# S 29 AS 412/10

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
SG Düsseldorf (NRW)
Sachgebiet
Grundsicherung für Arbeitsuchende
Abteilung
29
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 29 AS 412/10
Datum
12.04.2010
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Unter Abänderung des Bescheides vom 14.05.2009 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15.10.2009 wird die Beklagte verpflichtet, dem Kläger einen monatlichen Zuschuss zur Kranken- und Pflegever- sicherung für den Monat April 2009 in Höhe von 145,38 Euro und für den Zeitraum 01.05. bis 30.09.2009 von 209,12 Euro unter Anrechnung bereits gewährter Leistungen zu bewilligen. Die Beklagte trägt die außergerichtlichen Kosten des Klägers.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Übernahme der Kosten für die private Kranken- und Pflegeversicherung des Klägers in voller Höhe.

Der 1977 geborene Kläger war selbstständig tätig und ist seit dem 01.10.2008 bei der I Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, T, (Krankenversicherung) privat kranken- und pflegeversichert. Am 15.04.2009 beantragte er die Gewährung von Leistungen zur Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II.

Bei Antragstellung legte der Kläger einen Versicherungsschein über die private Kranken- und Pflegeversicherung bei der Krankenversicherung vor. Die monatliche Kosten für die Krankenversicherung betrugen 253,31 Euro (Tarif NK 2), ein Krankentagegeld (Tarif FKT 29) 36,00 Euro, eine Pflegezusatzversicherung (Tarif OLGA) 11,20 Euro sowie eine Pflegepflichtversicherung in Höhe von 19,27 Euro. Der monatliche Gesamtbeitrag für die Kranken- und Pflegeversicherung belief sich somit auf 319,78 Euro. Ab dem Monat Mai 2009 war der Kläger im Tarif NK 1 in Höhe von 189,85 Euro mit einer jährlichen Selbstbeteiligung von 1100,00 Euro versichert. Das Krankentagegeld ruhte.

Mit Bescheid vom 14.05.2009 bewilligte die Beklagte dem Kläger Leistungen für den Zeitraum 14.04. bis 30.09.2009 in Höhe von monatlich 1.050,77 Euro (anteilig für April 595,44 Euro). Die Bewilligung erfolgte vorläufig. In den Leistungen war ein Zuschuss nach § 26 SGB II zur Krankenversicherung in Höhe von 126,66 Euro und zur Pflegeversicherung in Höhe von 9,64 Euro (im Monat April anteilig für die Krankenversicherung in Höhe von 71,77 Euro und für die Pflegeversicherung in Höhe von 5,46 Euro) enthalten.

Aus einem Schreiben der Techniker Krankenkasse vom 15.05.2009 geht hervor, dass durch den Bezug von Arbeitslosengeld II der Eintritt der Versicherungspflicht ausgeschlossen ist, da der Kläger zuvor von der Versicherungspflicht bei der gesetzlichen Krankenversicherung befreit war.

Aus einer eingereichten Bescheinigung der Krankenversicherung vom 14.09.2009 geht hervor, dass der Basistarif für die Krankenversicherung 547,58 Euro zuzüglich des Pflegetarifs von 19,72 Euro, also insgesamt 566,85 Euro betrug.

Gegen den Bewilligungsbescheid legte der Kläger am 25.05.2009 Widerspruch ein. Zur Begründung führte er aus, dass er auf die volle Zahlung des Zuschusses in Höhe seiner tatsächlichen Belastung durch den Basistarif der privaten Krankenversicherung bestehe. Ein solcher Anspruch ergebe sich aus § 32 Abs. 2 SGB XII. Von der Angemessenheit der Beiträge des Basistarifs sei auszugehen.

Der Kläger hat am 26.08.2009 einen Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz gestellt. Das Verfahren wurde unter dem Az. S 29 AS 234/09 ER geführt. Auf Grundlage der Beschwerde der Beklagten ist mit Beschluss des LSG NRW vom 08.12.2009 (Az. L 9 B 137/09 AS ER) der Eilantrag mangels Anordnungsgrundes abgelehnt worden. Im Beschwerdeverfahren teilte der Kläger mit, dass er ab dem 01.11.2009 eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung aufgenommen habe. Zu den weiteren Einzelheiten des Eilverfahrens wird auf die Gerichtsakte S 29 AS 234/09 ER Bezug genommen.

Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 15.10.2009 als unbegründet zurück. Zum Inhalt der Begründung wird auf die Ausführungen im Widerspruchsbescheid verwiesen.

Der Kläger hat am 19.11.2009 Klage erhoben. Er beantragt,

die Beklagte unter Abänderung des Bescheides vom 14.05.2009 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15.10.2009 dahingehend zu verpflichten, dem Kläger einen monatlichen Zuschuss zur Kranken- und Pflegeversicherung in Höhe von 209,12 Euro unter Anrechnung bereits gewährter Leistungen vom 14.04.2009 bis 30.09.2009 (anteilig für den Monat April einen Betrag in Höhe von monatlich 272,58 Euro) zu bewilligen.

Zur Begründung führt der Kläger im Wesentlichen aus, dass ihm ein Anspruch auf die tatsächliche Belastung durch den von ihm gewählten günstigeren Tarif als den Basistarif zustehe. Es sei ihm als selbstständig Tätigem verwehrt, in die gesetzliche Krankenversicherung zu wechseln. Vor diesem Hintergrund bestünden erhebliche verfassungsrechtliche Bedenken.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte führt zur Begründung aus, dass bei der Leistungsbewilligung die private Kranken- und Pflegeversicherung in Höhe des gemäß § 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB II geltenden Betrages berücksichtigt worden sei. Die Höhe des gewährten Zuschusses zur Kranken- und Pflegeversicherung sei richtig berechnet worden. Der Kläger könne grundsätzlich nicht gesetzlich pflichtversichert werden. Als Zuschuss kann nur der gesetzliche Beitrag übernommen werden. Eine Anspruchsgrundlage, den Differenzbetrag zwischen dem bewilligten Zuschuss und dem zu leistenden Krankenversicherungs- und Pflegeversicherungsbeitrag zu bewilligen, bestehe nicht. Ein Gestaltungs- und Ermessensspielraum stehe ihr nicht zu. § 32 Abs. 2 SGB XII sei für die Beklagte nicht anwendbar. Vielmehr solle der Kläger einen Antrag beim Amt für Soziale Sicherung und Integration der Landeshauptstadt Düsseldorf stellen. Zudem bestehe keine Eilbedürftigkeit, da dem Kläger auch bei Beitragsrückständen der volle Leistungsumfang zustehe. Denn seit dem 01.01.2009 darf auch bei Beitragsverzug die private Krankenversicherung nicht mehr gekündigt werden. Stattdessen ruhe der Versicherungsschutz mit der Folge, dass während der Ruhenszeit nur noch Anspruch auf Ersatz solcher Aufwendungen bestehe, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich seien, § 193 Abs. 6 Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Das Ruhen ende, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch werde.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird ergänzend auf den übrigen Inhalt der Gerichtsakte und der Verwaltungsakte der Beklagte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Klage hat Erfolg.

Die zulässige Klage ist begründet.

Der Bescheid der Beklagten vom 14.05.2009 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 15.10.2009 ist insoweit rechtswidrig, als die Beklagte nicht den vollen Kranken- und Pflegeversicherungsbeitrag des Klägers bewilligt hat.

Die Beklagte hat zu Unrecht den Zuschuss zur Kranken- und Pflegeversicherung für die Zeit vom 14.04. bis 30.04.2009 auf 71,77 Euro und 5,46 Euro und für die Zeit vom 01.05.2009 bis 30.09.2009 auf 126,66 Euro und 9,64 Euro festgesetzt. Die Beklagte hätte richtigerweise einen Zuschuss in Höhe von 145,38 Euro für den Monat April bzw. 209,12 Euro monatlich für den Zeitraum Mai bis September 2009 bewilligen müssen.

Zwar ist gemäß § 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB II in der Fassung ab dem 01.01.2009 i.V.m. § 12 Abs. 1 c Satz 5 und 6 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) der Zuschuss zur Kranken- und Pflegeversicherung in der Höhe auf den Betrag beschränkt, der auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen ist. Die Kammer ist jedoch der Auffassung, dass sich der Anspruch des Klägers in tasächlicher Höhe der Beiträge aus einer analogen Anwendung des § 26 Abs. 2 Nr. 2 Halbsatz 1 SGB II (i. d. F. des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes vom 26.3.2007, BGBl. I Seite 378 / GKV-WSG) ergibt. Nach dieser Vorschrift wird für Bezieher von Arbeitslosengeld II, die in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht versicherungspflichtig und nicht familienversichert sind und die für den Fall der Krankheit freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, für die Dauer des Leistungsbezugs der Beitrag übernommen.

Der Kläger war im streitigen Zeitraum weder versicherungspflichtig noch familienversichert.

Gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V sind Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II beziehen, grundsätzlich in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig. Hiervon ausgenommen sind allerdings diejenigen, die unmittelbar vor dem Bezug von Arbeitslosengeld II privat krankenversichert waren (§ 5 Abs. 5a Satz 1 SGB V i. d. F. des GKV-WSG); diese Personen sollen ab dem 1.1.2009 dem Kreis der Privatversicherten zugeordnet bleiben ( Just in: Becker/Kingreen , SGB V, § 5 Rdnr. 22; Baier in; SozKV, § 5 SGB V Rdnr. 20). Nur bei Personen, die bereits am 31.12.2008 nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V versicherungspflichtig waren, wird aus Gründen des Vertrauensschutzes die Pflichtversicherung für die Dauer der Hilfebedürftigkeit fortgesetzt (vgl. § 5 Abs. 5a Satz 2 SGB V i. d. F. des GKV-WSG).

Gemessen hieran war der Kläger nicht gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V versicherungspflichtig. Denn unmittelbar vor dem Bezug von Arbeitslosengeld II, der am 14.04.2009 begann, also erst nach dem 31.12.2008, war er bei der I Krankenversicherung a. G. privat krankenversichert.

Es bestehen auch keine Anhaltspunkte für eine Familienversicherung nach § 10 SGB V.

Der Kläger war zwar - entgegen dem Wortlaut des § 26 Abs. 2 Nr. 2 Halbsatz 1 SGB II - im streitigen Zeitraum nicht freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert, sondern privat krankenversichert; die Kammer hält die Regelung hier aber für analog anwendbar.

Die analoge Anwendung einer Vorschrift setzt zum einen eine planwidrige Regelungslücke voraus, zum anderen eine gleichartige Interessenlage. Der lückenhaft geregelte Sachverhalt muss dem geregelten so ähnlich sein, dass der Gesetzgeber ihn, hätte er die Regelungslücke erkannt, in gleicher Weise geregelt hätte (vgl. BSGE 83, 68, 71; 89, 199, 202 f.; 96, 257).

Diese Voraussetzungen sind hier erfüllt. Es liegt eine planwidrige Regelungslücke vor. Hierzu führt das Sozialgericht Karlsruhe in seiner Entscheidung vom 10.08.2009, Az. S 5 AS 2121/09, aus:

"Eine solche Lücke besteht in erster Linie, wenn das Gesetz - gemessen an der Regelungsabsicht des Gesetzgebers - unvollständig ist. Sie kann aber auch vorliegen, wenn das Gesetz zwar eine nach ihrem Wortlaut anwendbare Regelung enthält, diese aber nach ihrem Sinn und Zweck nicht passt oder sich in dem System, in dem sie enthalten ist, als Fremdkörper erweist. Solche Systemwidrigkeiten können z. B. nachträglich durch Gesetzesänderungen eintreten. Die dadurch entstehende Regelungslücke ist dann durch Übertragung einer für einen anderen Tatbestand vorgesehenen Rechtsfolge zu schließen (BSGE 82, 68, 71 f.).

Im vorliegenden Fall existiert zwar mit § 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB II (i. d. F. des GKV-WSK) eine nach ihrem Wortlaut einschlägige Regelung zur Übernahme von Beiträgen zu einer privaten Krankenversicherung; ihre wortgetreue Anwendung würde aber zu einer systemwidrigen Belastung des Klägers mit einem Teil seiner Beiträge führen:

Nach der gesetzlichen Konzeption des SGB II sollen Bezieher von Arbeitslosengeld II umfassenden Krankenversicherungsschutz genießen, ohne gegen ihren Willen mit Beiträgen belastet zu sein.

Bis zum 31.12.2008 waren Bezieher von Arbeitslosengeld II gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V generell in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert. Den pflichtversicherten Beziehern von Arbeitslosengeld II stehen die Leistungen nach dem SGB V in vollem Umfang zu, ohne dass sie selbst Krankenversicherungsbeiträge zahlen müssen (BSG, SozR 4-2500 § 62 Nr. 6 Rdnr. 53). Denn gemäß § 251 Abs. 4 SGB V trägt der Bund deren Beiträge. Bei der Übernahme der Beiträge handelt es sich um eine Annexleistung zu den Leistungen nach dem SGB II ( Knickrehm in: Eicher/Spellbrink , SGB II, 2. Aufl., § 26 Rdnr. 5).

Von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgenommen waren bis zum 31.12.2008 lediglich diejenigen Bezieher von Arbeitslosengeld II, die auf ihren Antrag hin, also mit ihrem ausdrücklichen Willen, von der Versicherungspflicht befreit waren (vgl. § 8 Abs. 1 Nr. 1a SGB V i. d. F. des Gesetzes vom 24.12.2003, BGBl I Seite 2954). Diese Personen erhielten gemäß § 26 Abs. 2 Satz 1 SGB II (i. d. F. des Gesetzes vom 21.3.2005, BGBl I Seite 818) vom zuständigen Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende einen Zuschuss zu den Beiträgen, die sie für eine private Krankenversicherung zahlten. Zwar war dieser Zuschuss auf die Höhe des Beitrags begrenzt, der ohne die Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung zu zahlen gewesen wäre (vgl. § 26 Abs. 2 Satz 2 SGB II i. d. F. des Gesetzes vom 21.3.2005, BGBl I Seite 818); er deckte also nicht zwingend den gesamten Beitrag für die private Krankenversicherung ab. Dies war aber im Ergebnis unproblematisch. Denn eine etwaige Differenz zwischen dem Zuschuss und dem Beitrag basierte stets auf der eigenen willentlichen Entscheidung des Hilfebedürftigen, sich von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung befreien zu lassen. Praktisch dürften von der Möglichkeit einer Befreiung nur diejenigen Bezieher von Arbeitslosengeld II Gebrauch gemacht haben, deren Beitrag für die private Krankenversicherung unter oder jedenfalls nur geringfügig über der Grenze des § 26 Abs. 2 Satz 2 SGB II lag.

Seit dem 1.1.2009 sind nun gemäß § 5 Abs. 5a Satz 1 SGB V bestimmte Bezieher von Arbeitslosengeld II von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen, unabhängig davon, ob dies ihrem Willen entspricht. Betroffen ist, wer unmittelbar vor dem Bezug von Arbeitslosengeld II privat krankenversichert war oder weder gesetzlich noch privat krankenversichert war und zu den in § 5 Abs. 5 SGB V oder den in § 6 Abs. 1 und 2 SGB V genannten Personen gehört oder bei Ausübung seiner beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätte. Nach der Begründung des Gesetzgebers handelt es sich bei dieser Regelung um eine Folgeänderung zur Neuordnung des Verhältnisses von gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen: da die privaten Krankenversicherungen künftig einen bezahlbaren Basistarif im Umfang des Leistungsangebots der gesetzlichen Krankenversicherung für Personen anbieten müssten, die privat krankenversichert sind oder sein können, erscheine es nicht länger erforderlich, diese Bezieher von Arbeitslosengeld II in die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung einzubeziehen (BT-Drucks. 16/3100 Seite 94 f. - zu § 5 SGB V). Der Gesetzesbegründung ist indes kein Hinweis darauf zu entnehmen, der Gesetzgeber habe - abweichend von der bis zum 31.12.2008 geltenden Rechtslage - privat krankenversicherte Bezieher von Arbeitslosengeld II nun gegen ihren Willen mit einem Teil der Krankenversicherungsbeiträge belasten wollen. Vielmehr sollte sichergestellt bleiben, dass die Betroffenen finanziell nicht überfordert werden (BT-Drucks. 16/3100 Seite 207- zu § 12 VAG). Dies erschien dem Gesetzgeber offenbar in der Annahme der "Bezahlbarkeit des Basistarifs" (BT-Drucks., a. a. O.,) gewährleistet. Der in § 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB II neu geregelten Verweisung auf § 12 Abs. 1c Satz 5 und 6 VAG maß der Gesetzgeber anscheinend keine materiell-begrenzende, sondern nur eine formal-technische Bedeutung bei. Denn er rechtfertigt sie allein mit "Gründen der Rechtsklarheit und Anwenderfreundlichkeit" (BT-Drucks. 16/4247 Seite 60 - zu § 26 SGB II).

Vor diesem Hintergrund entspricht es weiterhin der Regelungsabsicht des Gesetzgebers, für Bezieher von Arbeitslosegeld II umfassenden Krankenversicherungsschutz zu gewährleisten, ohne sie gegen ihren Willen mit Beiträgen zu belasten."

Dieser Auffassung schließt sich die Kammer an und macht sie sich nach Prüfung zu eigen.

Entgegen anders lautender Auffassungen (vgl. LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss vom 03.12.2009, Az. L 15 AS 1048/09 B ER; SG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 27.11.2009, Az.: S 37 AS 31127/09; Brünner, in: LPK-SGB II, 3. Auflage, 2009, § 26 Rn. 23) hält die Kammer eine planwidrige Regelungslücke für gegeben. Soweit diese Ansichten im Wesentlichen darauf abstellen, dass aus den Gesetzesmaterialien ersichtlich sei, dass dem Gesetzgeber bei Erlass des Gesetzes diese Problematik tatsächlich bewusst war, kann dem nicht gefolgt werden.

Die aufgeführten Materialien, etwa ein Schreiben des BMAS vom 04.08.2008 (erwähnt im Beschluss des LSG NRW vom 16.10.2009, Az. L 20 B 56/09 SO ER) oder ein BT-Plenarprotokoll der 230. Sitzung vom 02.07.2009 zu Tagesordnungspunkt 45, 25925, stammen diese sämtlich aus der Zeit nach Erlass des Gesetzes im Jahr 2007. Dass der Gesetzgeber nach Erlass des Gesetzes über diese Problematik diskutiert und keine Einigung gefunden hat, lässt jedoch nicht den Schluss zu, dass dieses Problem dem Gesetzgeber bereits bei Erlass bewußt war.

Dies ist der Gesetzesbegründung zu entnehmen. Der Gesetzgeber hat zum einen den Versicherungsschutz in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht mehr für notwendig gehalten, jedoch zum anderen durch die Neuregelung des Zuschusses eine Bedarfsunterdeckung verursacht. In der Bundestagsdrucksache 16/4247 Seite 60 wird ausgeführt, dass der neue Absatz 2 des § 26 SGB II die Krankenversicherung für Bezieher von Arbeitslosengeld II das Sozialgeld betreffe, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind. Soweit diese Personen für den Fall der Krankheit bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert seien, enthalte § 12 Abs. 1c Satz 5 und 6 VAG die Verpflichtung des Trägers nach dem Zweiten Buch, sich an den Aufwendungen im dort geregelten Umfang zu beteiligen. Aus Gründen der Rechtsklarheit und Anwenderfreundlichkeit verweise Nr. 1 auf diese Regelung. Aus der Gesetzesbegründung der Neuregelungen des § 12 Abs. 1c VAG geht bezüglich der Sätze 5 und 6 lediglich hervor, dass Satz 6 klarstellen solle, dass die Halbierung des Beitrags im Basistarif bei Entstehen oder Vorliegen von Hilfebedürftigkeit greife. Es bleibe bei der vorgesehenen Beteiligung der Grundsicherungsträger und der vorgesehenen Begrenzung möglicher finanzieller Belastungen der Versicherungsunternehmen in diesen Fällen (vgl. Bundestagsdrucksache 16/4247 Seite 69). Der Gesetzesbegründung ist mit keinem Wort zu entnehmen, dass dem Gesetzgeber die Folgen des Ausschlusses der Privatversicherten aus der gesetzlichen Krankenversicherung durch den Arbeitslosengeld II-Bezug und die Neuregelung des § 26 Abs. 2 SGB II mit der Beschränkung des Zuschusses auf den Beitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung vor Augen stand. Nach Auswertung der Gesetzesmaterialien ist vielmehr anzunehmen, dass die Bedarfsunterdeckung im Falle einer privaten Kranken- und Pflegeversicherung gesetzgeberisch nicht willentlich in Kauf genommen wurde und daher ein gesetzgeberisches Versehen darstellt. Im Ergebnis ist die Regelung in dieser Gestalt verfassungsrechtlich bedenklich, da zum verfassungsrechtlich geschützten Anspruch auf Sicherung des Existenzminimums auch ein ausreichender Schutz für den Fall der Krankheit und Pflege gehört (a.A. SG Berlin-Brandenburg a.a.O.)

Für diese Sichtweise spricht auch der Zweck und die systematische Stellung des § 12 VAG. Das VAG regelt die staatliche Aufsicht über private Versicherungsunternehmen. Es regelt insbesondere die Gründung, Rechtsnatur, Kapitalausstattung der Versicherungsunternehmen und die Befugnisse der Aufsichtsbehörde. In § 12 VAG wird den Versicherungsunternehmen das Recht zum Angebot einer substitutiven Krankenversicherung eingeräumt, dessen nähere Ausgestaltung im VVG geregelt ist. Im Rahmen der substitutiven Krankenversicherung besteht nunmehr die Verpflichtung der Versicherungsunternehmen zum Angebot von Basistarifen. § 12 VAG regelt somit das Verhältnis zwischen privater Krankenversicherung und (potentiellen) Versicherungsnehmern. Normzweck des VAG ist es nicht, das Rechtsverhältnis zwischen Beziehern von Sozialleistungen und den Sozialleistungsbehörden zu regeln. Dies ist Aufgabe des SGB II bzw. SGB XII (vgl. SG Freiburg, Beschluss vom 11.05.2009, Az.: S 12 SO 1917/09 ER sowie den nachfolgenden Beschluss des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 30.06.2009, Az.: L 2 SO 2529/09 ER B). Diese Argumentation trifft nach Auffassung der Kammer nicht nur für den Bereich der Sozialhilfe zu, wo die Regelungen des SGB XII keine direkte Anknüpfung an § 12 Abs. 1c Satz 5 und 6 VAG vorsehen, sondern ist auch im Rahmen der Anwendung des § 26 Abs. 2 SGB II in Verbindung mit § 12 Abs. 1c VAG zu beachten. So geht aus der Gesetzesbegründung hervor, dass der Verweis auf § 12 VAG lediglich der Anwenderfreundlichkeit und Rechtsklarheit dienen soll. Eine Aufklärung des Wertungswiderspruchs, dass einerseits mit der Einführung des Basistarifs ein Versicherungsbedarf geschaffen wird, um der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht Rechnung zu tragen, aber andererseits dessen Kosten vom Grundsicherungsträger nicht übernommen werden (vgl. SG Freiburg a.a.O.) folgt hieraus nicht.

Dem Kläger steht auch kein Anspruch aus § 32 Abs. 5 Satz 1 SGB XII oder § 73 SGB XII zu. Eine Deckung der fehlenden Beiträge über § 32 Abs. 5 SGB XII scheitert daran, dass diese Vorschrift gemäß § 5 Abs. 2 Satz 1 SGB II für Bezieher von Arbeitslosengeld II nicht anwendbar ist. Auch § 73 SGB XII ist nicht einschlägig, da dessen Tatbestandsvoraussetzungen nicht erfüllt sind. Eine besondere atypische Bedarfslage liegt nicht vor, da diese bereits durch eine andere - zwar nicht anwendbare - Vorschrift des SGB XII, nämlich § 32 Abs. 5 SGB XII, erfasst ist.

Ferner stand dem Kläger auch keine zumutbare Möglichkeit zur Verfügung, die Lücke zwischen der Höhe seines Versicherungsbeitrages und des Zuschusses der Beklagten selbst zu schließen. Zwar war der Kläger nicht in den Basistarif gewechselt. Der vom Kläger gewählte Kranken- und Pflegeversicherungstarif ist mit 209,12 Euro (Kranken- und Pflegeversicherung in Höhe von Euro abzüglich dem Tarifbestandteil OLGA in Höhe von 11,20 Euro) günstiger als der um die Hälfte ermäßigte Basistarif (547,58 Euro hiervon die Hälfte 273,79 Euro) zuzüglich des Pflegeversicherungsbeitrags in Höhe von 19,27 Euro, insgesamt 293,06 Euro. Hierbei bleibt der Selbstbehalt des Klägers in Höhe von 1.100,00 Euro außen vor. Für den Fall, dass es zu einem Selbstbehalt kommt, handelt es sich um einen eigenen Streitgegenstand, für den ein eigenes Verwaltungsverfahren durchzuführen ist. Ansonsten handelt es sich um eine Leistung auf Vorrat, die bei fehlender ärztlicher Behandlung nicht anfällt (vgl. Bayerisches Landessozialgericht, Beschluss vom 29.01.2010, Az.: L 16 AS 27/10 B ER).

Schließlich konnte der Kläger, den ungedeckten Teil seines Beitrages zur Versicherung nicht nach § 11 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3a SGB II vom Einkommen absetzen. Denn im streitigen Zeitraum verfügte der Kläger über kein Einkommen.

Der monatliche Krankenversicherungsbeitrag des Klägers betrug im Zeitraum ab Mai 2009 189,85 Euro. Der Beitrag der Pflegeversicherung betrug 19,27 Euro. Ausgehend von der Verpflichtung der Beklagten, diese Beiträge in vollem Umfang zu übernehmen, konnte der Kläger somit (neben seiner Regelleistung) für die Zeit vom 01.05. bis 30.09.2009 monatlich 209,12 Euro beanspruchen. Für die Zeit vom 14. bis 30.04.2009 betrug der Krankenversicherungsbeitrag des Klägers 253,31 Euro. Sein Anspruch belief sich damit einschließlich Pflegeversicherung anteilig auf 145,38 Euro (16/30 von 272,58 Euro).

Bewilligt hat die Beklagte demgegenüber (neben der Regelleistung) für die Zeit vom 01.05. bis 30.09.2009 nur monatlich 126,66 Euro Krankenversicherung und 9,64 Euro Pflegeversicherung und für die Zeit vom 14. bis 30.04.2009 nur 71,77 Euro und 5,46 Euro. Hieraus folgt ein restlicher Anspruch des Klägers für die Zeit vom 01.05. bis 30.09.2009 in Höhe von monatlich 72,82 Euro und für die Zeit vom 14. bis 30.04.2009 in Höhe von 68,15 Euro.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Abs. 1 Satz 1 SGG.

Die Berufung wird gemäß § 144 Abs. 2 Nr 1 SGG zugelassen, da die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung hat. Zwar ist der

Berufungsstreitwert gemäß § 144 Abs. 1 Nr. 1 SGG in Höhe von 750,00 Euro nicht erreicht. Die Frage der Übernahmefähigkeit der Kosten für die private Kranken- und Pflegeversicherung ist in der Rechtsprechung bisher jedoch nicht eindeutig geklärt. Insbesondere sind obergerichtliche Entscheidung im Rahmen von Hauptsacheverfahren nicht erkennbar.
Rechtskraft
Aus
Login
NRW
Saved
2010-04-28