit vermieden wird ([§ 12 Abs. 1c Satz 5 VAG](#)). Besteht unabhängig von der Höhe des zu zahlenden Beitrags Hilfebedürftigkeit, 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 ([§ 12 Abs. 1c Satz 6 VAG](#)).

Für den Antragsteller zu 2. folgt nach diesen Maßgaben bereits unter Berücksichtigung von [§ 12 Abs. 1c Satz 5 VAG](#), dass seine Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung in der Zeit vom 7. April 2010 bis zum 30. Juni 2010 in tatsächlich angefallener Höhe und in der Zeit ab dem 1. Juli 2010 in Höhe der Beiträge bei einer Versicherung im Basistarif i.S.v. [§ 32 Abs. 5 Satz 1 SGB XII](#) angemessen sein dürften, ohne dass es auf die Frage der Anwendung der in [§ 12 Abs. 1c Satz 6 Halbsatz 2 VAG](#) vorgesehenen Begrenzung im Verhältnis zum Sozialhilfeträger ankommt. Denn bei ihm besteht zwar auch bei einem verminderten Beitrag Hilfebedürftigkeit; er hat nach [§ 12 Abs. 1c Satz 5 VAG](#) damit einen Anspruch auf Beteiligung der Antragsgegnerin als zuständiger Trägerin im zur Vermeidung von Hilfebedürftigkeit erforderlichen Umfang. Der Antragsteller zu 2. fällt dagegen nicht unter die Regelung in [§ 12 Abs. 1c Satz 6 VAG](#), weil bei ihm nicht unabhängig von der Höhe des Krankenversicherungsbeitrags Hilfebedürftigkeit besteht. Ohne Berücksichtigung der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung würde sein Einkommen nämlich seinen Bedarf decken. Legt man den Berechnungsbogen zu dem letzten Bewilligungsbescheid vom 26. März 2010 zugrunde, steht seinem Bedarf von 395,96 Euro (540,05 Euro abzüglich der von der Antragsgegnerin berücksichtigten 144,09 Euro für Kranken- und Pflegeversicherung) ein Einkommen von 422,83 Euro gegenüber. Seine Hilfebedürftigkeit entsteht mithin nur durch die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung; ein Fall des [§ 12 Abs. 1c Satz 6 VAG](#) liegt nicht vor. Damit verbleibt es - unter Zugrundelegung des verminderten Beitrags nach [§ 12 Abs. 1c Satz 4 VAG](#) - bei der Verpflichtung der Sozialhilfeträgers zur Übernahme des zur Vermeidung von Hilfebedürftigkeit erforderlichen Betrags (vgl. zu dieser Fallkonstellation auch Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg, Beschluss vom 30. Juni 2009 - [L 2 SO 2529/09 ER-B](#) - FEVS 61, 183 Rdnr. 13; LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 18. Dezember 2009 - [L 9 B 49/09 SO ER](#) - Rdnr. 26 (juris); Schmidt in Oestreicher, SGB XII, 56. Ergänzungslieferung, § 32 Rdnrn. 52, 54). Davon geht auch die Bundesregierung aus (vgl. Bundestagsdrucksache (BT-Drs.) [16/13892 Seite 33](#)). Der Antragsteller zu 2. ist bislang zwar nicht im Basis-, sondern im Standardtarif versichert. Seine in der Zeit vom 7. April bis zum 30. Juni 2010 zu leistenden Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung im Standardtarif lagen aber - wie sich aus der Auskunft der Signal Iduna vom 30. Juni 2010 ergibt - unter den Beiträgen bei einer Versicherung im Basistarif. So beliefen sich seine monatlichen Beiträge im

Standardtarif auf 215,91 Euro für die Krankenversicherung zuzüglich 56,67 Euro für die Pflegeversicherung, insgesamt also auf 272,58 Euro. Demgegenüber ist bei einer Krankenversicherung im Basistarif für diesen Zeitraum von einem verminderten Beitrag in Höhe von 250,05 Euro zuzüglich des Beitrags zur Pflegeversicherung gemäß [§ 110 Abs. 2 Satz 3](#) i.V.m. Abs. 1 Nr. 2e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) in Höhe von 50 % des Höchstbeitrags der sozialen Pflegeversicherung auszugehen, der sich unter Zugrundelegung eines Beitragssatzes von 1,95 % bezogen auf die Beitragsbemessungsgrenze von 3.750 Euro monatlich für das Jahr 2010 (vgl. [§ 55 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 SGB XI](#)) auf derzeit 36,56 Euro monatlich beläuft. Damit ergibt sich im Basistarif für die Zeit von April bis Juni 2010 ein monatlicher Beitrag zur Kranken- und Pflegeversicherung in Höhe von 286,61 Euro, der über dem Beitrag im Standardtarif liegt. Die Beiträge des Antragstellers zu 2. im Standardtarif waren in diesem Zeitraum somit angemessen. Für die Zeit ab dem 1. Juli 2010 steht diesem monatlichen Beitrag von 286,61 Euro für die Kranken- und Pflegeversicherung im Basistarif ein Beitrag im Standardtarif von 307,58 Euro gegenüber (250,91 Euro Krankenversicherung und 56,67 Euro Pflegeversicherung). Für die Zeit ab dem 1. Juli 2010 hat der Antragsteller zu 2. somit nur einen Anspruch auf Übernahme des zur Vermeidung von Hilfebedürftigkeit erforderlichen Betrags unter Berücksichtigung der Beiträge im Basistarif; darüber hinausgehende Beträge sind nicht mehr i.S.v. [§ 32 Abs. 5 SGB XII](#) angemessen.

Bei der Antragstellerin zu 1. besteht demgegenüber - jedenfalls für die Monate, in denen die im Schriftsatz ihrer Prozessbevollmächtigten vom 17. September 2010 erwähnte Verletztenrente in Höhe von 222,22 Euro nicht an sie ausgezahlt wurde - bereits unabhängig von den Beiträgen zur Kranken- und Pflegeversicherung Hilfebedürftigkeit. Denn ihrem (auf der Grundlage des Berechnungsbogens zum Bescheid vom 26. März 2010 ermittelten) Bedarf von 395,98 Euro (540,07 Euro abzüglich der von der Antragsgegnerin berücksichtigten 144,09 Euro für Kranken- und Pflegeversicherung) steht lediglich ein Einkommen von 378,64 Euro gegenüber. Damit liegt ein Fall des [§ 12 Abs. 1c Satz 6 Halbsatz 1 VAG](#) vor. Für diese Fallkonstellation ist umstritten, ob im Rahmen des [§ 32 Abs. 5 SGB XII](#) der verminderte Beitrag im Basistarif im Sinne von [§ 12 Abs. 1c Satz 4 VAG](#) als angemessen im Sinne von [§ 32 Abs. 5 SGB XII](#) anzusehen ist, oder ob sich aus der Regelung des [§ 12 Abs. 1c Satz 6 Halbsatz 2 VAG](#) ergibt, dass nur der - nochmals geringere - Kranken- und Pflegeversicherungsbeitrag als angemessen anzusehen ist, der für Bezieher von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Krankenversicherung und sozialen Pflegeversicherung zu tragen wäre, wodurch sich für Hilfebedürftige eine Finanzierungslücke ergäbe.

Der Senat hat bereits entschieden, dass der unbestimmte Rechtsbegriff der Angemessenheit in [§ 32 Abs. 5 Satz 1 SGB XII](#) nicht unter Rückgriff auf die in [§ 12 Abs. 1c Satz 6 VAG](#) getroffene Regelung ausgefüllt werden kann, weil dies nicht der gesetzgeberischen Intention entspricht und zu unauflösbaren Wertungswidersprüchen führen würde (Senatsbeschluss vom 8. Juli 2009 - [L 7 SO 2453/09 ER-B](#) - (juris); vgl. auch LSG Baden-Württemberg FEVS 61, 183; Hessisches LSG, Beschluss vom 14. Dezember 2009 - [L 7 SO 165/09 B](#) - (juris); zustimmend Flint in Grube/Wahrendorf, SGB XII, 3. Aufl., § 32 Rdnr. 14; ebenso in Bezug auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Zweites Buch (SGB II): LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 16. September 2009 - [L 3 AS 3934/09](#) - (juris); LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss vom 3. Dezember 2009 - [L 15 AS 1048/09 B ER](#) - ZFSH/SGB 2010, 107; offen gelassen: LSG Nordrhein-Westfalen, NDV-RD 2009, 145; LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 22. März 2010 - [L 13 AS 919/10 ER-B](#) - (juris)). Das Verhältnis zwischen dem Hilfebedürftigen und dem Träger der Sozialhilfe wird grundsätzlich im SGB XII geregelt; Ansprüche bestimmen sich danach (vgl. [§ 2 Abs. 1 Satz 2 SGB I](#)). [§ 12 Abs. 1c Satz 6 VAG](#) findet im SGB XII keine ausdrückliche Erwähnung. Die Vorschrift ist im Übrigen auch nach ihrem Sinn und Zweck nicht auf das Sozialhilfeleistungsverhältnis anwendbar. Das VAG verfolgt grundsätzlich einen anderen Zweck als die Regelung des Rechtsverhältnisses zwischen Beziehern von Sozialleistungen und den Sozialleistungsbehörden, nämlich die staatliche Aufsicht über die privaten Versicherungsunternehmen, die nicht Träger der Sozialversicherung sind ([§ 1 VAG](#)). In [§ 12 VAG](#) ist geregelt, wie ein privates Versicherungsunternehmen substitutive (ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzende) Krankenversicherung betreiben kann. Das auch im Basistarif privatrechtliche Leistungsverhältnis zwischen Versicherungsnehmer und Versicherungsgeber (vgl. BVerfG, a.a.O., Rdnr. 156) ist in Ausgestaltung des [§ 12 VAG](#) im VVG geregelt (vgl. [§ 1 VVG](#)), das in [§ 193 Abs. 5 VVG](#) darauf Bezug nimmt. Auch dem Wortlaut nach handelt es sich in [§ 12 Abs. 1c Satz 6, 2. Halbsatz VAG](#) eher um eine Zahlungsanweisung, die sich nur auf das Verhältnis zwischen Sozialleistungsträger und Krankenversicherungsunternehmen beziehen kann (LSG Baden-Württemberg FEVS 61, 183).

Für dieses Ergebnis spricht zudem ein ansonsten auftretender Wertungswiderspruch in der Behandlung der Gruppe von Hilfeempfängern, die bereits ohne Berücksichtigung der Beiträge für die private Krankenversicherung hilfebedürftig sind einerseits, und der Gruppe der Hilfeempfänger, bei denen Hilfebedürftigkeit erst unter Berücksichtigung entsprechender Beiträge gegeben ist, andererseits (LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 18. Dezember 2009 - [L 9 B 49/09 SO ER](#) - (juris)). Nur auf erstere Gruppe von Hilfebedürftigen bezieht sich [§ 12 Abs. 1c Satz 6 VAG](#), was dazu führen würde, dass nur für diese Gruppe ein Anspruch lediglich in Höhe der für einen gesetzlich Krankenversicherten aufzubringenden Beiträge bestünde. Eine entsprechende Beschränkung wäre hingegen für die andere Gruppe der Hilfebedürftigen - zu denen etwa der Antragsteller zu 2. gehört - nicht vorgesehen. Für diese gälte [§ 12 Abs. 1c Satz 5 VAG](#), wonach sich der zuständige Träger nach dem SGB II oder SGB XII im erforderlichen Umfang beteiligt, soweit dadurch Hilfebedürftigkeit vermieden wird. Damit erfolgt hier keine Beschränkung auf die für einen gesetzlich Krankenversicherten aufzuwendenden Beträge. Es ist aber kein Grund ersichtlich, warum ein Hilfebedürftiger, der möglicherweise nur einen ganz geringen Teil seiner Krankenversicherungsbeiträge aus eigenem Einkommen selbst abdecken kann, einen Anspruch gegenüber dem Grundsicherungsträger bis zur Höhe des verminderten Beitrags haben soll, nicht hingegen ein bereits ohne die Berücksichtigung der Krankenversicherungsbeiträge Hilfebedürftiger (LSG Nordrhein-Westfalen, a.a.O.). Die vom SG in dem angefochtenen Beschluss angesprochene Möglichkeit einer analogen Anwendung des [§ 12 Abs. 1c Satz 6 Halbsatz 2 VAG](#) auch auf Fälle des [§ 12 Abs. 1c Satz 5 VAG](#) überzeugt angesichts dessen, dass diese Bestimmung bereits eine eigene Regelung über die Kostentragung durch den zuständigen Träger enthält, nicht.

Darüber hinaus ist - worauf der 2. Senat des LSG Baden-Württemberg (FEVS 61, 183) bereits hingewiesen hat - soweit ersichtlich auch das BVerfG von einer vollen Übernahme des verminderten Beitrags im Basistarif durch den SGB XII-Träger ausgegangen und hat die in [§ 12 Abs. 1c Satz 4 bis 6 VAG](#) vorgesehenen Beitragsbegrenzungen bei Hilfebedürftigkeit verfassungsrechtlich nicht beanstandet. Es hat ausgeführt, dass diese Grenzen der eingeschränkten Leistungsfähigkeit dieser Personengruppe Rechnung tragen. Es hat weiter ausgeführt, dass bei Hilfebedürftigkeit im sozialhilferechtlichen Sinne ein Anspruch gegen den Sozialhilfeträger besteht, die Aufwendungen für die private Krankenversicherung zu übernehmen, und hierzu nur auf [§ 32 Abs. 5 Satz 1 SGB XII](#) und - anders als bei den Hilfebedürftigen nach dem Recht der Grundsicherung nach dem SGB II - nicht auf [§ 12 Abs. 1c](#) Sätze 5 und 6 VAG Bezug genommen (BVerfG a.a.O. Rdnrn. 184, 195). Auch die Bundesregierung ([BT-Drs. 16/13892 Seite 33](#)) geht davon aus, dass sich [§ 12 Abs. 1c Satz 6 VAG](#) bei Bezug von Leistungen nach dem SGB XII nicht auswirkt, weil nach [§ 32 Abs. 5 SGB XII](#) der zuständige Sozialhilfeträger den Beitrag zu tragen habe, soweit dieser angemessen sei.

Eine "Deckelung" der von der Antragsgegnerin zu übernehmenden Beiträge nach [§ 12 Abs. 1c Satz 6 VAG](#) scheidet nach summarischer Prüfung damit aus. Die von der Antragstellerin zu 1. in der hier maßgeblichen Zeit ab dem 7. April 2010 zu leistenden Beiträge sind aber jedenfalls insoweit nicht mehr angemessen, als sie über den verminderten Beitrag im Basistarif i.S.v. [§ 12 Abs. 1c Satz 4 VAG](#) hinausgehen. Nach der schriftlichen Auskunft der Signal Iduna vom 30. Juni 2010 und der weiteren telefonischen Auskunft gegenüber der Berichterstatterin vom 15. September 2010 belaufen sich die monatlichen Beiträge für die Kranken- und Pflegeversicherung im Standardtarif für die Zeit von April bis Juni 2010 auf 343,16 Euro (266,03 Euro Krankenversicherung und 77,13 Euro Pflegeversicherung) bzw. für die Zeit ab dem 1. Juli 2010 auf 378,16 Euro (301,03 Euro Krankenversicherung und 77,13 Euro Pflegeversicherung). Dem stehen bei einer Versicherung im Basistarif monatliche Beiträge für die Zeit von April bis September 2010 von 310,48 Euro (273,92 Euro Krankenversicherung und 36,56 Euro Pflegeversicherung) bzw. ab dem 1. Oktober 2010 von 289,38 Euro (252,82 Euro Krankenversicherung und 36,56 Euro Pflegeversicherung) gegenüber. Damit sind im Fall der Antragstellerin zu 1. im gesamten maßgeblichen Zeitraum lediglich Beiträge bis zur Höhe des Basistarifs als angemessen anzusehen. Soweit die Antragstellerin im Juli 2010 - und gegebenenfalls auch in der folgenden Zeit, was nach telefonischer Auskunft der Sachbearbeiterin der Antragsgegnerin noch nicht festgestellt werden konnte - eine Verletztenrente von 222,22 Euro erhalten hat und insoweit nur durch die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung hilfebedürftig geworden sein sollte, folgt dieses Ergebnis - wie beim Antragsteller zu 2. - bereits aus [§ 12 Abs. 1c Satz 5 VAG](#), ohne dass es auf die Frage der Anwendung von [§ 12 Abs. 1c Satz 6 VAG](#) bei der Bestimmung der Angemessenheit der Beiträge ankäme.

Die Antragsteller haben entgegen der Auffassung des SG auch einen Anordnungsgrund i.S.e. besonderen Eilbedürftigkeit glaubhaft gemacht. Nach [§ 86b Abs. 2 Satz 2 SGG](#) reicht es dabei aus, wenn die einstweilige Anordnung zur Abwendung "wesentlicher Nachteile" nötig erscheint; schwere und unzumutbare Nachteile werden nicht vorausgesetzt. Einstweiliger Rechtsschutz ist im Falle des [§ 86b Abs. 2 Satz 2 SGG](#) zu gewähren, wenn den Antragstellern ein Aufrechterhalten des bisherigen Zustandes - hier die Nichterbringung der Sozialhilfeleistung - bis zur Entscheidung in der Hauptsache nicht zuzumuten ist. Dabei sind die Interessen der Antragsteller einerseits und die öffentlichen Interessen andererseits zu berücksichtigen. Anordnungsanspruch und Anordnungsgrund stellen dabei ein bewegliches System dar. Je nach Wahrscheinlichkeit des Erfolges in der Hauptsache können die Anforderungen an den Anordnungsgrund geringer sein und umgekehrt (Senatsbeschluss vom 22. Juli 2010 - [L 7 SO 3067/10](#) - (unveröffentlicht); LSG Niedersachsen-Bremen [SGb 2004, 44](#)).

Bei den Antragstellern ist nach diesen Grundsätzen von der erforderlichen Eilbedürftigkeit auszugehen. Es ist ihnen entgegen der Auffassung des SG nicht zumutbar, die Zahlung der Beiträge für ihre private Kranken- und Pflegeversicherung, die sie mit den derzeit von der Antragsgegnerin bewilligten Leistungen nicht voll begleichen können, auszusetzen. Zwar ist jede Kündigung einer Krankheitskostenversicherung, mit der die Pflichten nach [§ 193 Abs. 3 Satz 1 VVG](#) (also zum Abschluss einer substitutiven Krankheitskostenversicherung) erfüllt werden, durch den Versicherer ausgeschlossen, selbst bei Prämienrückstand (absolutes Kündigungsverbot, [§ 206 Abs. 1 Satz 1 VVG](#)). Nach [§ 193 Abs. 6 Satz 2 VVG](#) stellt vielmehr der Versicherer, wenn zwei Wochen nach Zugang der Mahnung der Rückstand noch höher als der Prämienanteil für einen Monat ist, das Ruhen der Leistungen fest. Während der Ruhenszeit haftet der Versicherer weiter, jedoch ausschließlich für Aufwendungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind (Notversorgungspflicht). Beendet ist das Ruhen nach [§ 193 Abs. 6 Satz 4 Alternative 2 VVG](#), wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des SGB II oder XII wird. Die Verwendung des Wortes "wird" zeigt jedoch, dass diese Vorschrift (möglicherweise) nur gilt, wenn jemand, der bisher nicht hilfebedürftig war, Beitragsrückstände in der privaten Krankenversicherung hat und nunmehr erstmalig anspruchsberechtigt nach dem SGB II oder SGB XII wird; ob sie auch für den Fall gilt, dass jemand bereits im Leistungsbezug nach dem SGB II oder SGB XII steht, ist ungeklärt. Es ist den Antragstellern jedoch nicht zuzumuten, gegebenenfalls gegen ihre Krankenversicherung im Zivilrechtsweg vorzugehen, um die Auslegung des [§ 193 Abs. 6 Satz 4 Alternative 2 VVG](#) feststellen zu lassen (vgl. Hessisches LSG, Beschluss vom 14. Dezember 2009 - [L 7 SO - \(juris\)](#); ebenso für das SGB II: LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 16. September 2009 - [L 3 AS 3934/09](#) - (juris), LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss vom 3. Dezember 2009 - [L 15 AS 1048/09 B ER](#) - ZFSH/SGB 2010, 107; a.A. LSG Nordrhein-Westfalen, NDV-RD 2009, 145; für das SGB II: LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 22. März 2010 - [L 13 AS 919/10 ER-B](#) -; Bayerisches LSG, Beschluss vom 29. Januar 2010 - [L 16 AS 27/10](#) - (juris)).

Der Senat hat bereits mit Beschluss vom 8. Juli 2009 ([a.a.O.](#); ebenso LSG Baden-Württemberg, FEVS 61, 183) darauf hingewiesen, dass die Regelung des [§ 12 Abs. 1c Satz 6 VAG](#) eine politische Konzession darstellt, um das GKV-WSG mit der erforderlichen Stimmenmehrheit beschließen und in Kraft setzen zu können. Bereits im Gesetzgebungsverfahren war erkannt worden, dass mit der jetzigen Formulierung des Gesetzestextes die Gefahr von Versicherungslücken für Hilfebedürftige im Sinne des SGB XII im Hinblick auf ihren Krankenversicherungsschutz besteht. Auf die deshalb ausgesprochene Bitte des Bundesrates, im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens durch geeignete Regelungen diese Gefahr zu beseitigen, hat die Bundesregierung in ihrer Gegenäußerung darauf hingewiesen, dass zurzeit geprüft werde, wie dem bestehenden Problem abgeholfen werden könne (vgl. [BT-Drs. 16/12677, Seiten 17](#) und 23). Auch die neue Bundesregierung hat bekräftigt, dem Gesetzgeber zeitnah einen Vorschlag zur Lösung des Problems vorlegen zu wollen; die genaue Ausgestaltung der gesetzlichen Änderung werde derzeit noch innerhalb der Bundesregierung abgestimmt (vgl. [BT-Drs. 17/1342, Seite 42](#)). Eine abschließende Lösung dieser Problematik ist damit immer noch nicht erreicht. Vor diesem Hintergrund geht es jedoch nicht an und ist es den Antragstellern nicht zuzumuten, den politischen Konflikt auf ihrem Rücken als schwächstem Glied der Kette austragen zu lassen (vgl. Senatsbeschluss vom 8. Juli 2009, [a.a.O.](#); ebenso LSG Baden-Württemberg, FEVS 61, 183). Im vorliegenden Fall kommt hinzu, dass sich die 78-jährige Antragstellerin zu 1., bei der ein Grad der Behinderung von 60 festgestellt ist, nach ihren Angaben in der Antragschrift nach einer Luxation des linken Armes mit geschädigter Sehne und mit Nervschädigung in ärztlicher Behandlung befindet und sich einer Marcumarbehandlung unterziehen musste; eine Lungenthrombose sei hinzugekommen, weshalb eine längere Heilbehandlung notwendig gewesen sei. Der 72-jährige Antragsteller zu 2. leidet seinen Angaben zufolge an Hypertonie. Auch vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass eine Beschränkung der Leistungen der Krankenversicherung auf reine Notfallmaßnahmen zu wesentlichen Nachteilen für die Antragsteller führen kann.

Die Verpflichtung zur Leistungserbringung setzt erst mit dem Eingang des Rechtschutzantrages beim SG - vorliegend also mit dem 7. April 2010 - ein. Eine Verpflichtung zur Leistungserbringung im einstweiligen Rechtsschutzverfahren für zurückliegende Zeiträume vor Eingang des Rechtschutzantrages kommt demgegenüber nur in Betracht, wenn eine Nicht- oder Minderleistung in der Vergangenheit noch andauernde Auswirkungen für Gegenwart und Zukunft begründet. Derartige Anhaltspunkte sind jedoch vorliegend nicht erkennbar.

Nachdem die Prozessbevollmächtigte der Antragsteller mit Schriftsatz vom 17. September 2010 mitgeteilt hat, dass die Antragstellerin zu 1. jedenfalls im Monat Juli 2010 eine Verletztenrente in Höhe von 222,22 Euro bezogen hat und nach telefonischer Auskunft der

Antragsgegnerin möglicherweise auch in der Folgezeit eine solche Rente bezogen wurde, was derzeit aber noch nicht geklärt sei, konnte im vorliegenden Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes nur die hier umstrittene Höhe der im Rahmen der Leistungsgewährung nach dem Vierten Kapitel des SGB XII bei der Feststellung des Bedarfs zu berücksichtigenden Beiträge zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung festgestellt werden. Die im Ergebnis monatlich zusätzlich zu den bereits bewilligten Leistungen zu gewährenden Beträge sind aber der Höhe nach jedenfalls durch die Anträge im gerichtlichen Eilverfahren begrenzt, bei der Antragstellerin zu 1. mithin auf 151,44 Euro und beim Antragsteller zu 2. auf 134,85 Euro.

Die Kostenentscheidung beruht auf einer entsprechenden Anwendung des [§ 193 SGG](#); dabei hat der Senat im Hinblick auf die überwiegende Obsiegen der Antragsteller von einer Kostenteilung abgesehen.

Den Antragstellern war gemäß [§§ 73a Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [§§ 114 ff. ZPO](#) auch für das Beschwerdeverfahren Prozesskostenhilfe unter Beiordnung ihrer Prozessbevollmächtigten zu bewilligen.

Diese Entscheidung ist unanfechtbar ([§ 177 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2010-10-20