

SOZIALGERICHT BREMEN

S 21 AS 1521/09



IM NAMEN DES VOLKES

Verkündet am: 20. April 2010

gez. G.
Justizangestellte
Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle

URTEIL

In dem Rechtsstreit

A.,
A-Straße, A-Stadt,

Klägerin,

Prozessbevollmächtigte:

Rechtsanwälte B.,
B-Straße, B-Stadt, Az.: - -

g e g e n

Bremer Arbeitsgemeinschaft für Integration und Soziales, vertreten durch ihren
Geschäftsführer,
Doventorsteinweg 48-52, 28195 Bremen, Az.: - -

Beklagte,

hat die 21. Kammer des Sozialgerichts Bremen aufgrund der mündlichen Verhandlung am
20. April 2010, an der teilgenommen haben: Richterin Dr. B. als Vorsitzende sowie die ehren-
amtlichen Richter O. und S. für Recht erkannt:

- 1. Der Bescheid der Beklagten vom 03.04.2009 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 21.07.2009 (xxx) wird abgeändert.**
- 2. Die Beklagte wird verurteilt, der Klägerin einen weiteren Zuschuss zu den Beiträgen ihrer privaten Krankenversiche-**

zung in Höhe von 54,04 Euro monatlich für den Zeitraum vom 01.02.2009 bis 31.07.2009 zu gewähren.

- 3. Die Beklagte trägt die notwendigen außergerichtlichen Kosten der Klägerin.**
- 4. Die Berufung wird zugelassen.**

T A T B E S T A N D

Die Klägerin begehrt mit ihrer Klage die Übernahme ihrer im Zeitraum 01.02.2009 bis 31.07.2009 angefallenen Krankenversicherungsbeiträge in tatsächlicher Höhe.

Die am 01.02.1980 geborene Klägerin bewohnt eine Wohnung in der O.str. 11 in 28199 Bremen. In der Vergangenheit studierte die Klägerin an der Universität Bremen und war über ihre Eltern privat kranken- und pflegeversichert bei der Deutschen Krankenversicherung AG (im Folgenden: IR.) (Bl. 9 LA). Im Oktober 2008 schloss die Klägerin ihr Studium ab; ihre Exmatrikulation erfolgte zum 22.01.2009 (Bl. 10 LA).

Während ihres Studiums erhielt die Klägerin von ihren Eltern eine monatliche Unterhaltsleistung in Höhe von 800,00 Euro. Zum 01.02.2009 stellten die Eltern die monatlichen Unterhaltsleistungen im Hinblick auf das inzwischen abgeschlossene Studium ein.

Am 03. Januar 2009 stellte die Klägerin bei der Beklagten einen Antrag auf Gewährung von Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II). Zugleich beantragte sie bei der AVK. Krankenkasse (im Folgenden: TK) die Aufnahme als Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung. Diesen Antrag lehnte die TK mit Schreiben vom 28.01.2009 (Bl. 9 LA) mit der Begründung ab, dass die Klägerin bislang privat versichert gewesen sei und deshalb die gesetzlichen Voraussetzungen für eine Mitgliedschaft nicht vorlägen.

Die IR. gewährte der Klägerin auch für die Zeit nach Beendigung ihres Studiums weiterhin den reduzierten („UNI“-)Tarif für Studenten. Eine Umstellung auf den (reduzierten) Basisarif nach § 12 Abs. 1 a Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG), der im Falle der Klägerin 284,82 Euro betragen hätte, erfolgte nicht (Bl. 38 – 41 LA). In der Zeit vom 01.02.2009 bis 30.09.2009 hatte die Klägerin für ihre Kranken- und Pflegeversicherung einen monatlichen Beitrag in Höhe von 200,72 Euro an die IR. zu entrichten (Bl. 37 LA). Von diesem Betrag entfielen 183,58 Euro auf den Beitrag zur privaten Krankenversicherung.

Mit Bescheid vom 05.02.2009 (Bl. 30 LA) gewährte die Beklagte der Klägerin für den Zeitraum vom 01.02.2009 bis zum 31.07.2009 Leistungen nach dem SGB II in Höhe eines monatlichen Gesamtbetrags von 626,15 Euro. Kosten der privaten Kranken- und Pflegeversicherung wurden der Klägerin in diesem Bescheid nicht gewährt.

Auf Anforderung der Beklagten legte die Klägerin am 05. März 2009 (Bl. 36 LA) eine aktuelle Beitragsbescheinigung der IR. vom 02.03.2009 vor, die die oben genannte Beitragshöhe auswies (Bl. 37 LA).

Die Beklagte bewilligte der Klägerin daraufhin mit Bescheid vom 03. April 2009 (Bl. 43 LA) für den Zeitraum vom 01.02.2009 bis 31.07.2009 neben Arbeitslosengeld II-Leistungen in Höhe von 773,48 Euro im Monat auch einen monatlichen Zuschuss zu ihren Kranken- und Pflegeversicherungskosten. Der Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen betrug hierbei 129,54 Euro im Monat. In dem Bescheid hieß es hierzu, die Beklagte könne für die Krankenversicherung nur den Betrag analog zu den gesetzlichen Krankenversicherungen i.H.v. 129,54 Euro übernehmen. Der Differenzbetrag sei von der Klägerin zu tragen.

Hiergegen legte die Klägerin mit Schreiben vom 07. April 2009, bei der Beklagten eingegangen am 15. April 2009, Widerspruch ein. Da sie bereits vor Beantragung von ALG II privat krankenversichert gewesen sei, sei ihr aufgrund der gesetzlichen Änderung zum 01.09.2009 ein Wechsel in eine gesetzliche Krankenkasse nicht möglich gewesen. Der vom Gesetzgeber vorgesehene reduzierte Basistarif belief sich im Falle der Klägerin auf 284,82 Euro. Die IR. habe ihr stattdessen aus Kulanzgründen einen Sondertarif angeboten, der noch unter dem Basistarif (bei 201,42 Euro) liege. Da sie über keine weiteren Einkünfte verfüge, müsse sie den Differenzbetrag in Höhe von 155,28 Euro (oder 71,88 Euro) aus dem Regelsatz leisten; dies sei vom Gesetzgeber so nicht vorgesehen. Der Regelsatz sei so berechnet, dass er für die Grundversorgung zum Lebensunterhalt ausreiche; darüber hinausgehende Leistungen könnten daraus nicht bestritten werden. Außerdem habe ALG II einen Krankenversicherungsschutz zu gewährleisten, der dem der gesetzlichen Krankenkassen entspreche. Der Differenzbetrag sei demnach von der Beklagten zu übernehmen.

Diesen Widerspruch wies die Beklagte mit Bescheid vom 21. Juli 2009 (Bl. 3 GA) zurück. Die Gewährung eines Zuschusses zu der privaten Krankenversicherung der Klägerin richte sich nach §§ 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB II i.V.m. 12 Abs. 1 Satz 5 und 6 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG). Aus § 12 Abs. 1 c Satz 6 VAG ergebe sich, dass der zuständige Träger nur den Betrag zahlt, der auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen ist. Damit könne nur ein Zuschuss in Höhe von 129,54 Euro übernommen werden; der Differenzbetrag sei von der Klägerin selbst zu tragen.

Am 14. August 2009 hat die Klägerin Klage beim Sozialgericht Bremen erhoben. Sie begehrt die Übernahme ihrer Beiträge zur privaten Krankenversicherung in voller Höhe durch die Beklagte für den Zeitraum 01.02.2009 bis 31.07.2009. Zur Begründung wiederholt die Klägerin im Wesentlichen ihr Vorbringen aus dem Widerspruchsverfahren. Ergänzend trägt sie vor,

dass ihr Existenzminimum unterschritten würde, wenn sie den Differenzbetrag von 71,88 Euro (201,42 – 129,54 Euro) selbst tragen müsste. Zwar spreche vieles dafür, dass die Beklagte sich mit ihrer Entscheidung nach dem Wortlaut des Gesetzes richte. Allerdings sei den Gesetzesmaterialien nicht zu entnehmen, dass der Gesetzgeber eine solche Schlechterstellung derjenigen Hilfebezieher gewollt habe, denen aufgrund der Gesetzesänderung ein Wechsel in die gesetzliche Krankenversicherung verwehrt sei. Der Anspruch auf Sicherung des Existenzminimums sei verfassungsrechtlich gesichert; hierzu gehöre auch der ausreichende Schutz für den Fall von Krankheit und Pflege. Dieser Schutz erfordere die Übernahme der vollen Kosten. Unter Bezugnahme auf die Beschlüsse des Sozialgerichts Stuttgart vom 13.08.2009 – S 9 AS 5003/09 ER – und insbesondere des Sozialgerichts Gelsenkirchen vom 02.10.2009 – S 31 AS 174/09 ER – trägt die Klägerin ergänzend vor, dass eine analoge Anwendung von § 26 Abs. 2 Nr. 2 Halbsatz 1 SGB II in Betracht zu ziehen sei. Für eine Differenzierung zwischen den Personengruppen „freiwillige Mitglieder in der gesetzlichen Rentenversicherung“ und „Mitglieder einer privaten Krankenversicherung mit dem Basistarif“ fehle es an einem – verfassungsrechtlich erforderlichen - sachlichen Grund. Mit Schriftsatz vom 15. April 2009 teilt die Klägerin mit, dass sie seit dem 01.10.2009 kein Arbeitslosengeld II mehr beziehe. Weiterhin stellt sie klar, dass sich die Klage auf den Zeitraum 01.02.2009 bis 31.07.2009 beziehe und Kosten für die Pflegeversicherung der Klägerin nicht in Streit stünden. Die Kosten für Kranken- und Pflegeversicherung zusammen hätten im Zeitraum Februar bis September 2009 monatlich 200,72 Euro betragen; hiervon entfielen auf die private Krankenversicherung ein Betrag von 183,58 Euro. Streitgegenstand sei demnach der Differenzbetrag zwischen den tatsächlichen Krankenversicherungskosten (183,58 Euro) und dem von der Beklagten gewährten Zuschuss (129,54 Euro), mithin ein Betrag in Höhe von 54,04 Euro.

Die Klägerin beantragt,

1. Der Bescheid der Beklagten vom 03.04.2009 in der Form des Widerspruchsbescheids vom 21.07.2009 wird abgeändert.
2. Die Beklagte wird verurteilt, die monatlichen Beiträge der Klägerin zu ihrer privaten Krankenversicherung für den Zeitraum vom 01.02.2009 bis 31.07.2009 in tatsächlicher Höhe zu übernehmen, wobei die von der Beklagten für den genannten Zeitraum bereits gewährten Beitragszuschüsse zur privaten Krankenversicherung hiervon in Abzug zu bringen sind.

Der Vertreter der Beklagten beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie wiederholt ihr Vorbringen aus dem Widerspruchsbescheid. Für den Ausgleich der Deckungslücke durch den Grundsicherungsträger bestehe keine gesetzliche Grundlage.

Am 20. April 2010 hat ein Termin zur mündlichen Verhandlung stattgefunden. In diesem Termin hat der Prozessbevollmächtigte eine Beitragsübersicht der IR. vom 02.04.2009 überreicht, die als Beitrag für die Krankenversicherung (UNI-Tarif) einen Betrag von 183,58 Euro ausweist.

Die Leistungsakte der Beklagten – xxx – hat dem Gericht vorgelegen.

ENTSCHEIDUNGSGRÜNDE

Die Klage ist als kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage gemäß § 54 Abs. 4 SGG statthaft. Sie ist auch zulässig und begründet.

1. Der Klägerin steht in dem hier streitgegenständlichen Zeitraum (01.02.2009 bis 31.07.2009) dem Grunde nach ein Anspruch auf die Gewährung eines Zuschusses zu den Kosten ihrer privaten Krankenversicherung in Höhe der tatsächlichen Aufwendungen zu.

a) Allerdings ergibt sich dieser Anspruch nicht aus den geltenden einfachgesetzlichen Vorschriften. Vielmehr ist festzustellen, dass die Beklagte die geltenden Regelungen zutreffend angewendet hat.

aa) Ein Anspruch auf einen weiteren Zuschuss zu den Kosten der Krankenversicherung bis zur Höhe des tatsächlichen von der Klägerin zu entrichtenden Betrags ergibt sich zunächst nicht aus § 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB II. Nach dieser Vorschrift in der ab 01.01.2009 geltenden Fassung des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GSK-WSG) vom 26.03.2007 (BGBl. I, S. 378) gilt für Bezieher von Arbeitslosengeld II, die in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht versicherungspflichtig sind und nicht familienversichert sind und die für den Fall der Krankheit bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, § 12 Abs. 1c Satz 5 und 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG).

Die Klägerin gehört zu dem von § 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB II erfassen Personenkreis, da für sie mit dem Bezug von Arbeitslosengeld ab dem 01. Februar 2009 keine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung eingetreten ist. Dies folgt aus dem ebenfalls mit GSK-WSG vom 26.03.2007 (BGBl. I, S. 378) mit Wirkung zum 01.01.2009 neu eingeführten Abs. 5a des § 5 SGB V, der Personen, die - wie die Klägerin - unmittelbar vor dem Bezug von ALG

II privat krankenversichert waren, von der Versicherungspflicht als Bezieher von Arbeitslosengeld II gemäß Abs. 1 Nr. 2a SGB V ausnimmt.

§ 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB II verweist auf § 12 Abs. 1 c Satz 6 i.V.m. Satz 4 VAG. Danach wird der private Krankenversicherungsbeitrag (nach dem Basistarif) bei Hilfebedürftigkeit halbiert. Der Grundsicherungsträger hat allerdings nur den Betrag zu zahlen, der für einen Arbeitslosengeld-II-Bezieher in der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen ist (zur Berechnung für das Jahr 2009 vgl. Klerks, Der Beitrag für die private Krankenversicherung im Basistarif bei hilfebedürftigen Versicherungsnehmern nach dem SGB II und dem SGB XII, *info also 2009*, S. 153 [156/157]; vgl. auch LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 03.12.2009 – L 15 AS 1048/09 B ER -, zit. nach juris, Rz. 14). Für den hier streitgegenständlichen Zeitraum errechnet sich ein für Bezieher von ALG II in der gesetzlichen Krankenversicherung zu zahlender Beitrag in Höhe von 129,54 Euro (Brünner, in: LPK-SGB II, 3. Aufl., 2009, § 26 Rdnr. 21). Dies entspricht dem von der Beklagten bewilligten Zuschuss. Die Übernahme weiterer Krankenversicherungskosten kann nach § 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB II nicht gefordert werden.

bb) Eine Übernahme des streitigen Differenzbetrages von § 54,04 Euro kommt auch nicht als Darlehen nach § 23 Abs. 1 S. 1 SGB II in Betracht. Eine Anwendung dieser Vorschrift scheidet bereits daran, dass es sich bei den Beiträgen zur privaten Krankenversicherung nicht um einen von den Regelleistungen umfassten Bedarf (vgl. hierzu § 20 Abs. 1 SGB II) handelt. Vielmehr hat der Gesetzgeber insoweit zusätzliche Leistungen des Grundsicherungsträgers neben der Regelleistung vorgesehen (vgl. § 26 Abs. 2 SGB II, § 251 Abs. 4 SGB V). Bei der Übernahme der Beiträge handelt es sich um eine Annexleistung zu den Leistungen nach dem SGB II (LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 03.12.2009 – L 15 AS 1048/09 B ER -, zit. nach juris, Rz. 15 m.w.N.).

cc) Ebenso scheidet auch Ansprüche gegen den Sozialhilfeträger nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch - Sozialhilfe - (SGB XII) aus (Ausführlich hierzu SG Karlsruhe vom 10.08.2009 - S 5 AS 2121/09, Rn. 38 ff., zitiert nach juris; im Anschluss hieran LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 03.12.2009 – L 15 AS 1048/09 B ER -, zit. nach juris, Rz. 16 m.w.N.). Dies gilt zunächst für einen möglichen Anspruch aus § 32 Abs. 5 Satz 1 SGB XII (Beiträge für Kranken- und Pflegeversicherung). Denn § 5 Abs. 2 Satz 1 SGB II schließt einen Anspruch auf Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II Leistungen nach dem Dritten Kapitel des SGB XII aus. Das Dritte Kapitel des SGB XII umfasst die §§ 27 - 40, also auch den § 32 Abs. 5 Satz 1 SGB XII. Ebenso kommt ein Anspruch auf Erbringung von Leistungen „in sonstigen Lebenslagen“ nach § 73 Satz 1 SGB XII nicht in Betracht. Denn als „sonstige Lebenslagen“ kommen nur atypische Bedarfslagen in Betracht, die nicht bereits durch andere Vorschriften des SGB XII erfasst sind (BSG, SozR 4-3500 § 21 Nr. 1 Rdnr. 24).

Die Übernahme der Aufwendungen für private Krankenversicherung ist jedoch in § 32 Abs. 5 Satz 1 SGB XII geregelt. Angesichts dessen lässt sich die hier streitige Problematik nicht als atypische „sonstige Lebenslage“ werten (SG Karlsruhe vom 10.08.2009 - S 5 AS 2121/09, Rn. 38 ff., zitiert nach juris). Für die Kammer bestand somit keine Veranlassung, den örtlichen Sozialhilfeträge beizuladen.

dd) Nach der hier vertretenen Auffassung kommt auch eine analoge Anwendung anderer Vorschriften, die eine Übernahme der Beiträge zur Krankenversicherung in vollem Umfang vorsehen nicht in Betracht.

(1) Zwar wird in Rechtsprechung und Literatur die Auffassung vertreten, dass der Anspruch privat versicherter Hilfebedürftige auf Übernahme ihres gesamten Krankenversicherungsbeitrags durch eine verfassungskonforme Auslegung von § 26 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB II (Brünner, in: LPK-SGB II, 3. Aufl., 2009, § 26 Rdnr. 23) bzw. durch analoge Anwendung von § 26 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 HS 1 SGB II Halbs 1 SGB 2 (SG Gelsenkirchen, Beschl. v. 02.10.2009 – S 31 AS 174/09 ER -; SG Freiburg, Urt. v. 10.08.2009 – S 5 AS 2121/09 -) oder § 26 Abs. 3 Satz 1 SGB II (LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 16.09.2009 – L 3 AS 3934/09 ER-B -) begründet werden könne. Die Vertreter dieser Auffassung argumentieren, dass eine Regelungslücke bestehe, die zu einer systemwidrigen Belastung der privat Versicherten mit einem Teil ihrer Krankenkassenbeiträge führe (SG Gelsenkirchen, Beschl. v. 02.10.2009 – S 31 AS 174/09 ER -). Die Deckelung des vom Grundsicherungsträger für privat Versicherte zu leistenden Zuschusses in § 12 Abs. 1c Satz 6 VAG führe zu einer ungerechtfertigten Ungleichbehandlung gegenüber in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versicherten Personen, für die während des Leistungsbezugs der volle Beitrag übernommen wird (SG Gelsenkirchen, Beschl. v. 02.10.2009 – S 31 AS 174/09 ER -), sowie gegenüber Privatversicherten, bei denen durch eine Tragung der Beiträge Hilfebedürftigkeit vermieden werden kann (vgl. zum Ganzen Brünner in LPK-SGB II, § 26 Rn. 23). Weitere verfassungsrechtliche Bedenken bestünden im Hinblick auf eine Bedarfsunterdeckung (vgl. LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 16.09.2009 – L 3 AS 3934/09 ER-B -; LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 18.01.2010 – L 34 AS 2001/09 B ER, L 34 AS 2002/09 B PKH -; vgl. auch Brünner, in: LPK-SGB II, 3. Aufl., 2009, § 26 Rdnr. 23). Vor diesem Hintergrund sei es gerechtfertigt, die bestehende Regelungslücke durch Übertragung einer für einen anderen Tatbestand vorgesehenen Rechtsfolge zu schließen (LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 16.09.2009 – L 3 AS 3934/09 ER-B).

(2) Auch wenn die Kammer die verfassungsrechtlichen Bedenken hinsichtlich der bestehenden Rechtslage teilt (Hierzu unter Ziff. 1.b), steht einer Korrektur dieses Rechtszustandes durch verfassungskonforme Auslegung bzw. Analogiebildung entgegen, dass es an einer planwidrigen Regelungslücke fehlt. Denn der Gesetzgeber hat für die vorliegende Fallkonstel-

lation in § 26 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB II i.V.m. § 12 Abs. 1c Satz 6 VAG eine ausdrückliche Regelung vorgenommen und dabei die Möglichkeit einer Deckungslücke bewusst in Kauf genommen (LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 03.12.2009 – L 15 AS 1048/09 B ER -, zit. nach juris, Rz. 16 m.w.N.; LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 22.03.2010 – L 13 AS 919/10 ER-B -; in der Tendenz auch LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 18.01.2010 – L 34 AS 2001/09 B ER, L 34 AS 2002/09 B PKH -; vgl. auch Brünner, in: LPK-SGB II, 3. Aufl., 2009, § 26 Rdnr. 21). Das Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen hat hierzu in seiner Entscheidung vom 03.12.2009 – L 15 AS 1048/09 B ER – überzeugend ausgeführt:

„Zwar erscheint die Belastung von Beziehern von Grundsicherungsleistungen nach dem SGB II mit (anteiligen) Kosten der Krankenversicherung in der Tat systemwidrig (vgl. hierzu ausführlich: SG Karlsruhe, a. a. O., Rn. 29ff). Allerdings würde durch die Übertragung einer anderen Rechtsfolge (Bezuschussung des hälftigen Basistarifs in voller Höhe) auf den vorliegenden Tatbestand (privat krankenversicherte Leistungsbezieherin nach dem SGB II, die unabhängig von der Höhe des zu zahlenden Beitrags hilfebedürftig ist) die Regelungsabsicht des Gesetzgebers vereitelt. Denn der Beitrag, den der Versicherungsgeber vom Versicherungsnehmer im Falle der Hilfebedürftigkeit verlangen kann, wird in § 12 Abs. 1 c S. 4 VAG geregelt. Diese Vorschrift sieht eine Halbierung des Beitrags vor. Der Zuschuss des Grundsicherungsträgers ist demgegenüber in § 12 Abs. 1 c S. 6 HS 2 VAG geregelt. Durch die in S. 6 angeordnete entsprechende Anwendung des S. 4 wird klargelegt, dass durch die betragsmäßige Begrenzung des Zuschusses die Beitragsschuld des Versicherungsnehmers gegenüber dem Versicherungsunternehmen nicht reduziert wird (vgl. BT-Drucksache 16/4247 zu Abs. 1 c, S. 69: "Es bleibt bei der vorgesehenen Beteiligung der Grundsicherungsträger und der vorgesehenen Begrenzung möglicher finanzieller Belastungen der Versicherungsunternehmen in diesen Fällen."). Zwar war die Bezugnahme auf S. 4 in dem ursprünglichen Entwurf des § 12 Abs. 1 c S. 6 VAG nicht enthalten, so dass die ursprüngliche Regelung auch so hätte verstanden werden können, dass eine Beitragspflicht in der privaten Krankenversicherung nur in Höhe des Beitrags in der gesetzlichen Krankenversicherung für Bezieher von ALG II bestehen sollte (vgl. Gegenüberstellung in der BT-Drucksache 16/4200, S. 209). Die auf Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit erfolgte Klarstellung in S. 6 macht jedoch deutlich, dass die nur anteilige Zuschussung des hälftigen Beitrags im Basistarif der Regelungsabsicht des Gesetzgebers entspricht. Wenn das LSG Baden-Württemberg dementsprechend in seinem Beschluss vom 30.06.2009 (Az.: L 2 SO 2529/09 ER-B, Rn. 19, zitiert nach juris) zutreffend darauf hinweist, dass die Regelung des § 12 Abs. 1 c S. 6 VAG "politisch entschieden" worden und eine abschließende Lösung der Problematik in den Verhandlungen nicht zu erreichen gewesen sei, ist bei dieser Sachlage für die Annahme einer planwidrigen Regelungslücke kein Raum (ebenso: SG Dresden, Beschluss vom 18. September 2009 - S 29 AS 4051/09 ER; vgl. auch Brünner, a. a. O. Rn. 21: "bewusst in Kauf genommen"). Vielmehr bedarf es insoweit einer Korrektur durch den Gesetzgeber (vgl. hierzu die bereits vorliegenden vielfältigen Vorschläge etwa in der "Position des Deutschen Vereins zur Beitragsschuld gem. § 12 Abs. 1 c S. 6 VAG"

[www.deutscher-verein.de], des Bundesrates [BT-Drucksache 16/12677, S. 17], der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e.V. [Ausschussdrucksache 16(14)0514(41)] und des Deutschen Städtetages [Erwartungen und Forderungen des Deutschen Städtetages an den neuen Bundestag und die neue Bundesregierung, S. 25/26, www.staedtetag.de] sowie die entsprechende Diskussion im Ausschuss für Gesundheit [BT-Drucksache 16/13260]). In der abgelaufenen Legislaturperiode wurden die Regelungen des § 26 SGB II zwecks Schließung einer Regelungslücke zwar noch dahingehend ergänzt, dass für Versicherungspflichtige in der gesetzlichen Krankenversicherung der Beitrag im notwendigen Umfang übernommen wird, wenn allein durch den Krankenversicherungsbeitrag Hilfebedürftigkeit entsteht (§ 26 Abs. 2 S. 2 SGB II, neu eingefügt mit Wirkung vom 01.01.2009 durch das Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 17.07.2009, BGBl. I S. 1990). Dagegen ist es nicht gelungen, für Mitglieder einer privaten Krankenversicherung, die ihre Beiträge nicht zahlen können, eine konsensfähige Regelung zu finden (vgl. Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften, BT-Drucksache 16/13428, S. 83), obwohl auch die damalige Bundesregierung insoweit Handlungsbedarf sah [vgl. BT-Drucksache 16/13965, S. 25f]).“

Diesen Ausführungen schließt sich die Kammer vollumfänglich an und macht sich diese zu Eigen. Die hier geltend gemachte vollständige Beitragsübernahme kann somit nicht auf eine analoge Anwendung einfachgesetzlicher Vorschriften gestützt werden.

b) Der Anspruch der Klägerin auf Übernahme ihrer ungedeckten Beitragsdifferenz ergibt sich aber aus Art. 1 Abs. 1 i.V.m. Art. 20 Abs. 1 GG im Sinne der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) vom 09.02.2010 (1 BvL 1/09, 3/09, 4/09). Anspruchsgrundlage bildet hierbei die durch eine Anordnung des Bundesverfassungsgerichts in der genannten Entscheidung getroffene Härtefallregelung.

Das Bundesverfassungsgericht hat entschieden, dass Art. 1 Abs. 1 GG i.V.m. Art. 20 Abs. 1 GG es gebieten, auch einen unabweisbaren, laufenden, nicht nur einmaligen, besonderen Bedarf zu decken, wenn dies im Einzelfall für ein menschenwürdiges Existenzminimum erforderlich ist. Zugleich hat es festgestellt, dass das Sozialgesetzbuch II für einen solchen laufenden besonderen Bedarf keine Regelung vorsehe. Dem Gesetzgeber hat es deshalb aufgegeben, bis zum 31. Dezember 2010 neben der von ihm vorzunehmenden Neufestsetzung der Regelsätze auch eine Regelung im SGB II zu schaffen, die sicherstellt, dass solche besonderen Bedarfe gedeckt werden. Bis zur Neuregelung durch den Gesetzgeber hat das BVerfG im Tenor der Entscheidung ausdrücklich angeordnet, dass dieser Ausspruch nach Maßgabe seiner Urteilsgründe unmittelbar aus Art. 1 Abs. 1 GG in Verbindung mit Art. 20 Abs. 1 GG zu Lasten des Bundes geltend gemacht werden kann.

aa) Die Voraussetzungen dieser Härtefallregelung liegen hier vor. Denn bei dem ungedeckten Differenzbetrag zwischen dem vom Antragsgegner getragenen Zuschuss und dem monatlichen Krankenkassenbeitrag der Klägerin handelt es sich um einen besonderen Bedarf im Sinne der BVerfG-Entscheidung (ebenso SG Chemnitz, Beschl. v. 09.03.2010 – S 3 AS 462/10 ER -; vgl. zu den Voraussetzungen des „besonderen Bedarfs auch: BSG, Urt. v. 18.02.2010, B 4 AS 29/09 R -).

(1) Der Bedarf ist unabweisbar. Denn die unbedeckten Beitragskosten für die Krankenversicherung mussten von der Klägerin, die im streitgegenständlichen Zeitraum über kein anderes Einkommen verfügte, vollständig aus der Regelleistung gedeckt werden. Die Deckungslücke in Höhe von Rund 15 % des Regelsatzes, konnte nicht durch Mittelumschichtung innerhalb der Regelleistung aufgefangen werden (vgl. zu diesem Merkmal: lang/Blüggel, SGB II, 2. Aufl., 2008, § 23 Rdnr. 29).

(2) Der Bedarf ist nicht nur einmalig, sondern laufend, da die Krankenkassenbeiträge von der Klägerin monatlich zu entrichten waren.

(3) Die ungedeckten Beitragskosten sind bisher nicht von Regelleistung nach § 20 SGB II erfasst (vgl. LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 03.12.2009 – L 15 AS 1048/09 B ER -, zit. nach juris, Rz. 15 m.w.N.).

(4) Die Übernahme der nach geltendem Recht ungedeckten Beitragsdifferenz ist nach der hier vertretenen Auffassung auch zwingend erforderlich zur Gewährleistung eines menschenwürdigen Existenzminimums.

Die in § 12 Abs 1 c S. 6 HS 2 VAG vorgesehene Beschränkung der Zuschüsse auf die Beträge, die für einen in der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung versicherten Leistungsbezieher anfallen, führt zu einer existenzgefährdenden Bedarfsunterdeckung. Der privat versicherte Hilfebedürftige muss die vom Grundsicherungsträger nicht übernommenen Versicherungsbeiträge letztlich aus seiner Regelleistung aufbringen, obgleich diese nicht, auch nicht anteilig, der Bestreitung der Kosten einer Absicherung im Krankheitsfall dient. Die Regelsätze orientieren sich bereits am existenziellen Bedarf und reichen nicht aus, um hieraus auch noch die Differenz zwischen den gewährten Beitragszuschüssen und den tatsächlich zu zahlenden Beiträgen zu bestreiten (LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 03.12.2009 – L 15 AS 1048/09 B ER -, zit. nach juris, Rz. 22 -). Im vorliegenden beträgt die Beitragsdifferenz immerhin rund 15 % des Regelsatzes der Klägerin. Da die Klägerin in dem streitigen Einkommen über kein (Arbeits-)Einkommen verfügte, war es ihr auch nicht möglich, die von ihr aufzubringenden Versicherungsbeiträge vom Einkommen abzusetzen oder über

die Freibeträge nach §§ 11 Abs. 2, 30 SGB II zu finanzieren. Die daraus resultierende, laufende Unterdeckung begründet eine unmittelbare Gefahr für das Grundrecht der Klägerin auf Gewährleistung eines menschenwürdigen Existenzminimums aus Art. 1 Abs. 1 GG i.V.m. dem Sozialstaatsprinzip des Art. 20 Abs. 1 GG (vgl. LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 03.12.2009 – L 15 AS 1048/09 B ER -, zit. nach juris, Rz. 27 -; zum unmittelbar verfassungsrechtlichen Leistungsanspruch auf Gewährleistung eines menschenwürdigen Existenzminimums vgl. BVerfG, Urt. v. 09.02.2010 – 1 BvL 1/09 -).

Soweit in der Rechtsprechung teilweise die Auffassung vertreten wird, die nur anteilige Übernahme der Beiträge zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung begründe für den Hilfebedürftigen keinen unzumutbaren, nicht wieder gut zu machenden Nachteil, da aufgrund der weitreichenden Schutzvorschriften in den §§ 193 Abs. 6 Satz 5 und 6 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) auch bei Nichtzahlung der Versicherungsbeiträge seine Versorgung mit Krankenversicherungsleistungen weiter gewährleistet sei (LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 22.03.2010 – L 13 AS 919/10 -; ebenso LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 23.03.2010 – L 25 AS 43/10 B ER -; BayLSG, Beschl. v. 29.01.2010 – L 16 AS 27/10 B ER), so folgt die Kammer dem nicht.

Zwar ist es zutreffend dass für Bezieher von ALG II-Leistungen ein Verzug mit Beiträgen der Krankenversicherung nicht zu einem Wegfall des Krankenversicherungsschutzes führt. Auch wenn ein Beitragsrückstand von mehr als zwei Monatsbeiträgen gem. § 193 Abs. 6 Satz 1 – 4 VVG grundsätzlich dazu führt, dass der Versicherungsschutz ruht, gilt dies nach § 193 Abs. 6 Satz 5 VVG nicht, wenn der Versicherte hilfebedürftig im Sinne des SGB II ist. Sobald Hilfebedürftigkeit eintritt, endet das Ruhen. Selbst wenn es wegen Beitragsrückständen zu einer eventuellen Ruhenszeit des Versicherungsschutzes kommt, ist nach § 193 Abs. 6 Satz 6 VVG weiterhin eine Notversorgung für akute Erkrankungen und Schmerzzustände gewährleistet.

Ungeachtet dieser Schutzvorschriften konnte die Klägerin nach der Überzeugung der Kammer nicht darauf verwiesen werden, ihre Beiträge zur privaten Krankenversicherung nur noch in Höhe des vom Grundsicherungsträger gewährten gesetzlichen Zuschusses zu zahlen, um auf diese Weise eine Gefährdung ihres Existenzminimums abzuwenden. Die gegenteilige Auffassung (LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 12.10.2009 - L 7 B 197/09 AS -) lässt außer Acht, dass für die Klägerin eine gesetzliche Verpflichtung zur Aufrechterhaltung ihrer privaten Krankenversicherung zu gesetzlich festgelegten Beiträgen besteht (LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 03.12.2009 – L 15 AS 1048/09 B ER -, zit. nach juris, Rz. 25 -). Entgegen der Auffassung des LSG Baden-Württemberg (Beschl. v. 22.03.2010 – L 13 AS 919/10 -) wird diese Rechtspflicht zur Zahlung auch nicht dadurch zur bloßen moralischen Verpflichtung herabgestuft, dass sie – im Hinblick auf den Krankenversicherungsschutz während des laufenden Hil-

febezugs – folgenlos bleibt. Die Klägerin kann vom Gericht nicht darauf verwiesen werden, sind rechtsunten zu verhalten und gegen ihre Beitragspflicht zu verstoßen (LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 03.12.2009 – L 15 AS 1048/09 B ER -, zit. nach juris, Rz. 25 -). Im Übrigen gilt: Auch wenn § 193 Abs. 6 Satz 5 VVG vorsieht, dass säumige Beitragszahlungen den Versicherungsschutz von Hilfebedürftigen unberührt lassen, so kann nicht ausgeschlossen werden, dass es hierüber zu einer Auseinandersetzung mit der Krankenkasse kommt und der Hilfebedürftige so doch Gefahr läuft, dass bei Nichtzahlung der Beiträge für zwei Monate ein Ruhen der Leistungen eintritt und nur für eine Notversorgung Leistungen erstattet werden. Allein diese nur mögliche Folge der Nichtzahlung des kompletten Krankenversicherungsbeitrags, nämlich dass die optimale Gesundheitsversorgung nicht gewährleistet ist, begründet nach der hier vertretenen Auffassung einen hinreichend gewichtigen Nachteil (So auch LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 18.01.2010 – L 34 AS 2001/09 B ER, L 34 AS 2002/09 B PKH -). Die Einstufung der Beitragspflicht des Hilfebedürftigen als folgenlose „moralische Pflicht“ geht auch deshalb fehl, da die Beitragsforderungen des Krankenversicherungsunternehmens tatsächlich fortbestehen, auch wenn sie während der Dauer der Hilfebedürftigkeit nicht durchgesetzt werden können. Im Falle von Nichtzahlung oder nur anteiliger Zahlung der Beiträge führt dies dazu, dass während des ALG II-Bezugs hohe Beitragsrückstände aufgebaut werden. Scheidet der Betreffende aus dem Hilfebezug aus, weil er etwa eine Arbeit gefunden hat, so führen diese Beitragsrückstände spätestens ab diesem Zeitpunkt dazu, dass der Krankenversicherungsschutz „ruht“ bzw. auf Akutbehandlungen reduziert ist; denn der besondere Schutz bei Hilfebedürftigkeit greift dann nicht mehr. Je nach Höhe der Beitragsschuld kann dies zu einer dauerhaften oder zumindest lange währenden Reduktion des Versicherungsschutzes führen. Dies ist nicht zumutbar. Nicht zuletzt teilt die Kammer auch die Auffassung des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen, wonach die Kosten der Existenzsicherung (hier: die Kosten für die medizinische Versorgung) nicht auf Dritte verlagert werden dürfen (LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 03.12.2009 – L 15 AS 1048/09 B ER -, zit. nach juris, Rz. 26 -). Vielmehr handelt es sich hierbei um eine originäre Pflicht des Staates. Diese entfällt auch nicht dadurch, dass dem Kraft Gesetzes zur Leistung verpflichteten Dritten (hier: der privaten Krankenversicherung) für die Zeit der Hilfebedürftigkeit nach dem SGB II untersagt wird, seine Leistungen zu begrenzen oder einzustellen. Dies gibt dem Staat nicht das Recht, den privaten Krankenversicherer quasi als Ausfallbürgen für die Kosten der Heilbehandlung zu behandeln in dem Vertrauen darauf, dass dieser seinerseits seinen Leistungsumfang nicht beschränken darf und damit die medizinische Grundversorgung des Hilfebedürftigen weiterhin garantiert ist.

bb) Dem Anspruch der Klägerin steht auch nicht entgegen, dass die Beteiligten über Versicherungsbeiträge für den Zeitraum Februar bis Juli 2009 streiten.

Zwar hat das BVerfG in seiner Entscheidung vom 09.02.2010 entschieden, dass die verfassungswidrige Lücke durch die Anordnung der Härtefallregelung *für die Zeit ab Verkündung des Urteils* zu schließen sei [Hervorhebung durch die Kammer], was gegen eine Anwendung auf zurückliegende Zeiträume sprechen könnte. In diese Richtung weist auch ein aktueller Nichtannahmebeschluss des BVerfG, in dem ausgeführt wird, die Härtefallregelung gelte nicht rückwirkend für Zeiträume, die vor der Verkündung dieses Urteils (vom 09.02.2010) liegen (BVerfG, Beschl. v. 24.03.2010 – 1 BvR 395/09 -).

Die Kammer folgt insoweit jedoch der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG), wonach die Härteleistung auf Grund von Art. 1 Abs. 1 i.V.m. Art. 20 Abs. 1 GG in laufenden und noch nicht abgeschlossenen Verfahren gewährt werden kann, auch wenn diese Verfahren Leistungen für Zeiträume vor der Verkündung des BVerfG-Urteils vom 09.02.2010 betreffen (BSG, Urt. v. 18.02.2010 – B 4 AS 29/09 R -). Hierfür spricht, dass das BVerfG die Notwendigkeit einer Härtefallregelung bis zu einer entsprechenden Neuregelung durch den Gesetzgeber damit begründet hat, dass ansonsten die Gefahr einer Verletzung von Art. 1 Abs. 1 GG bestehe, die auch nicht vorübergehend hingenommen werden könne. Vor diesem Hintergrund erscheint es jedenfalls in laufenden Verfahren nicht hinnehmbar, besondere Bedarfe erst für Leistungszeiträume ab dem 09.02.2010 zu berücksichtigen und die in dem davor liegenden Zeitraum bestehende, verfassungswidrige Unterschreitung des Existenzminimums unkorrigiert bestehen zu lassen. Das BSG hat in diesem Zusammenhang ergänzend darauf hingewiesen, dass über eine verfassungskonforme Auslegung der §§ 23 Abs. 1 SGB II, 73 SGB XII nachgedacht werden müsse, wenn ein verfassungsrechtlicher Anspruch erst für Leistungszeiträume ab dem 09.02.2010 zu berücksichtigen wäre (BSG, Urt. v. 18.02.2010 – B 4 AS 29/09 R -). Solche „Behelfslösungen“ im Wege verfassungskonformer oder analoger Anwendung sollten durch die Härtefallregelung des BVerfG aber gerade vermieden werden, zumal stets die Gefahr besteht, dass einzelne Sonderbedarfe hiervon nicht erfasst werden.

Im Übrigen sprechen auch allgemeine rechtliche Erwägungen für eine Anwendung der Härtefallregelung auf den vorliegenden Fall. Mit der Entscheidung des BVerfG hat sich eine Änderung der Rechtslage ergeben, da durch die Anordnung der Härtefallregelung eine Anspruchsgrundlage für besondere Bedarfe wie etwa die hier in Streit stehenden ungedeckten Krankenversicherungsbeiträge geschaffen wurde, die zuvor nicht bestanden hat. Damit stellt sich die Frage, welche Rechtslage maßgeblich ist bzw. was der maßgebliche Zeitpunkt für die Beurteilung der Klage ist. Dies ist eine Frage nicht des Prozessrechts, sondern vielmehr des materiellen Rechts (Keller, in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG. 9. Aufl., 2008, § 54 Rdnr. 32). Handelt es sich - wie hier – um eine Leistungs- oder Verpflichtungsklage, so ist in der Regel der Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung entscheidend (Keller, a.a.O., Rdnr. 34). Hat sich bis zu diesem Zeitpunkt die Rechtslage geändert und besteht erstmals eine Rechtsgrund-

lage für den geltend gemachten Anspruch, so ist auf dieser geänderten Grundlage zu entscheiden (BSG, Urt. v. 17.02.2005 – B 13 RJ 31/04 R -). Im vorliegenden Fall war die Anordnung des BVerfG vom 09.02.2010 im Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung (am 20.04.2010) bereits ergangen; materiellrechtliche Erwägungen, die einen anderen Beurteilungszeitpunkt nahe legen, sind nicht ersichtlich. Damit sprechen auch allgemeine Rechtsgrundsätze dafür, die Härtefallregelung anzuwenden.

2. Hinsichtlich der Höhe des zu gewährenden Zuschusses war zu berücksichtigen, dass der Klägerin nicht mehr gewährt werden kann, als sie tatsächlich für ihre Kranken- und Pflegeversicherung aufwenden muss. Ausweislich der im Termin am 20. April 2010 vorgelegten Beitragsübersicht der IR. belief sich der monatliche Beitrag zur Krankenversicherung in dem hier streitgegenständlichen Zeitraum auf 183,58 Euro. Die Differenz zu den von der Antragsgegnerin bereits gewährten Zuschüssen in Höhe von 129,54 Euro/Monat betrug demnach 54,04 Euro. In Höhe dieses Betrages war der Klägerin ein weiterer Zuschuss zuzusprechen.

3. Die Kostenentscheidung folgt aus § 193 SGG.

4. Die Berufung bedurfte der Zulassung. Die Beklagte ist lediglich mit ca. 324,24 Euro beschwert (= Differenz Krankenkassenkosten (183,58 Euro) ./.. Zuschuss (129,54 Euro) = 54,04 Euro X 6 Monate). Der Beschwerdewert von 750,00 Euro gemäß § 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG ist somit nicht erreicht.

Die Berufung war zuzulassen, da die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung hat (§ 144 Abs. 2 Nr. 1 SGG). Die Rechtsfrage, ob ein Anspruch auf Übernahme der nicht durch den Zuschuss nach § 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB II i. V. m. § 12 Abs. 1 c S. 6 VAG gedeckten Beitragsanteile zur privaten Krankenversicherung besteht sowie die Frage, worauf ein solcher Anspruch gestützt werden kann und ob es sich bei der ungedeckten Beitragsdifferenz um einen besonderen, wiederkehrenden Bedarf im Sinne der zuvor zitierten Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts (Urt. v. 09.02.2010 - 1 BvL 1/09 -, Rz. 205 ff., 220) handelt, ist von grundsätzlicher Bedeutung und in der Rechtsprechung bislang noch nicht geklärt.

RECHTSMITTELBELEHRUNG

Dieses Urteil kann mit der **Berufung** angefochten werden.

Die Berufung ist **innerhalb eines Monats** nach Zustellung des Urteils beim Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, Georg-Wilhelm-Straße 1, 29223 Celle oder bei der Zweigstelle des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen, Am Wall 198, 28195 Bremen **schriftlich** oder mündlich **zur Niederschrift** des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen.

Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung **innerhalb der Monatsfrist** bei dem

Sozialgericht Bremen, Am Wall 198, 28195 Bremen

schriftlich oder mündlich **zur Niederschrift** des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird.

Die Berufungsschrift muss **innerhalb der Monatsfrist** bei einem der vorgenannten Gerichte **eingehen**. Sie soll das angefochtene Urteil bezeichnen, einen bestimmten Antrag enthalten und die zur Begründung der Berufung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben.

Ist das Urteil **im Ausland** zuzustellen, so gilt anstelle der oben genannten Monatsfrist eine Frist von **drei Monaten**.

Der Berufungsschrift und allen folgenden Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigelegt werden.

gez. Dr. Brems
Richterin