

S 1 SO 3118/09

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

SG Karlsruhe (BWB)

Sachgebiet

Sozialhilfe

Abteilung

1

1. Instanz

SG Karlsruhe (BWB)

Aktenzeichen

S 1 SO 3118/09

Datum

29.10.2009

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

-

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Ein Bezieher von Sozialhilfeleistungen, der nicht der Versicherungsspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung unterliegt, sondern im sogenannten Basistarif bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert ist und dort auch eine private Pflegeversicherung abgeschlossen hat, hat gegenüber dem Sozialhilfeträger Anspruch auf Übernahme der gesamten tatsächlich anfallenden Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge, wenn er diese mangels ausreichender Einkünfte nicht selbst tragen und der Beitrag bereits nach [§ 12 Abs. 1 c Satz 4 VAG](#) um die Hälfte gemindert ist. Sein Anspruch ist dann nicht auf den Betrag begrenzt, den der Hilfeträger für Bezieher von Arbeitslosengeld II zu tragen hätte.

Der Bescheid vom 13. Februar 2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23. Juni 2009 wird abgeändert. Die Beklagte wird verurteilt, der Klägerin für die Zeit vom 01. März 2009 bis zum 30. Juni 2009 Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung in Höhe von monatlich 463,89 EUR, abzüglich bereits erbrachter Leistungen, zu zahlen. Die Beklagte erstattet der Klägerin deren außergerichtliche Kosten des Rechtsstreits. Die Sprungrevision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um höhere Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach den Bestimmungen des Vierten Kapitels des Sozialgesetzbuches - Sozialhilfe (SGB XII). Streitig ist dabei allein die Höhe der von der Beklagten bei der Bedarfsberechnung berücksichtigten Aufwendungen der Klägerin für ihre private Kranken- und Pflegeversicherung ab dem 01.03.2009.

Die am 27.05.1937 geborene Klägerin bezog von der Beklagten ab dem 01.01.2003 Leistungen zur Sicherung ihres Lebensunterhalts nach dem Gesetz über die bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung. Seit dem 01.01.2005 erhält sie von dort entsprechende Leistungen nach dem Vierten Kapitel SGB XII. Sie ist seit dem 01.01.2007 bei der Xxx Krankenversicherung a. G., Xxx, (Xxx) privat pflege- und seit dem 01.07.2007 auch privat krankenversichert, zuletzt im sogenannten modifizierten Standardtarif. Mit Wirkung zum 01.01.2009 überführte die Xxx den Vertrag aus dem modifizierten Standardtarif in den Basistarif und setzte mit Wirkung zum selben Zeitpunkt die monatlichen Beiträge für die Klägerin auf 284,82 EUR für den Versicherungsschutz in der Krankenversicherung und auf monatlich 33,16 EUR für die häusliche und stationäre Pflege fest (vgl. Versicherungsschein vom 10.12.2008). Diese Aufwendungen berücksichtigte die Beklagte bei der Bedarfsberechnung für die Monate Januar und Februar 2009 in voller Höhe. Dementsprechend kamen die Grundsicherungsleistungen ab dem 01.01.2009 mit monatlich 431,39 EUR und ab dem 01.02.2009 mit monatlich 489,89 EUR zur Auszahlung (Bescheide vom 15.01. und vom 26.01.2009).

Durch Bescheid vom 13.02.2009 stellte die Beklagte die Hilfeleistung für die Zeit ab 01.03.2009 auf monatlich 256,85 EUR neu fest. Bei der Bedarfsberechnung berücksichtigte sie als notwendige Aufwendungen für die private Krankenversicherung der Klägerin lediglich noch 118,31 EUR und Pflegeversicherung weitere 17,54 EUR. Hierzu hatte sie dem Betreuer der Klägerin (Betreuungsausweis des Amtsgerichts - Vormundschaftsgericht Ettlingen vom 06.05.2008 - XVII 180/06 -) in einem Schreiben vom 11.02.2009 mitgeteilt, sie könne ab dem 01.03.2009 bei der Berechnung des Grundsicherungsbedarfes wegen einer Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) allein die Aufwendungen für die Kranken- und Pflegeversicherung berücksichtigen, die auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II zu tragen seien. Diese Aufwendungen beliefen sich derzeit für die Krankenversicherung auf monatlich 118,31 EUR und für die Pflegeversicherung auf monatlich 17,54 EUR. Grund für diese Änderung sei die Möglichkeit der Umstellung vom modifizierten Standardtarif auf einen branchenweiten einheitlichen Basistarif. Die Klägerin habe die Möglichkeit, durch einen Tarifwechsel die Kosten für ihre Krankenversicherung zu verringern. Zugleich forderte die Beklagte den Betreuer der Klägerin auf, diesen Wechsel bei der Krankenversicherung zu beantragen.

Zur Begründung ihres dagegen erhobenen Widerspruchs trug die Klägerin im Wesentlichen vor, die Xxx habe eine weitere Beitragssenkung über die bereits bestehende Halbierung des Beitragssatzes im Basistarif hinaus abgelehnt. Hierzu legte sie das Schreiben der Xxx vom 18.02.2009 vor. Das Landratsamt Xxx gab dem Widerspruch insoweit statt, als es bei der Berechnung der Leistungen der Grundsicherung ab dem 01.03.2009 monatliche Beiträge zur privaten Krankenversicherung in Höhe von 129,54 EUR und zur Pflegeversicherung in Höhe von 17,79 EUR berücksichtigte. Im Übrigen wies er den Widerspruch zurück: Die Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung umfassten u. a. die Übernahme privater Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge, soweit diese angemessen seien. Die Angemessenheit orientiere sich an den Leistungen der gesetzlichen Versicherungen. Der zum 01.01.2009 eingeführte Basistarif in der Krankenversicherung mit einem Beitrag in Höhe von 569,63 EUR gelte als angemessen. Dieser Beitrag reduziere sich um die Hälfte auf 284,82 EUR, wenn allein durch die Zahlung des gesamten Beitrags eine grundsicherungsrechtliche Hilfebedürftigkeit entstehe. Bestehe jedoch, wie im Fall der Klägerin, hiervon unabhängig Hilfebedürftigkeit, reduziere sich der Beitrag für die Krankenversicherung auf monatlich 129,54 EUR und für die Pflegeversicherung auf 17,79 EUR. Allein in dieser Höhe seien die Beiträge angemessen. Die Absicherung der hierdurch auftretenden monatlichen Deckungslücke habe der Gesetzgeber nicht geregelt. Eine Kostenübernahme durch den Sozialhilfeträger sei mit Blick auf den Wortlaut von [§ 12 Abs. 1](#) c Satz 6, 2. Halbsatz VAG nicht möglich. Das Risiko der fehlenden Zahlung des Differenzbetrages dürfe deshalb das private Versicherungsunternehmen tragen müssen. Die Klägerin müsse auch nicht mit dem Verlust ihres Versicherungsschutzes rechnen, weil das Versicherungsunternehmen weder zum Leistungsausschluss noch zur Kündigung des Versicherungsverhältnisses berechtigt sei; vielmehr müsse das Versicherungsunternehmen seine Leistungen weiter erbringen (Widerspruchsbescheid vom 23.06.2009).

Deswegen erhob die Klägerin am 20.07.2009 Klage zum Sozialgericht Karlsruhe. Zur Begründung trägt sie im Wesentlichen vor, die Xxx habe nochmals eine weitere Beitragssenkung abgelehnt und angekündigt, wegen der bereits eingetretenen Beitragsrückstände rechtliche Schritte gegen sie einzuleiten. Gerichtlich sei bislang nicht geklärt, ob die Auffassung der Beklagten oder der Xxx zutrefte. Dieses Ergebnis sei für sie als Leistungsempfängerin nicht hinnehmbar. Auch verfüge sie nicht über die notwendigen finanziellen Mittel, Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge über den von der Beklagten anerkannten grundsicherungsrechtlichen Bedarf hinaus zu zahlen. Ihr drohten deshalb erhebliche Nachteile infolge von Beitragsrückständen. Überdies könne die Beklagte nicht eine offenbar unklare Rechtslage kategorisch auf den Versicherer oder gar sie - die Klägerin - abwälzen. Zur Stützung ihres Begehrens legt sie Klägerin Schreiben der Xxx vom 02.03.2009 und vom 13.07.2009 vor.

Im Verlauf des Klageverfahrens hat die Beklagte die Hilfeleistung ab dem 01.07.2009 auf monatlich 470,89 EUR und ab dem 01.08.2009 auf monatlich 463,51 EUR festgesetzt; bei der Bedarfsberechnung hat sie als Aufwendungen für die Kranken- und Pflegeversicherung wieder Beiträge von monatlich 284,82 EUR und 33,16 EUR berücksichtigt (Bescheid vom 26.06.2009).

Die Klägerin beantragt,

den Bescheid vom 13. Februar 2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23. Juni 2009 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, ihr für die Zeit vom 01. März 2009 bis zum 30. Juni 2009 Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung in Höhe von monatlich 463,89 EUR, abzüglich bereits gezahlter Leistungen, zu erbringen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen, hilfsweise die Sprungrevision zuzulassen.

Sie erachtet die angefochtenen Bescheide für zutreffend. Die Regelungen des VAG stünden gleichrangig neben den Regelungen des SGB XII. Deshalb sei beim Sozialhilfebezug eine Reduzierung der Beiträge der privaten Krankenversicherung auf die Höhe der Beiträge eines Arbeitslosengeld-II-Bezuges in der gesetzlichen Krankenversicherung zulässig. Allein in dieser Höhe seien Beiträge angemessen im Sinne des SGB XII. Hierzu verweist die Beklagte auf Entscheidungen der Sozialgerichte Ulm und Mannheim sowie des Landessozialgerichts (LSG) Baden-Württemberg.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der vorliegenden Verwaltungsakte der Beklagten sowie den der Prozessakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist zulässig und begründet. Die angefochtenen Bescheide sind rechtswidrig ([§ 54 Abs. 2 Satz 1](#) des Sozialgerichtsgesetzes - SGG -) und verletzen die Klägerin in ihren Rechten. Die Klägerin hat über den 28.02.2009 hinaus bis zum 30.06.2009 Anspruch auf Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung in Höhe von monatlich 463,89 EUR unter Berücksichtigung von Aufwendungen für ihre private Kranken- und Pflegeversicherung von monatlich 284,82 EUR und weiteren 33,16 EUR.

Gegenstand des vorliegenden Rechtsstreits ist neben dem Bescheid vom 13.02.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23.06.2009 gemäß [§ 96 Abs. 1 SGG](#) (vgl. insoweit [BSGE 47, 28, 30f.](#); [BSG SozR 3-4100 § 157 Nr. 1](#) und vom 12.05.1993 - [7 RAR 56/92](#) -, Randnr. 13 (juris)) zwar auch der Bescheid vom 26.06.2009. Denn durch diesen hat die Beklagte die vorgenannten Bescheide für die Zeit ab dem 01.07.2009 abgeändert und die Grundsicherungsleistungen neu festgesetzt. Die Klägerin hat diesen Bescheid jedoch zu Recht nicht angegriffen, weil sie hierdurch nicht beschwert ist, nachdem die Beklagte bei der Bedarfsberechnung ab dem 01.07.2009 erneut und entgegen ihrer im Klageverfahren weiter vertretenen Rechtsmeinung Aufwendungen der Klägerin für die Kranken- und Pflegeversicherung in tatsächlicher Höhe (284,82 EUR und 33,16 EUR) berücksichtigt hat.

Die angefochtenen Bescheide sind nicht schon deshalb rechtswidrig, weil die Beklagte die Klägerin vor Erlass des Bescheides vom 13.02.2009 nicht - wie erforderlich [§ 24 Abs. 1](#) des Sozialgesetzbuches - Verwaltungsverfahren - (SGB X) - angehört hat. Deren Schreiben vom 11.02.2009 stellt eine solche ordnungsgemäße Anhörung nicht dar, weil die Beklagte ihr keine Gelegenheit zur Stellungnahme eingeräumt hatte. Dieser formelle Fehler ist jedoch durch das nachfolgende Widerspruchsverfahren geheilt worden ([§ 41 Abs. 1 Nr. 3, Abs. 2 SGB X](#)), denn in dem Widerspruchsverfahren hatte die Klägerin Gelegenheit, sich zu allen für die Beklagte maßgebenden Tatsachen zu äußern (vgl. u. a. [BSG SozR 3-4100 § 117 Nr. 11](#); [SozR 3-1300 § 24 Nr. 4](#) und Breithaupt 2003, 154 ff; vgl. für den Fall einer bewussten

Unterlassung der rechtzeitigen Anhörung BSG, Breithaupt 2009, 389 ff).

Die Bescheide sind jedoch in der Sache zu beanstanden.

Dass die Klägerin zum anspruchsberechtigten Personenkreis im Sinne des Vierten Kapitels SGB XII gehört, ist zwischen den Beteiligten nicht umstritten. Die Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung umfassen nach [§ 42 Satz 1 Nr. 4](#) in Verbindung mit [§ 32 SGB XII](#) u. a. die Übernahme von Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen. Nach [§ 32 Abs. 5 Satz 1 SGB XII](#) werden im Fall des Bestehens einer Krankenversicherung bei einem Versicherungsunternehmen - wie im Fall der Klägerin - die Aufwendungen übernommen, soweit sie angemessen und die Voraussetzungen des [§ 19 Abs. 1 SGB XII](#) erfüllt sind, mithin die Klägerin diese Aufwendungen nicht aus eigenem Einkommen oder Vermögen bestreiten kann. Soweit Aufwendungen für die Krankenversicherung übernommen werden, werden auch die Aufwendungen für eine Pflegeversicherung übernommen ([§ 42 Satz 1 Nr. 4](#) i. V. m. [§ 32 Abs. 5 Satz 4 SGB XII](#)).

Soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die beim Erlass eines Verwaltungsaktes mit Dauerwirkung vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eintritt, ist der Verwaltungsakt mit Wirkung für die Zukunft aufzuheben (§ 48 Abs. 1 Satz 1 des Sozialgesetzbuches - Verwaltungsverfahren - (SGB X)).

Hier liegen die Voraussetzungen für die von der Beklagten für die Zeit ab dem 01.03.2009 bis zum 30.06.2009 vorgenommene Neufestsetzung der Höhe der Grundsicherungsleistungen in Bezug auf die von der Klägerin zu tragenden Beiträge zu ihrer privaten Kranken- und Pflegeversicherung bei der Xxx nicht vor. Denn die Klägerin hat über den 28.02.2009 hinaus aus [§ 42 Satz 1 Nr. 4](#) i. V. m. [§ 32 Abs. 5](#) Sätze 1 und [4 SGB XII](#) einen Anspruch auf Berücksichtigung dieser Beiträge in Höhe von (weiterhin) monatlich insgesamt 317,98 EUR (= 284,82 EUR für die private Krankenversicherung und weitere 33,16 EUR für ihre private Pflegeversicherung), weil allein diese Beiträge "angemessen" im Sinne des [§ 32 Abs. 5 SGB XII](#) sind.

Entgegen der Auffassung der Beklagten lässt sich der unbestimmte Rechtsbegriff der Angemessenheit in [§ 32 Abs. 5 Satz 1 SGB XII](#) nicht unter Rückgriff auf die in [§ 12 Abs. 1](#) c Satz 6, 2. Halbsatz VAG in der ab dem 01.01.2009 gültigen Fassung des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) vom 26.03.2007 ([BGBl. I Seite 378](#)) getroffene Regelung bestimmen. Insbesondere sind danach für Bezieher von Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt bzw. der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Dritten und Vierten Kapitel SGB XII die Beitragsaufwendungen, wie sie für Bezieher von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung zu tragen sind, nämlich in Höhe des ermäßigten Beitragssatzes in der gesetzlichen Krankenversicherung (§§ 243, 246 des Sozialgesetzbuches - Gesetzliche Krankenversicherung - (SGB V)) von 129,54 EUR und in der gesetzlichen Pflegeversicherung (§§ 55 Abs. 1 Satz 1, 57 Abs. 1 Satz 2 des Sozialgesetzbuches - Gesetzliche Pflegeversicherung - (SGB XI) in der Fassung des Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung vom 28.05.2008 ([BGBl. I Seite 874](#))) von 17,79 EUR, nicht angemessen, weil dies der gesetzgeberischen Intension widerspricht und zu unauflösbaren Wertungswidersprüchen führen würde (vgl. hierzu auch LSG Baden-Württemberg vom 30.06.2009 - [L 2 SO 2529/09 ER-B](#) -, vom 08.07.2009 - [L 7 SO 2453/09 ER-B](#) - und vom 16.09.2009 - [L 3 AS 3934/09 ER-B](#) - (jeweils veröffentlicht in juris)):

[§ 32 Abs. 5 SGB XII](#) ist vor dem Hintergrund zu sehen, dass durch das GKV-WSG seit dem 01.01.2009 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 Personenkreise einen dauerhaften und ausreichenden Versicherungsschutz gegen das Risiko der Krankheit auch in sozialen Bedarfssituationen sicherzustellen. Hierzu wurden zahlreiche Vorschriften des SGB V, des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) und des VAG sowie der Kalkulationsverordnung geändert (vgl. hierzu Bundesverfassungsgericht (BVerfG) vom 10.06.2009 - [1 BvR 706/08](#), [1 BvR 814/08](#), [1 BvR 819/08](#), [1 BvR 832/08](#) und [1 BvR 837/08](#) - = [NJW 2009, 2033](#) ff.). 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](#)). Jede Kündigung einer Krankheitskostenversicherung, mit der die Pflichten nach [§ 193 Abs. 3 Satz 1 VVG](#) (also zum Abschluss einer substitutiven Krankheitskostenversicherung) erfüllt sind, durch den Versicherer ist ausgeschlossen. Selbst bei Prämienrückstand besteht für diesen ein absolutes Kündigungsverbot ([§ 206 Abs. 1 Satz 1 VVG](#)). Für diesen Fall tritt unter den in [§ 193 Abs. 6 VVG](#) näher bezeichneten Voraussetzungen das Ruhen des Leistungsanspruchs ein. Das Ruhen endet, wenn die rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenden Beitragsanteile gezahlt sind oder wenn der Versicherungsnehmer hilfebedürftig im Sinne des SGB XII oder des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch wird. 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). Sind die rückständigen Beitragsanteile, Säumniszuschläge und Beitreibungskosten nicht innerhalb eines Jahres nach Beginn des Ruhens vollständig bezahlt, wird die Versicherung im Basistarif fortgesetzt. [§ 12 Abs. 1 a VAG](#) verpflichtet die Versicherungsunternehmen zum Angebot eines branchenweit einheitlichen Basistarifs, dessen Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe der gesetzlichen Krankenversicherung jeweils vergleichbar sind. Der Beitrag für den Basistarif darf den Höchstbetrag der gesetzlichen Krankenversicherung nicht überschreiten ([§ 12 Abs. 1 c Satz 1 VAG](#)). Für die private Pflegeversicherung enthalten die [§§ 23 Abs. 1](#) und [3](#) und [110 Abs. 2 bis 4 SGB XI](#) vergleichbare Regelungen.

Sozialhilfeempfänger betreffende Regelungen sind dabei in [§ 12 Abs. 1](#) c Sätze 4 bis [6 VAG](#) enthalten. Danach gilt: Entsteht allein durch die Zahlung des Beitrags Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB XII, vermindert sich der Beitrag für die Dauer der Hilfebedürftigkeit auf die Hälfte ([§ 12 Abs. 1 c Satz 4 VAG](#)). Besteht auch bei einem verminderten Beitrag Hilfebedürftigkeit, beteiligt sich der zuständige Träger auf Antrag des Versicherten im erforderlichen Umfang, soweit dadurch Hilfebedürftigkeit vermieden wird ([§ 12 Abs. 1 c Satz 5 VAG](#)). Besteht - wie im Fall der Klägerin - 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 zahlen ist ([§ 12 Abs. 1 c Satz 6 VAG](#)). Für die private Pflegeversicherung folgt dies aus [§ 110 Abs. 2](#) Sätze 4 und [5 SGB XI](#).

Die Xxx stellt der Klägerin seit dem 01.01.2009 den um die Hälfte reduzierten Basistarif in Höhe von 284,82 EUR für die Krankenversicherung und für die Pflegeversicherung Beiträge gemäß [§ 110 Abs. 2 Satz 3 SGB XI](#) in Höhe von 33,16 EUR in Rechnung, wie sich aus deren Versicherungsschein vom 10.12.2008 zur Überzeugung der Kammer ergibt. Eine weitere Beitragsreduzierung lehnt der Versicherer ausdrücklich ab, wie sich aus dessen an den Ehemann der Klägerin gerichteten Schreiben vom 18.02.2009 und seines weiteren, an den Betreuer der Klägerin gerichteten Schreibens vom 02.03.2009 ergibt; außerdem besteht die Xxx auf der Zahlung des kompletten

Beitrages und droht bereits rechtliche Schritte wegen der Beitragsrückstände an, wie sie in ihrem weiteren Schreiben vom 13.07.2009 dargelegt hat.

Die Klägerin ist auch nicht verpflichtet, die Differenz zwischen der Höhe ihrer tatsächlichen Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge und den von der Beklagten als Bedarf berücksichtigten Beiträgen aus der ihr bewilligten Grundsicherung auszugleichen. Das Verhältnis von [§ 32 Abs. 5 SGB XII](#) zu [§ 12 Abs. 1 c Satz 6, 2. Halbsatz VAG](#) hat der Gesetzgeber nicht geklärt. Insbesondere hat er sich nicht dazu verhalten, wie der Hilfebedürftige die sich aus dem Verhalten der Sozialhilfeträger - hier konkret: der Beklagten - ergebende Finanzierungslücke in Höhe von hier monatlich immerhin 170,65 EUR schließen soll. Nach dem Wortlaut des [§ 12 Abs. 1 c Satz 6 VAG](#) hätte die Klägerin den Differenzbetrag selbst zu tragen. Als Leistungsbezieherin nach dem SGB XII könnte sie diese Finanzierungslücke allein aus dem Regelsatz bestreiten. In diesem sind zwar auch Aufwendungen des Hilfeempfängers für die Gesundheitspflege enthalten; dies allerdings nur in einem sehr beschränkten Umfang: Der Regelleistung zugerechnet werden im Wesentlichen die Aufwendungen, die ein gesetzlich Versicherter nach dem SGB V selbst tragen muss, also z.B. die Kosten für Praxisgebühr, Zuzahlungen zu Medikamenten und Verbandmitteln, nicht verschreibungspflichtige Medikamente sowie Fahrtkostenanteile (vgl. [BT-Drucks. 15/1516, Seite 56](#); Däubler, NZS 2005, 225, 229, Schwabe, ZfF 2007, 25, 28f. sowie Däubler in Mergler/Zink, Handbuch der Grundsicherung und Sozialhilfe, Stand September 2008, § 27, Randnr. 5 und § 28, Randnr. 15). In dem Regelsatz sind jedoch Leistungen für einen privaten Kranken- und Pflegeversicherungsschutz nicht enthalten (vgl. den tabellarischen Überblick des Gesetzgebers über den zu sichernden Bedarf in [BT-Drucks. 15/1516, Seite 55](#); siehe hierzu auch LSG Baden-Württemberg vom 16.09.2009 - [L 3 AS 3934/09 ER-B](#) - (juris)). Die Auffassung der Beklagten führte mithin dazu, der Klägerin finanzielle Mittel zur Sicherung ihres notwendigen Lebensbedarfs, insbesondere für Ernährung, Kleidung, Körperpflege, Hausrat und persönliche Bedürfnisse des täglichen Lebens einschließlich derjenigen für Beziehungen zur Umwelt und einer Teilnahme am kulturellen Leben ([§ 27 Abs. 1](#) Sätze 1 und [2 SGB XII](#)), zu entziehen. Hierdurch wäre das soziokulturelle Existenzminimum der Klägerin, auf das sie einen verfassungsrechtlichen Anspruch hat ([Art. 20 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 Abs. 1](#) des Grundgesetzes (GG)), nicht mehr gesichert. Wesentliches Element des Sozialstaatsprinzips ist die Fürsorge für Hilfsbedürftige, d.h. für Personen, die aufgrund ihrer persönlichen Lebensumstände oder gesellschaftlichen Benachteiligung an ihrer persönlichen oder sozialen Entfaltung gehindert sind (vgl. [BVerfGE 100, 271, 284](#)). Der Grund hierfür kann in einer finanziellen Notlage liegen (vgl. [BVerfGE 44, 353, 375](#)). Die Hilfe des Staates muss die Mindestvoraussetzungen für ein menschenwürdiges Dasein sicherstellen (vgl. [BVerfGE 40, 121, 133](#) und [82, 60, 80](#)). Darüber hinaus beinhaltet der Sozialstaat auch die Schaffung sozialer Sicherungssysteme gegen die Wechselfälle des Lebens (vgl. [BVerfGE 28, 324, 348ff](#); [45, 376, 387](#) und [68, 193, 209](#)) wie die Krankenversicherung (vgl. [BVerfGE 68, 193, 209](#)) und die Pflegeversicherung (vgl. [BVerfGE 103, 197, 221](#)). Aus diesen Vorgaben folgt, dass die Pflicht zur Sicherung des Existenzminimums auch die Pflicht zur Fürsorge für den Fall von Krankheit im Umfang einer die grundlegenden Bedürfnisse abdeckenden Minimalversorgung beinhaltet. Auch wenn aus dem Sozialstaatsprinzip kein Gebot zu entnehmen ist, soziale Leistungen in einem bestimmten Umfang zu gewähren (vgl. [BVerfGE 94, 241, 263](#) und [110, 412, 445](#) sowie BSG [SozR 4-4200 § 20 Nr. 3](#)), ist doch des weiteren zu beachten, dass Grundsicherungsleistungen zumindest so beschaffen sein müssen, dass der gesetzlich festgelegte Hilfebedarf gedeckt ist. Keinesfalls ist damit jedoch vereinbar, dass durch den Bezug von Grundsicherungsleistungen in Folge einer gesetzlich vorgegebenen Bedarfsunterdeckung monatlich Schulden anfallen. Die Beklagte kann sich schon deshalb nicht auf [§ 12 Abs. 1 c Satz 6, 2. Halbsatz VAG](#) berufen und die als angemessen angesehenen Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge nach dem SGB XII nicht auf die Pflichtversicherungsbeiträge für Arbeitslosengeld II-Empfänger begrenzen (vgl. LSG Baden-Württemberg vom 30.06.2009 - [L 2 SO 2529/09 ER-B](#) - und vom 08.07.2009 - [L 7 SO 2453/09 ER-B](#) - (juris)).

Für das erkennende Gericht ist auch sonst nicht ersichtlich, unter welchen Gesichtspunkten die Angemessenheit im Sinne des [§ 32 Abs. 5](#) Sätze 1 und [4 SGB XII](#) der Beitragsverpflichtung der Klägerin in Zweifel zu ziehen ist (vgl. LSG Baden-Württemberg vom 08.07.2009 - [L 7 SO 2453/09 ER-B](#) - (juris)). Denn die Klägerin ist mangels bestehender gesetzlicher Kranken- und Pflegeversicherung zum einen nach [§ 193 Abs. 3 Satz 1 VVG](#) in der seit dem 01.01.2009 gültigen Fassung vom 23.11.2007 ([BGBl. I Seite 2631](#)) zum Abschluss und zur Aufrechterhaltung einer Krankheitskostenversicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen gesetzlich verpflichtet; für die Pflegeversicherung enthält [§ 23 Abs. 1 SGB XI](#) eine entsprechende Verpflichtung. Zum anderen ist die von ihr gewählte Versicherung die kostengünstigste und schließlich entspricht auch der Umfang der Versicherungsleistung den in [§ 193 Abs. 3 Satz 1 VVG](#) genannten Bedingungen. Auch wenn die Klägerin bei Nichtzahlung der vollständigen Beiträge ihren Versicherungsschutz nicht verliert, droht ihr jedoch, von der ärztlichen Behandlung ausgeschlossen zu sein, da sie als privat Versicherte zunächst die ärztliche Behandlung selbst bezahlen muss und auf den Weg der Kostenerstattung angewiesen ist. Die Xxx könnte zudem wegen Beitragsrückständen gegen die Erstattungsansprüche der Klägerin aufrechnen ([§§ 387 ff, 394 Satz 2](#) des Bürgerlichen Gesetzbuches). Mangels ausreichender finanzieller Mittel ist ihr damit eine ausreichende medizinische Versorgung als Teil des von [Art. 20 Abs. 1](#) und [Art. 1 Abs. 1 GG](#) geschützten Existenzminimums (vgl. insoweit BSG [SozR 4-2500 § 62 Nr. 6](#)) nicht möglich (vgl. LSG Baden-Württemberg vom 16.09.2009 - [L 3 AS 3934/09 ER-B](#) -, SG Karlsruhe vom 10.08.2009 - [S 5 AS 2121/09](#) (juris) sowie [BT-Drucks. 16/12677, Seite 17](#)).

Die Regelung des [§ 12 Abs. 1 c Satz 6 VAG](#) stellt eine politische Konzession dar, 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-Drucks. 16/12677, Seiten 17](#) und 23). Eine abschließende Lösung dieser Problematik ist bislang indes nicht erreicht. Vor diesem Hintergrund geht es jedoch nicht an und ist es der Klägerin nicht zuzumuten, den politischen Konflikt auf ihrem Rücken als schwächstes Glied der Kette austragen zu lassen (vgl. LSG Baden-Württemberg vom 08.07.2009 - [L 7 SO 2453/09 ER-B](#) - (juris)). Auch das BVerfG hat sich in seiner bereites angesprochenen Entscheidung vom 10.06.2009 ([NJW 2009, 2033](#)) mit dieser Problematik nicht auseinandergesetzt, sondern allein ausgeführt, dass die in [§ 12 Abs. 1 c](#) Sätze 4 bis [6 VAG](#) vorgesehenen Beitragsbegrenzungen bei Hilfebedürftigen verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden seien (vgl. Randnr. 184 der Entscheidung), und in Randnr. 195 der Entscheidung lediglich den Gesetzeswortlaut wiederholt.

Es bedarf hier auch keiner Entscheidung darüber, ob und in welcher Höhe [§ 12 Abs. 1 c Satz 6 VAG](#) Zahlungsansprüche des Versicherers - der Xxx - gegenüber der Klägerin begründet, denn dieses Leistungsverhältnis ist vorliegend nicht streitig.

Überdies verkennt die Beklagte, dass das Verhältnis zwischen der Klägerin als Grundsicherungsberechtigte und ihr als Sozialhilfeträger nicht im VAG, sondern grundsätzlich im SGB XII geregelt wird. Ansprüche bestimmen sich allein nach diesem Buch, wie sich aus [§ 2 Abs. 1 Satz 2](#) des Sozialgesetzbuches - Allgemeiner Teil - ergibt. Anders als in [§ 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB II](#) und [§ 111 Abs. 2 Satz 3](#) und [4](#) des

Sozialgesetzbuch - Soziale Pflegeversicherung - (SGB XI) findet [§ 12 Abs. 1 c Satz 6 VAG](#) im SGB XII keine ausdrückliche Erwähnung. Das SGB XII ist also insoweit anders als das SGB II nicht im Zuge des GKV-WSG geändert worden. Auch deshalb kann [§ 12 Abs. 1 c Satz 6 VAG](#) direkt keine Anwendung finden. Die Bestimmung findet auch nicht über [§ 110 Abs. 2 SGB XI](#) Anwendung, der hinsichtlich der Pflegeversicherungsbeiträge auf [§ 12 VAG](#) Bezug nimmt und im Wesentlichen die Formulierung des Abs. 1 c in Teilen wiederholt. Denn [§ 32 Abs. 5 Satz 4 SGB XII](#) sieht hinsichtlich der Höhe der zu übernehmenden Pflegeversicherungsaufwendungen eine eigene Regelung vor und lässt diese der Regelung für die Krankenversicherung folgen (vgl. hierzu auch LSG Baden-Württemberg vom 30.06.2009 - L 2 SO 2529/06 ER-B - (juris)). Das VAG verfolgt demgegenüber - wie sich bereits aus seinem Namen ergibt - einen grundsätzlich anderen Zweck als die Regelung der Rechtsverhältnisse 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](#) selbst 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 ist in Ausgestaltung des [§ 12 VAG](#) im VVG geregelt ([§ 1 VVG](#)), das in [§ 193 Abs. 5 VVG](#) hierauf Bezug nimmt. Auch dem Wortlaut nach handelt es sich in [§ 12 Abs. 1 c Satz 6, 2. Halbsatz VAG](#) eher um eine Zahlungsanweisung, die sich allein auf das Verhältnis zwischen Sozialleistungsträger und Krankenversicherungsunternehmen beziehen kann.

Aus der Unanwendbarkeit von [§ 12 VAG](#) auf [§ 32 Abs. 5 SGB XII](#) folgt, dass es insoweit bei der Regelung bleibt, dass die angemessenen Aufwendungen für die Kranken- und Pflegeversicherung zu übernehmen sind. Angemessen können zunächst nur Beiträge sein, die der Hilfebedürftige auch schuldet. Der Beitragssatz, den der Versicherungsgeber vom Versicherungsnehmer im Fall der Hilfebedürftigkeit verlangen kann, wird in [§ 12 Abs. 1 c Satz 4 VAG](#) geregelt und sieht allenfalls die Halbierung des Beitrages vor. Durch [§ 12 Abs. 1 c Satz 6 VAG](#) wird also die Beitragsschuld des Versicherungsnehmers - hier: der Klägerin - gegenüber dem Versicherungsunternehmen - hier: der Xxx - nicht reduziert, was durch eine entsprechende Anwendung von Satz 4 klargestellt wird (vgl. [BT-Drucks. 16/4247](#) zu [§ 12 Abs. 1 c Satz 6](#), Seite 69) und auch aus der sich nach dem 01.01.2009 anschließenden politischen Debatte um die Sicherstellung der Schließung einer möglichen Finanzierungslücke (vgl. [BT-Drucks. 16/12677, Seite 17](#)) sowie entsprechenden Empfehlungen von Verbänden zur Ergänzung von [§ 12 Abs. 1 c Satz 6 VAG](#) deutlich wird (vgl. hierzu im Einzelnen LSG Baden-Württemberg vom 30.06.2009 - [L 2 SO 2529/09 ER-B](#) - (juris)).

Eine Möglichkeit, günstigeren Versicherungsschutz mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zu erhalten, ist für die Klägerin aufgrund des Gesamtergebnisses des Verfahrens nicht ersichtlich und von der Beklagten auch nicht vorgetragen. Denn die Klägerin kann als privat Vorversicherte keine Aufnahme in die gesetzliche Krankenversicherung verlangen, wie sich aus [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 und Abs. 8a Satz 2 SGB V](#) ergibt. Außerdem ist der Basistarif bundeseinheitlich und kann die Klägerin durch einen Wechsel des Versicherungsunternehmens wegen fehlender Vorversicherungszeit ebenfalls keine Beitragsreduzierung erreichen. Auch ein Verzicht auf ihren Kranken- und Pflegeversicherungsschutz kommt für die Klägerin nicht in Betracht. Denn sie ist mangels bestehender gesetzlicher Kranken- und Pflegeversicherung nach [§ 193 Abs. 3 Satz 1 VVG](#) und [§ 23 Abs. 1 SGB XI](#) in der seit dem 01.01.2009 gültigen Fassung zum Abschluss und zur Aufrechterhaltung einer Krankheitskosten- und Pflegeversicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen gesetzlich verpflichtet. Deshalb sind die von ihr zu zahlenden Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge im halbierten Basistarif die angemessenen Kosten im Rahmen des [§ 32 Abs. 5 SGB XII](#). Diese Aufwendungen, die - unbestritten - seit dem 01.01.2009 insgesamt monatlich 317,98 EUR betragen, hat die Beklagte deshalb über den 28.02.2009 hinaus bei der Bedarfsberechnung der Klägerin zu berücksichtigen. Diese hat deshalb für die Zeit vom 01.03.2009 bis zum 30.06.2009 Anspruch auf Hilfe in Höhe von monatlich 463,89 EUR, was aufgrund des aktenkundigen Berechnungsbogens der Beklagten vom 05.03.2009 feststeht. Hiervon abzuziehen sind die bereits erbrachten Leistungen von monatlich 256,85 EUR.

Den abweichenden Auffassungen der Sozialgerichte Ulm und Mannheim in den von der Beklagten im Schriftsatz vom 08.10.2009 angeführten Entscheidungen wie auch des Sozialgerichts Heilbronn (Beschluss vom 10.03.2009 - S 10 SO 602/09 ER -) folgt die Kammer aus vorgenannten Gründen nicht.

Zu Unrecht beruft sich die Beklagte ebenso auf den weiteren Beschluss des LSG Baden-Württemberg vom 30.04.2009 - [L 2 SO 1678/09 ER-B](#) -. Denn in dieser Entscheidung hat das LSG Baden-Württemberg die Frage, ob der "halbierte Basistarif" als angemessen im Sinne von [§ 32 Abs. 5 Sätze 1 und 4 SGB XII](#) anzusehen ist oder ein Anspruch lediglich in Höhe des sich aus [§ 12 Abs. 1 c Satz 6, 2. Halbsatz VAG](#) resultierenden Betrages ergibt, ausdrücklich offen gelassen und die Beschwerde gegen den Beschluss des SG Heilbronn allein deshalb zurückgewiesen, weil es einen Anordnungsgrund im Sinne einer besonderen Eilbedürftigkeit verneint hat.

Aus eben diesen Gründen sind die angefochtenen Bescheide rechtswidrig. Dem Begehren der Klägerin war deshalb vollumfänglich stattzugeben.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 183 i. V. m. § 193 Abs. 1 und 4 SGG](#).

Die Sprungrevision hat die Kammer nicht zugelassen, weil sie die hierfür erforderlichen Voraussetzungen ([§ 161 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 Satz 1 i. V. m. § 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG](#)) nicht für gegeben erachtet. Eine Entscheidung des BSG, des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des BVerfG, von der das vorliegende Urteil abweicht, liegt - soweit ersichtlich - nicht vor. Die Sache hat mit Blick auf die o.a. Entscheidungen des LSG Baden-Württemberg, auch wenn diese im Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes ergangen sind, auch keine grundsätzliche Bedeutung (mehr). Überdies ist die hier zu entscheiden gewesene Rechtsfrage offenbar allein in Baden-Württemberg relevant, nachdem hierzu - soweit aus den der Kammer zur Verfügung stehenden Rechtsprechungsdatenbanken ersichtlich - Entscheidungen von (Landes-)Sozialgerichten aus anderen Bundesländern nicht veröffentlicht sind und selbst im örtlichen Zuständigkeitsbereich des Sozialgerichts Karlsruhe sich andere Sozialhilfeträger der Rechtsprechung des LSG Baden-Württemberg angeschlossen haben.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2009-11-09