

L 20 B 56/09 SO ER

Land

Nordrhein-Westfalen

Sozialgericht

LSG Nordrhein-Westfalen

Sachgebiet

Sozialhilfe

Abteilung

20

1. Instanz

SG Duisburg (NRW)

Aktenzeichen

S 2 SO 79/09 ER

Datum

29.05.2009

2. Instanz

LSG Nordrhein-Westfalen

Aktenzeichen

L 20 B 56/09 SO ER

Datum

16.10.2009

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Beschluss

Die Beschwerde der Antragstellerin gegen den Beschluss des Sozialgerichts Duisburg vom 29.05.2009 wird zurückgewiesen. Kosten sind nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Die am 00.00.1966 geborene, einkommens- und vermögenslose Antragstellerin bezieht wegen vorübergehender Erwerbsunfähigkeit von der Antragsgegnerin laufende Leistungen nach dem Dritten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XII). Derzeit wird von der Antragsgegnerin geprüft, ob eine dauerende Erwerbsunfähigkeit besteht. Der Antragstellerin waren so seit Oktober 2008 jeweils monatliche Leistungen i.H.v. insgesamt 1.247,50 EUR gewährt worden; davon entfielen 336,50 EUR auf die von der Antragstellerin zu zahlenden Beiträge zu ihrer privaten Krankenversicherung. Ab dem 01.07.2008 betrug der Monatsbeitrag zu dieser Versicherung 337,87 EUR.

Mit Schreiben vom 05.02.2009 teilte die Antragsgegnerin der Antragstellerin mit, bislang sei bei ihren monatlichen Leistungen ein Krankenversicherungsbeitrag von 337,87 EUR berücksichtigt worden. Seit dem 01.01.2009 seien die privaten Krankenversicherer nach [§ 12](#) Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) verpflichtet, einen branchenweit einheitlichen Basistarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen nach Art, Umfang und Höhe mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar seien. Die Antragstellerin möge prüfen, ob ihr Krankenversicherungsvertrag in den Basistarif überführt worden sei; ggf. möge sie unverzüglich bei ihrem Versicherer einen entsprechenden Antrag auf Versicherung im Basistarif ohne Selbstbehalt stellen. Da die Antragstellerin auch mit dem neuen Krankenversicherungsbeitrag sozialhilfebedürftig bleiben werde, möge sie mit einer - beigefügten - Bescheinigung bei ihrem Versicherer einen Antrag auf Verminderung ihres monatlichen Beitrags zur Kranken- und Pflegeversicherung für die Dauer ihrer Hilfebedürftigkeit nach [§ 12 Abs. 1c Satz 4 VAG/§ 110](#) Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) stellen. Hierzu sei sie im Rahmen ihrer Selbsthilfeverpflichtung nach [§ 2 SGB XII](#) verpflichtet. Der Beitrag, der sozialhilferechtlich für eine private Kranken- und Pflegeversicherung berücksichtigt werden könne, sei auf die Beträge begrenzt, die für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen seien; diese Beiträge beliefen sich auf monatlich 129,54 EUR für die Krankenversicherung und 17,79 EUR für die Pflegeversicherung. Es sei beabsichtigt, bis spätestens zum 01.03.2009 die Sozialhilfe für die Antragstellerin entsprechend umzustellen. Es werde der Antragstellerin empfohlen, mit dem Versicherer Kontakt aufzunehmen und dort unter Hinweis auf die reduzierte Beitragsanerkennung des Sozialhilfeträgers geltend zu machen, dass sie für die Dauer ihrer Hilfebedürftigkeit nicht in der Lage sei, einen höheren Krankenkassenbeitrag zu zahlen. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf das Schreiben vom 05.02.2009 nebst Anlagen Bezug genommen.

Mit Bescheid vom 19.02.2009 bewilligte die Beklagte der Antragstellerin für März 2009 Leistungen i.H.v. 1.067,33 EUR. Dieser Betrag setzt sich zusammen aus einem Regelsatz von 351,00 EUR, Unterkunftskosten (einschl. Heizkosten) von 569,00 EUR, einem berücksichtigungsfähigen Bedarf für Krankenversicherung von 129,54 EUR sowie für Pflegeversicherung von 17,79 EUR. Der Bescheid regle das Leistungsverhältnis nur für den genannten Bewilligungszeitraum. Ergebe sich keine wesentliche Änderung, bleibe vorbehalten, Leistungen für nachfolgende Zeiträume stillschweigend durch Überweisung der Leistung zu bewilligen. Entsprechend erfolgten seither tatsächliche Leistungsauszahlungen in gleicher Höhe wie für März 2009.

Mit Schreiben vom 05.03.2009 teilte die im Beschwerdeverfahren beigeladene Union Krankenversicherung (UKV) der Antragstellerin mit, sie - die Antragstellerin - interessiere sich für eine Absicherung im Basistarif. Wegen sehr hohen Arbeitsaufkommens sei eine zeitgerechtere Bearbeitung nicht möglich gewesen. Bevor ein Vertrag im Basistarif geschlossen werde, möge die Antragstellerin ein beiliegendes Angebots-Service-Formular vollständig ergänzt und unterschrieben zurücksenden. Man werde sich dann wieder melden. Wegen der weiteren

Einzelheiten wird auf das Schreiben vom 05.03.2009 Bezug genommen.

Mit Schreiben vom 05.04.2009 teilte die Antragstellerin der Antragsgegnerin mit, die Beigeladene erstatte ihr keine Krankheitskosten mehr, sondern nehme eine Aufrechnung mit offenen Beiträgen vor. Sie fügte eine entsprechende Abrechnung der Beigeladenen vom 02.04.2009 bei, auf die wegen der Einzelheiten Bezug genommen wird.

Mit einem am 14.04.2009 beim Sozialgericht eingegangenen Schriftsatz hat die Antragstellerin beantragt, die Antragsgegnerin im Wege der einstweiligen Anordnung zu verpflichten, ihre Krankenkassenbeiträge in bisheriger Höhe als Sozialhilfeleistung zu übernehmen. Die (beigeladene) UKV erstatte ihr wegen aufgelaufener Rückstände keine Krankenbehandlungskosten mehr, so dass sie wegen verschreibungspflichtiger Medikamente in Vorlage treten müsse. Dies könne sie angesichts ihrer angespannten finanziellen Lage nicht.

Die Antragstellerin hat einen Versicherungsschein der Beigeladenen vom 27.04.2009 vorgelegt, der mit einem Vertragsstand vom 27.04.2009 für die Antragstellerin unter der Rubrik "Tarif/Tarifstufe" lediglich den Begriff "Sonderbedingung" benennt. Für die Antragstellerin ist ein monatliche Krankenversicherungsbetrag von 224,68 EUR ausgewiesen zzgl. eines 10 %-igen Zuschlages von 22,47 EUR, ferner eine Pflegeversicherungsbeitrag von 23,84 EUR. Für ihren am 25.02.2003 geborenen Sohn L ist ein Krankenversicherungsbetrag von 66,88 EUR und eine Pflegeversicherungsbeitrag von 0,00 EUR ausgewiesen. Der Gesamtbetrag für Antragstellerin und Sohn betrage monatlich 337,87 EUR. Die Antragstellerin hat zunächst die Ansicht geäußert, hierbei handele es sich um eine Versicherung im Basistarif.

Die Antragsgegnerin hat vorgetragen, nach [§ 32 Abs. 5 SGB XII](#) würden Aufwendungen für eine Krankenversicherung bei einem Versicherungsunternehmen übernommen, soweit diese angemessen seien. Die nach [§ 12 VAG](#) eingeführte substitutive Krankenversicherung zum Basistarif entspreche in ihrem Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung. Nach sozialhilferechtlichen Grundsätzen, insbesondere nach [§ 48 SGB XII](#), solle sozialhilferechtliche Krankenhilfe den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechen; Gleiches habe demzufolge auch für privat Krankenversicherte zu gelten. Für die Auslegung des Begriffes des angemessenen Beitrags für eine private Krankenversicherung sei deshalb vom Basistarif auszugehen. Dessen Beitrag vermindere sich nach [§ 12 Abs. 1c VAG](#) bei bestehender Hilfebedürftigkeit i.S.d. SGB XII auf die Hälfte. Bei trotz Halbierung fortbestehender Hilfebedürftigkeit werde nach Satz 6 der Vorschrift der Betrag als Hilfeleistung anerkannt, der auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen sei, mithin von 129,54 EUR. Dass der halbierte Beitrag einzelner Versicherungsunternehmen tatsächlich oberhalb dieses Betrages liege, führe zu keiner anderen Auslegung des [§ 12 Abs. 1c Satz 6 VAG](#); insoweit liege eine Regelungslücke vor. Der Antragstellerin entstünden keine Nachteile mit Ausnahme des Aufbaus von Beitragsrückständen. Wenn die Beigeladene gegen Erstattungsansprüche aufrechne, so obliege es der Antragstellerin, notfalls im Wege einstweiligen Rechtsschutzes bei den Amtsgerichten ihre Ansprüche gegen die Beigeladene durchzusetzen.

Die Antragsgegnerin hat u.a. ein Schreiben des Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) an das Hessische Sozialministerium vom 04.08.2008 vorgelegt. Darin ist u.a. ausgeführt, eine "Beitragslücke" ab dem 01.01.2009 bei privat krankenversicherten Empfängern von Arbeitslosengeld II sei dort bekannt. Die Regelung in [§ 12 Abs. 1c VAG](#) sei Teil des politischen Konsensus der Gesundheitsreform gewesen. Weitergehende Regelungen, etwa die Tragung der Differenz zwischen dem halbierten Beitrag und dem vom zuständigen Leistungsträger zu zahlenden Betrag durch das jeweilige Unternehmen der privaten Krankenversicherung, wie sie mehrfach vom BMAS gefordert worden seien, seien politisch nicht mehrheitsfähig gewesen. Die Antragsgegnerin hat ferner eine Tischvorlage des BMAS und des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) für eine Konferenz der Obersten Landessozialbehörden (KOLS) am 22. und 23.09.2008 vorgelegt, in der (zu TOP 7.4) u.a. ausgeführt ist, durch die in [§ 12 Abs. 1c VAG](#) enthaltene Deckelung der zu übernehmenden Beiträge im Basistarif für bereits ohne Beitragszahlung hilfebedürftige Personen komme es nicht zu einer Beitragslücke, wenn die Sozialhilfeträger den halbierten Beitrag als einen nach [§ 32 Abs. 5 SGB XII](#) angemessenen Beitrag auffassten.

Mit Beschluss vom 29.05.2009 hat das Sozialgericht den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung abgelehnt. Es fehle bereits eine Eilbedürftigkeit für eine gerichtliche Entscheidung. Sollte die UKV tatsächlich ihre Leistungen gegen Beitragsrückstände der Antragstellerin aufrechnen, so sei dies unzulässig; ggf. sei die Antragstellerin insoweit auf einstweiligen Rechtsschutz durch die zuständigen Zivilgerichte zu verweisen. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den Beschluss Bezug genommen.

Hiergegen hat die Antragstellerin am 30.06.2009 Beschwerde eingelegt. Ein Eilbedürfnis für eine gerichtliche Entscheidung bestehe schon wegen der Weigerung der Beigeladenen, Leistungen auszuführen. Es sei ihr - der Antragstellerin - als "schwächstem Glied in der Kette mit der Antragsgegnerin und der UKV" nicht zumutbar, ein weiteres, überdies kostenpflichtiges Eilverfahren gegen die Beigeladene zur Prüfung der Rechtmäßigkeit ihrer Aufrechnungspraxis zu führen. Zum Anordnungsanspruch führt die Antragstellerin aus, [§ 12 Abs. 1c Satz 6 VAG](#) regle die Frage der Beitragspflicht bei Leistungsbeziehern nach dem SGB XII nur unvollständig. Durch Verweis auf Satz 4 der Vorschrift werde nur bestimmt, dass sich der Beitrag im Verhältnis zwischen Versicherungsnehmer und Versicherer auf die Hälfte reduziere. Dagegen treffe [§ 12 Abs. 1c Satz 6](#), 2. HS VAG für Leistungsbezieher nach dem SGB XII keine Bestimmung. Im Gegensatz zu [§ 12 Abs. 1c Satz 5 VAG](#), der den "zuständige(n) Träger nach dem Zweiten oder Zehnten Buch Sozialgesetzbuch" anspreche, sei in [§ 12 Abs. 1c Satz 6](#), 2 HS VAG nur der "zuständige Träger" angesprochen, der den Betrag zu zahlen habe, der auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen sei. Damit werde der Bezug ausschließlich zu [§ 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB II](#) hergestellt. Dass die Norm Hilfebedürftige nach dem SGB XII nicht erfasse, ergebe sich auch aus dem Wortlaut des [§ 32 Abs. 5 Satz 1 SGB XII](#), der sich deutlich von demjenigen des [§ 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB II](#) unterscheide; in [§ 32 Abs. 5 Satz 1 SGB XII](#) fehle im Gegensatz zu [§ 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB II](#) der Rückbezug auf [§ 12 Abs. 1c Satz 6 VAG](#). Der Wortlaut beider Normen beruhe auf der Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit vom 31.01.2007 ([BT-Drucks. 16/4200, S. 149](#), 163). Angesichts der unterschiedlichen Regelungen in den beiden Leistungssystemen sei davon auszugehen, dass [§ 32 Abs. 5 Satz 1 SGB XII](#) eine Regelung treffen solle, die sich von derjenigen des [§ 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB II](#) unterscheide. Damit aber könne der Begriff der Angemessenheit i.S.d. [§ 32 Abs. 5 SGB XII](#) nicht durch Verweis auf [§ 12 Abs. 1c Satz 6 VAG](#) aufgefüllt werden. Er könne nur so verstanden werden, dass damit der Beitrag im Basistarif gemeint sei.

Die Antragsgegnerin trägt vor, es sei nicht ersichtlich, warum es der Antragstellerin nicht zuzumuten sein solle, einstweiligen Rechtsschutz gegen die Beigeladene hinsichtlich deren Aufrechnungspraxis zu suchen. [§ 12 Abs. 1c Satz 6 VAG](#) stelle durchaus nicht allein einen Bezug zu [§ 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB II](#) her. Bereits der Wortlaut "auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II" lege nahe, dass es gerade nicht nur um diesen Personenkreis gehen solle, sondern auch um andere Hilfebedürftige. Letztere sollten mit Beziehern von Arbeitslosengeld II gleichgestellt werden, indem der zuständige Träger für sie den gleichen Beitrag zu zahlen habe, wie er bei einem gesetzlich

krankenversicherten Bezieher von Arbeitslosengeld II zu zahlen wäre. Auch die Systematik des Gesetzes spreche dafür. Der 1. HS der Norm mit dem Wortlaut "besteht unabhängig von der Höhe des zu zahlenden Beitrages Hilfebedürftigkeit nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch" gelte offensichtlich auch für Bezieher von Leistungen nach dem SGB XII. Der 2. HS schließe aufgrund der Anbindung durch ein Semikolon ersichtlich an den Regelungsgehalt des 1. HS an, gelte also ebenfalls auch für Bezieher von Leistungen nach dem SGB XII. Hätte der Gesetzgeber anderes gewollt, hätte er den 2. HS, der als grammatisch eigenständiger Hauptsatz auch als eigener Satz hätte gebildet werden können, als eigenständigen Satz 7 der Vorschrift gebildet. Im Übrigen enthalte der 2. HS auch keine sonstigen Hinweise darauf, dass abweichend vom 1. HS nur noch Bezieher von Arbeitslosengeld II gemeint sein sollten.

Der Senat hat mit Beschluss vom 23.07.2009 die UKV nach [§ 75 Abs. 1 Satz 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) beigeladen. Die Beigeladene legt ein Schreiben an die Antragstellerin vom 17.07.2009 vor, in dem als Beiträge für die Antragstellerin und ihren Sohn für Kranken- und Pflegeversicherung 270,99 EUR (Antragstellerin) bzw. 66,88 EUR (Sohn) benannt sind (Summe: 337,87 EUR). Ein Basistarif bestehe nicht. Der dortige Beitrag würde allein für die Antragstellerin 569,63 EUR zzgl. 23,84 EUR für die Pflegeversicherung betragen. Auch bei einer Beitragshalbierung erscheine der jetzige Versicherungsschutz günstiger. In einem weiter vorgelegten Schreiben an den Prozessbevollmächtigten der Antragstellerin vom 16.07.2009 ist ausgeführt, die Aufrechnung von Leistungen mit Beitragsrückständen sei gem. [§ 35 VVG](#) rechtmäßig.

Die Antragsgegnerin trägt hierzu ergänzend vor, zwar sehe [§ 35 VVG](#) die Aufrechnung gegen eine Forderung aus der Versicherung mit einer fälligen Prämienforderung vor. Gleichwohl sei die von der beigeladenen UKV vorgenommene Aufrechnung rechtswidrig. Denn das VVG enthalte in §§ 192 ff. Sondervorschriften für die Krankenversicherung. [§ 193 Abs. 6 VVG](#) regle das Ruhen von Leistungsansprüchen bei Verzug des Versicherten mit der Prämienzahlung. Das Ruhen ende nach Satz 5 der Vorschrift, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig i.S.d. SGB II oder des SGB XII werde. Damit sei im Falle der Antragstellerin eine Aufrechnung ausgeschlossen. Die Vorschrift müsse erst recht gelten, wenn der Versicherte bereits hilfebedürftig sei, da sie einen Ausschluss vom Versicherungsschutz allein aufgrund von Hilfebedürftigkeit vermeiden wolle. Anderenfalls würde das gesetzliche Ziel, dass jeder entweder gesetzlichen oder privaten Krankenversicherungsschutz genießen solle, verfehlt; denn eine Aufrechnungsmöglichkeit des Versicherers hätte trotz formal weiter bestehender Versicherung einen faktischen Leistungsausschluss des Hilfebedürftigen zur Folge. Diese Überlegung gelte nicht nur für eine Versicherung im Basistarif, sondern auch bei einer anderweitigen Absicherung wie im Falle der Antragstellerin. Denn [§ 193 Abs. 6 VVG](#) beziehe sich angesichts des ausdrücklichen Wortlauts des Satzes 1 der Vorschrift auf eine der Pflicht nach Abs. 3 genügende Versicherung und damit nicht allein auf den Basistarif. Wäre nur der Basistarif gemeint, hätte das Gesetz dies - wie in Abs. 7 - entsprechend zum Ausdruck gebracht. Jedenfalls sei Satz 5 analog anzuwenden. Wenn die Antragstellerin bisher noch im Standardtarif und nicht im Basistarif versichert sei, greife der Schutz des [§ 193 Abs. 6 VVG](#) zwar nicht; dies beruhe dann jedoch auf einem Versäumnis der Antragstellerin und nicht auf einer Rechtswidrigkeit der nur eingeschränkten Beitragsübernahme.

Die Antragstellerin trägt ergänzend vor, bisher sei sie davon ausgegangen, dass eine Versicherung im Basistarif erfolgt sei. Die Antragsgegnerin habe sie auch nicht dazu aufgefordert, einen Basistarif zu vereinbaren. Eine Aufrechnung durch die beigeladene UKV nach [§ 35 VVG](#) sei nicht zulässig, da die Norm - als Ausnahme zu [§§ 387 ff., 406](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) - nur die Aufrechnung gegen Ansprüche eines Dritten aus der Versicherung zulasse. Jedenfalls aber verbiete der Grundsatz von Treu und Glauben wegen der Eigenart des Schuldverhältnisses eine Aufrechnung. Im Übrigen folge aus [§ 12g Abs. 1 Satz 3 VAG](#), dass Mehraufwendungen, die zur Gewährleistung der in [§ 12 Abs. 1c VAG](#) genannten Begrenzungen entstünden, auf die beteiligten Versicherungsunternehmen, nicht aber auf die Versicherungsnehmer zu verteilen seien. Wenn die Beigeladene die Möglichkeit zur Aufrechnung hätte, könnte sie eine Versicherung im Basistarif faktisch beenden. Mit Schreiben vom 27.07.2009 habe die Beigeladene im Übrigen mitgeteilt, dass das Ruhen der Leistungen in der Krankheitskosten-Vollversicherung eingetreten sei.

Die Beigeladene trägt hierzu ergänzend vor, sie sei zur Aufrechnung mit offenstehenden Beiträgen berechtigt, weil die Hilfebedürftigkeit durch Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem SGB II oder SGB XII nachzuweisen sei. Eine solche Bescheinigung habe ihr zum Aufrechnungszeitpunkt nicht vorgelegen und sei auch bisher (Stand: 27.08.2009) nicht vorgelegt worden.

Der Bevollmächtigte der Antragstellerin hat daraufhin mit Schriftsatz vom 07.09.2009 mitgeteilt, er habe "am heutigen Tag" die Bescheinigung an die Beigeladene gesandt und um Umstellung auf den Basistarif gebeten. Wenn bisher noch der "normale" Tarif gelte, müsse auch die "normale" Eintrittspflicht der Antragsgegnerin nach [§ 32 Abs. 5 SGB XII](#) gelten.

Mit Schriftsatz vom 08.10.2009 hat die Antragstellerin unter Beifügung eines entsprechenden Versicherungsscheins mitgeteilt, seit dem 01.09.2009 habe die Beigeladene ihre Krankenversicherung auf den Basistarif umgestellt.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakten sowie der beigezogenen Verwaltungsakten der Antragsgegnerin Bezug genommen.

II.

Die Beschwerde der Antragstellerin hat keinen Erfolg.

1. Dabei kann offen bleiben, ob die Antragstellerin gegen den Bescheid vom 19.02.2009 rechtzeitig Widerspruch eingelegt hat. Ein solcher Widerspruch wäre zwar (spätestens) mit der Stellung des Antrags auf Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes am 14.04.2009 zumindest konkludent erhoben worden, würde ggf. aber die einmonatige Widerspruchsfrist ([§ 84 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG)) nicht wahren können. Allerdings wäre der Widerspruch gleichwohl noch zu bescheiden. Zudem wären jedenfalls die laufenden, stillschweigenden Leistungsbewilligungen durch bloße Leistungsauszahlung für Leistungszeiträume nach März 2009 wegen der dann mangels Rechtsbehelfsbelehrung einjährigen Widerspruchsfrist (vgl. [§ 66 Abs. 2 SGG](#)) noch anfechtbar bzw. (jedenfalls für April 2009) schon mit dem Antrag auf Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes vom 14.04.2009 konkludent angefochten.

2. Der Senat kann darüber hinaus offen lassen, ob der von der Antragstellerin verfolgte materiell-rechtliche Anspruch auf Übernahme ihres vollen Beitrags zu ihrer privaten Krankenversicherung als Sozialhilfe (im Sinne eines Anordnungsanspruches) besteht.

a) Insoweit sei allerdings angemerkt, dass einerseits vieles dafür spricht, dass bereits ein solcher Anspruch vom Gesetzgeber trotz Erkennens der sich dann in Fällen wie dem der Antragstellerin ergebenden Unterdeckung des Versicherungsbeitragsbedarfs nicht vorgesehen wurde (im Ergebnis wie hier etwa SG Ulm, Urteil vom 16.06.2009 - S 2 SO 571/09 und SG Mannheim, Beschlüsse vom 07.08.2009 - S 2 SO 1614/09 ER und vom 17.08.2009 - [S 9 SO 2576/09 ER](#); a.A. LSG Stuttgart, Beschlüsse vom 30.06.2009 - [L 2 SO 2529/09 ER-B](#) sowie vom 08.07.2009 - [L 7 SO 2453/09 ER-B](#)).

Denn bei einer Versicherung im - von der beigeladenen UKV für die Antragstellerin zwischenzeitlich seit dem 01.09.2009 umgesetzten - Basistarif darf der Beitrag nach [§ 12 Abs. 1c VAG](#) 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 im Jahr 2009 jedoch unter Zugrundelegung des allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen vom 01.01.2009 (Satz 1). Danach beträgt (bei einer Beitragsbemessungsgrenze ab dem 01.01.2009 von 3.675,00 EUR und einem allgemeinen Beitragssatz von 15,5 %) der Höchstbeitrag monatlich 569,62 EUR. Entsteht allein durch die Zahlung des Beitrags nach Satz 1 Hilfebedürftigkeit i.S. des SGB II oder des SGB XII, vermindert sich der Beitrag für die Dauer der Hilfebedürftigkeit um die Hälfte (Satz 4, 1. HS). Besteht - wie bei der Antragstellerin - die Hilfebedürftigkeit unabhängig von der Höhe des zu zahlenden Beitrags, gilt Satz 4 entsprechend (Satz 6, 1. HS); der zuständige Träger zahlt den Beitrag, der auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Krankenversicherung zu zahlen ist (Satz 6, 2. HS). [§ 12 Abs. 1c Satz 6](#), 2. HS VAG verweist damit auf [§ 246 i.V.m. 243 SGB V](#), wonach die Sozialhilfeträger nur einen ermäßigten Beitragssatz zu zahlen haben. Nach § 2 der Verordnung zur Festlegung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 29.10.2008 (GKV-BSV; BGBl. I, S. 2109) beträgt dieser ermäßigte Beitragssatz 14,9 %. Die Bezugsgröße beträgt nach [§ 18 Abs. 1](#) Viertes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IV) i.V.m. § 2 Abs. 1 der Verordnung über maßgebende Rechengrößen der Sozialversicherung 2009 vom 02.12.2008 ([BGBl. I, S. 2336](#)) 2.520,00 EUR. Nach [§ 232a Abs. 1 Nr. 2 SGB V](#) gilt für Bezieher von Arbeitslosengeld II ein Betrag von 0,345 der Bezugsgröße, so dass als beitragspflichtige Einnahmen 869,40 EUR anzusetzen sind. Der ermäßigte Beitragssatz beläuft sich mithin auf (869,40 EUR x 14,9 % =) 129,54 EUR, also auf den Betrag, den die Antragsgegnerin unter Verweis auf [§ 12 Abs. 1c Satz 6](#), 2. HS VAG als Leistung für Krankenversicherungsbeiträge der Antragstellerin monatlich gewährt (vgl. zur Berechnung insgesamt die Übersicht bei Klerks, Der Beitrag für die private Krankenversicherung im Basistarif bei hilfebedürftigen Versicherungsnehmern nach dem SGB II und dem SGB XII, in: info also 2009, S. 153 ff.).

Wenn die Antragstellerin (ebenso wie Klerks, a.a.O., S. 157 f.) der Ansicht ist, [§ 12 Abs. 1c Satz 6](#), 2. HS VAG treffe für Hilfebedürftige nach dem SGB XII keine Bestimmung, da im Gegensatz zu Satz 5 der Vorschrift nur "der zuständige Träger", nicht jedoch (wie in Satz 5) "der zuständige Träger nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch" angesprochen werde und so der Bezug allein zur Beitragsumfangsvorschrift des [§ 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB II](#) (die im SGB XII - vgl. [§ 32 Abs. 5 SGB XII](#) - keine Entsprechung finde) hergestellt werde, so erscheint dies, ohne dass der Senat dies abschließend entscheiden müsste, zumindest zweifelhaft:

Die Antragsgegnerin weist insoweit zu Recht darauf hin, dass bereits der Wortlaut des [§ 12 Abs. 1c Satz 6](#), 2. HS VAG "auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II" darauf hindeutet, dass gerade nicht nur solche Bezieher umfasst sein sollen, sondern im Sinne einer beitragsleistungsmäßigen Gleichstellung mit Hilfebedürftigen nach dem SGB II auch andere Hilfebedürftige, nämlich solche i.S.d. SGB XII. Insofern dürfte bereits dem Gleichheitssatz des [Art. 3 Abs. 1](#) Grundgesetz (GG) Rechnung getragen sein; bei vom SGB II abweichender Gewährung von Leistungen für private Krankenversicherungsbeiträge im Rahmen des SGB XII müssten jedenfalls sachliche Gründe für die unterschiedliche Behandlung von Hilfebedürftigen bestehen, die einstweilen nicht ersichtlich erscheinen.

Auch die innere Struktur der Vorschrift deutet jedenfalls deutlich auf diese vom Senat vorgenommene Lesart hin: Der 1. HS der Norm mit dem Wortlaut "besteht unabhängig von der Höhe des zu zahlenden Beitrages Hilfebedürftigkeit nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch" verweist auch auf Bezieher von Leistungen nach dem SGB XII; der 2. HS schließt wegen Anbindung durch ein Semikolon ersichtlich an den Regelungsgehalt des 1. HS an und dürfte schon deshalb nicht nur für Hilfebedürftige nach dem SGB II, sondern auch für solche nach dem SGB XII gelten. Wäre gesetzlich anderes gewollt, wäre zu erwarten gewesen, den 2. HS als weiteren, eigenständigen Satz 7 der Vorschrift zu bilden. Im Übrigen dürfte der 2. HS mit dem Hinweis auf den "zuständigen Träger" zudem ersichtlich an den "zuständigen Träger nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch" anknüpfen, wie er im vorangehenden Satz 5 der Vorschrift erwähnt wird.

Anderes dürfte sich auch nicht daraus ergeben, dass das SGB XII (in [§ 32 SGB XII](#)) keinen ausdrücklichen Bezug zu [§ 12 Abs. 1c Satz 6 VAG](#) herstellt. Denn es dürfte dem Gesetzgeber freigestanden haben, eine Regelung mit Auswirkung auf die Frage, was als angemessene Beiträge i.S.v. [§ 32 Abs. 5 Satz 1 SGB XII](#) anzusehen ist, in einem Gesetz wie dem VAG zu platzieren, das normenhierarchisch auf gleicher Höhe mit dem SGB XII steht, in dem jedoch Einzelheiten (auch zum Beitrag) bei privater Krankenversicherung im Basistarif im einheitlichen gesetzlichen Zusammenhang geregelt werden.

b) Sollte diese naheliegende Lesart der einfach-rechtlichen Regelungen allerdings dazu führen, dass infolge einer Beitragsversorgungslücke für Hilfebedürftige nach dem SGB XII eine ausreichende gesundheitliche Versorgung (trotz bestehender privater Krankenversicherung) faktisch nicht mehr gewährleistet wäre, so wäre zu erwägen, ob nicht gleichwohl aus verfassungsrechtlich-sozialstaatlichen Gründen eine verfassungskonforme Auslegung des genannten Normengefüges dahingehend zu erfolgen hätte, dass die gesetzlich vorgesehenen hälftigen Beiträge im Basistarif doch als Hilfeleistung zu übernehmen wären. Ob diese Folge bei der zu a) ausgeführten Lesart des Normengefüges allerdings - wie offenbar die Antragstellerin meint - zwingend erscheint, kann der Senat offen lassen (zur verfassungsrechtlichen Problematik vgl. auch Brünner, LPK-SGB II, 3. Aufl. 2009, § 26 Rn. 23).

3. Denn das Bestehen eines Anordnungsanspruchs kann ohnehin offen bleiben, weil der Antragstellerin jedenfalls kein Anordnungsgrund i.S. eines Eilbedürfnisses für eine gerichtliche Entscheidung (vgl. [§ 86b Abs. 2 Satz 2 SGG](#): "zur Abwendung wesentlicher Nachteile nötig") zur Seite steht (so im Ergebnis ebenso für das SGB II LSG NRW, Beschluss vom 12.10.2009 - [L 7 B 196/09 AS ER](#)):

a) Denn die beigeladene UKV nimmt, wie sich aus ihren Äußerungen im Beschwerdeverfahren ergibt, jedenfalls dann keine Aufrechnung gegen Versicherungsleistungsansprüche mit offenen Beitragsansprüchen vor, wenn (wie bei der Antragstellerin ab dem 01.09.2009) eine Versicherung im Basistarif erfolgt. Damit aber ist die notwendige Versorgung des Hilfebedürftigen mit Krankenversicherungsleistungen gewährleistet.

Ein solches Absehen von (nach [§ 35 VVG](#) grundsätzlich möglichen) Aufrechnungen erscheint auch - wie die Antragsgegnerin zutreffend

vorträgt - durch das VVG gefordert: Denn das VVG enthält in §§ 192 ff. Sondervorschriften für die Krankenversicherung, die der allgemeinen Regelung in [§ 35 VVG](#) vorgehen. [§ 193 Abs. 6 VVG](#) bestimmt unter den näheren Voraussetzungen der Sätze 1 bis 4 der Vorschrift bei der privaten Krankenversicherung (anstelle einer Aufrechnungsmöglichkeit) ein Ruhen von Leistungsansprüchen bei Verzug des Versicherten mit der Prämienzahlung. Das Ruhen endet nach Satz 5 der Vorschrift, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenden Beitragsanteile gezahlt sind oder wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig i.S. des SGB II oder des SGB XII wird. Dies muss erst recht dann gelten, wenn der Versicherte bereits hilfebedürftig ist; ansonsten würde der gesetzlich verfolgte Zweck einer Vermeidung des Ausschlusses vom Versicherungsschutz allein aufgrund von Hilfebedürftigkeit vereitelt. Das gesetzliche Ziel, für jedermann entweder gesetzlichen oder privaten Krankenversicherungsschutz zu gewährleisten, würde verfehlt, wenn neben dem Eintritt eines Ruhens nach Maßgabe des [§ 193 Abs. 6 VVG](#) zusätzlich eine Aufrechnungsmöglichkeit des Versicherers nach [§ 35 VVG](#) bestünde; denn eine Aufrechnung durch den Versicherer hätte trotz formal weiter bestehender Versicherung einen faktischen Leistungsausschluss des Hilfebedürftigen von der Gewährleistung einer Krankenversicherung zur Folge. Der Senat kann wegen der zwischenzeitlich seit dem 01.09.2009 vorgenommenen Versicherung der Antragstellerin im Basistarif offen lassen, ob diese Überlegung nicht nur für eine Versicherung im Basistarif, sondern auch bei einer anderweitigen Absicherung (wie im Falle der Antragstellerin vor der Anwendung des Basistarifs) gilt, weil sich [§ 193 Abs. 6 VVG](#) angesichts des ausdrücklichen Wortlauts des Satzes 1 der Vorschrift auf eine der Pflicht nach Abs. 3 genügende Versicherung und damit nicht allein auf den Basistarif beziehe und das Gesetz es - wie in Abs. 7 - entsprechend hätte zum Ausdruck bringen müssen, wenn nur der Basistarif gemeint gewesen wäre.

Denkbar erscheint im Übrigen - ohne dass der Senat hierüber entscheiden müsste - dass dieses Verbot der Aufrechnung gegen Versicherungsleistungsansprüche mit offenen Beitragsforderungen auf die Frage, welche Versicherungsbeiträge als "angemessen" nach [§ 32 Abs. 5 Satz 1 SGB XII](#) aus Sozialhilfemitteln zu übernehmen sind, zurückwirkt (und damit die zu 2.b dargestellte, von der Antragstellerin bei einer Leistungsbegrenzung für Krankenversicherungsbeiträge auf derzeit 129,54 EUR gesehene Folge einer Unterversorgung vermeidet). Muss der Versicherer, solange Hilfebedürftigkeit besteht, trotz nur teilweiser (in Höhe von 129,54 EUR) erfolgender Zahlung der für ihn im Basistarif geltenden (hälftigen) Beiträge gleichwohl volle Versicherungsleistungen im Krankheitsfalle erbringen, käme allerdings das Ergebnis für die Dauer der Hilfebedürftigkeit einem faktisch an den Betrag von 129,54 EUR angepassten Beitrag (wie in der gesetzlichen Krankenversicherung bei Hilfebedürftigkeit nach dem SGB II) gleich. Der Versicherer hätte dann lediglich die Option, erst im Falle wirtschaftlicher Verbesserungen des Versicherten die aufgelaufenen, nicht verjährten Beiträge noch nachträglich einzufordern. Ob deshalb dem Hilfebedürftigen ohnehin zugemutet werden kann, für die Dauer seiner Hilfebedürftigkeit gegenüber dem Versicherer Beitragsschulden auflaufen zu lassen, oder ob dies unter verfassungsrechtlich-sozialstaatlichen Gründen eine Hilfeleistung unterhalb des Existenzminimums bedeuten würde, muss letztlich einer Entscheidung im Hauptsacheverfahren vorbehalten bleiben.

Besteht aber für die Antragstellerin jedenfalls seit dem 01.09.2009 eine Versicherung bei der beigeladenen UKV zum Basistarif, und kann die Beigeladene deshalb - wie sie im Beschwerdeverfahren auch selbst geäußert hat - im Rahmen dieser Versicherung im Basistarif bei Geltendmachung von Ansprüchen der Antragstellerin auf Versicherungsleistungen keine weitere Aufrechnung mit offenen Beitragsansprüchen vornehmen, so ist nicht ersichtlich, weshalb die Antragstellerin noch einer gerichtlichen einstweiligen Anordnung bedürfte. Die Deckung ihrer berücksichtigungsfähigen Krankheitskosten ist vielmehr jedenfalls seit dem 01.09.2009 durch Versicherungsleistungen der Beigeladenen vollständig gewährleistet.

b) Wegen bereits vor dem 01.09.2009 durch die Beigeladene vorgenommener Aufrechnungen ist die Antragstellerin zumutbar darauf zu verweisen, entsprechende Schulden (etwa aufgrund noch nicht beglichener Honorarforderungen ihrer Ärzte) einstweilen offenstehen zu lassen. Denn jedenfalls seit dem 01.09.2009 kann sie wegen nun erfolgender voller Versicherungsleistungen der Beigeladenen Rechnungen für aktuelle medizinische Behandlungen begleichen; insoweit dürfte sie insbesondere in der Lage sein, unter Hinweis auf die nunmehr geregelte Erstattung ihrer Kosten durch die Beigeladene ärztliche Behandlungen zu erlangen, auch wenn noch ärztliche Honoraransprüche unbeglichen geblieben sein sollten. Hinzu kommt für die Vergangenheit ohnehin ein eigenes (Mit-) Verschulden der Antragstellerin, weil sie sich gegenüber der Beigeladenen nur zögerlich - letztlich erst im Laufe des Beschwerdeverfahrens - um die Sicherstellung einer Versicherung im Basistarif gekümmert hat, obwohl sie bereits mit Schreiben der Antragsgegnerin vom 05.02.2009 unter Beifügung entsprechender Bescheinigung für den Versicherer in allgemeinverständlicher Weise auf die Notwendigkeit dieses Tarifwechsels und das entsprechende Eilbedürfnis (bis 01.03.2009) hingewiesen worden war. Ein solcherart nachlässiges Verfolgen der eigenen rechtlichen Interessen kann nur schwer dazu führen, einen einstweiligen Leistungsanspruch gegenüber der Antragsgegnerin zu plausibilisieren, wenn jedenfalls ab dem 01.09.2009 eine umfassende medizinische Versorgung auch durch Versicherungsleistungen der Beigeladenen gesichert erscheint.

c) Nicht zu entscheiden hat der Senat in diesem Zusammenhang, ob die beigeladene UKV sämtliche Ansprüche der Antragstellerin richtig abgewickelt und insbesondere etwa zu Recht Aufrechnungen mit offenen Beitragsansprüchen vorgenommen hat. Es sprechen allerdings deutliche Umstände dafür, dass die Antragstellerin gegenüber der Beigeladenen eine Geltung des Basistarifs schon ab März 2009 verfolgt hat und deshalb ohnehin eine Möglichkeit der Einholung der - dann ggf. rechtswidrig - zur Aufrechnung herangezogenen Versicherungsleistungsansprüche besteht. Denn die Beigeladene hatte, wie sich aus ihrem Schreiben an die Antragstellerin vom 05.03.2009 ergibt, schon Anfang März 2009 Kenntnis von einem Wunsch der Antragstellerin nach einer Versicherung im Basistarif. Dies lässt sich einstweilen nur so erklären, dass die Antragstellerin sich angesichts des Schreibens der Antragsgegnerin vom 05.02.2009 rechtzeitig mit der Beigeladenen in Verbindung gesetzt hat. Dass es für einen Anspruch auf Durchführung der Versicherung im Basistarif über das bloße, dem Versicherer gegenüber geäußerte Verlangen (Antrag) auf eine solche Versicherung weiterer materiell-rechtlich erforderlicher Mitwirkungshandlungen des zu einer solchen Versicherung berechtigten Versicherten gäbe, lässt sich [§ 12 VAG](#) nicht entnehmen. Die Hilfebedürftigkeit der Antragstellerin nach dem SGB XII i.S.v. [§ 12 Abs. 1c Satz 4 VAG](#) dürfte durch die entsprechende Kontaktaufnahme der Antragsgegnerin mit der Beigeladenen hinreichend deutlich gemacht worden sein, da sich die Kontaktaufnahme allein aufgrund des Schreibens der Antragsgegnerin vom 05.02.2009 erklären dürfte. Dass die Antragstellerin nach [§ 12 Abs. 1c Satz 4](#), 2. HS VAG gegen die Antragsgegnerin einen Anspruch auf Erteilung einer entsprechenden Hilfebedürftigkeitsbescheinigung hatte, diente nur der Erleichterung der Darlegung der Hilfebedürftigkeit im Bedarfsfalle, ist jedoch keine materiell-rechtliche Voraussetzung für das Einsetzen einer Versicherung zum Basistarif. Ohnehin hat die Einführung einer Versicherung im Basistarif mit den besonderen Beitragsgestaltungen für Hilfebedürftige i.S.d. SGB II oder des SGB XII trotz Verortung der Versicherung im Privatrecht Elemente einer sozialversicherungsrechtlichen Versicherung erhalten, die zumindest bei der Frage, in welchem Umfang ein Versicherer einen versicherungsvertragsrechtlich unerfahrenen Versicherten bei erkennbarem Hilfebedarf nach dem SGB II oder SGB XII in der sachgerechten Bearbeitung seiner einmal erkennbar gewordenen Hilfebedürftigkeit durch geeignete Hinweise zu unterstützen hat, auf eine gesteigerte Hinweispflicht des privaten Versicherers

(etwa analog den Pflichten eines Sozialversicherungsträger nach [§§ 13, 14](#) , [16 Abs. 3](#) Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I)) hindeuten. Vieles spricht deshalb dafür, dass die Beigeladene sich auf das frühzeitig geäußerte Ansinnen der Antragstellerin auf Versicherung im Basistarif "unwissend gestellt" und damit treuwidrig einen rechtzeitigen Wechsel des Versicherungstarifs in den Basistarif vereitelt hat. So erscheint etwa ihr Schreiben an die Antragstellerin vom 05.03.2009 (mit dem Hinweis, die Antragstellerin "interessiere" sich für eine Versicherung im Basistarif, eine frühere Bearbeitung sei wegen hohen Arbeitsanfalls nicht möglich gewesen, und die Antragstellerin möge zunächst ein beiliegenden Angebots-Service-Formular ergänzen und unterschreiben) nicht geeignet, die Antragstellerin über eine sinnvolle weitere Tarifgestaltungsmöglichkeit mit der notwendigen Dringlichkeit zu beraten. Ob sich die Beigeladene deshalb hinsichtlich der bisher vorgenommenen Aufrechnungen so behandeln lassen muss, als sei der Wechsel in den Basistarif bereits zum 01.03.2009 erfolgt und hätten deshalb die vorgenommenen Aufrechnungen unterbleiben müssen (mit der Folge entsprechender Zahlungsansprüche der Antragstellerin), hätte im Streitfalle allerdings das sachlich zuständige Zivilgericht zu entscheiden.

4. Die Kostenentscheidung folgt aus einer entsprechenden Anwendung des [§ 193 SGG](#).

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

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2009-11-04