

# SOZIALGERICHT BREMEN

S 23 AS 2415/09 ER



## BESCHLUSS

In dem Rechtsstreit

A.,  
A-Straße, A-Stadt,

Antragsteller,

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.: - -

Antragsgegnerin,

hat die 23. Kammer des Sozialgerichts Bremen am 21. Dezember 2009 durch ihren Vorsitzenden, Richter am Sozialgericht Dr. Schnitzler, beschlossen:

**Die Antragsgegnerin wird im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes verpflichtet, dem Antragsteller in der Zeit vom 1. bis 30. Juni einen Zuschusses zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung in Höhe von 382,73 Euro und in der Zeit vom 1. Juli bis 31. Dezember 2009 einen Zuschusses zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung in Höhe von 316,28 Euro monatlich zu gewähren.**

**Die Antragsgegnerin trägt die notwendigen außergerichtlichen Kosten des Antragstellers.**

**Dem Antragsteller wird Prozesskostenhilfe – ohne Ratenzahlung – unter Beiordnung von Rechtsanwalt T., B-Stadt, bewilligt.**

## GRÜNDE

### I.

Der Antragsteller (d. Ast.) begehrt im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes die Gewährung eines höheren Zuschusses zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung.

Der 57 Jahre alte Antragsteller war langjährig selbständig tätig. Nach Beendigung seiner selbständigen Tätigkeit infolge wirtschaftlicher Schwierigkeiten steht seit dem 8. Juni 2009 im laufenden Leistungsbezug bei der Antragsgegnerin, der Trägerin der Grundsicherung in A-Stadt. Der Antragsteller ist bei der RT. Private Krankenversicherungs (RT.) privat kranken- und pflegeversichert. Er war zunächst seit Januar 2009 im Basistarif zu einem monatlichen Beitragsatz in Höhe von insg. 601,09 Euro versichert (Versicherungsschein vom 17. April 2009). Seit Beginn des Leistungsbezuges bei der Antragsgegnerin am 8. Juni 2009 ist er zum halben Basistarif versichert. Der Beitrag betrug im Juni 2009 382,73 Euro und beträgt seit dem 1. Juli 2009 316,28 Euro (Versicherungsschein vom 9. Oktober 2009). Mit Änderungsbescheid vom 26. Oktober 2009 bewilligte die Antragsgegnerin dem Antragsteller u. a. einen Zuschuss gem. § 26 SGB II zur Kranken- und Pflegeversicherung. Dieser betrug im Juni 2009 99,31 (Krankenversicherung) bzw. 13,64 Euro (Pflegeversicherung) und in den Monaten Juli bis Dezember 2009 jeweils 129,54 (Krankenversicherung) bzw. 17,79 Euro (Pflegeversicherung). Mit Schreiben vom 26. November 2009 erhob der Antragsteller Widerspruch wegen der Höhe des Zuschusses, wobei er geltend machte, die Antragsgegnerin habe seine Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge in voller tatsächlicher Höhe zu übernehmen. Der Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 9. Dezember 2009 als unbegründet zurückgewiesen. Zur Begründung wird auf die fachlichen Hinweise zu § 26 SGB II verwiesen. Danach ist auch dann nur der im Gesetz genannte Betrag zu übernehmen, wenn der tatsächlich gezahlte Basistarif höher ist. Für den Ausgleich einer eventuellen Lücke zwischen tatsächlichem Tarif und Zuschuss bestünde keine rechtliche Grundlage. Die Höhe des Zuschusses sei daher rechtlich nicht zu beanstanden. Am 17. Dezember 2009 erhob der Antragsteller gegen den Widerspruchsbescheid Klage vor dem Sozialgericht (S 23 AS 2418/09), über die noch nicht entschieden ist. Mit der Klage begehrt er die Gewährung eines Zuschusses in Höhe der tatsächlichen Versicherungsbeiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung. Er weist darauf hin, dass die RT. die rückständigen Beträge geltend macht und mit einem Verlust des Versicherungsschutzes zu rechnen sei. Zugleich weist er darauf hin, dass gem. § 5a SGB V keine gesetzliche Versicherungspflicht für Leistungsbezieher nach dem SGB II besteht, wenn – wie in seinem Falle – unmittelbar vor dem Leistungsbezug eine private Krankenversicherung bestanden hat. Er erklärt, es könne ihm nicht zugemutet werden, die Deckungslücke aus der Regel-

leistung selbst zu tragen. Die Deckungslücke würde in den Monaten seit Juli 2009 jeweils 168,95 Euro. Ein Ausgleich durch den Antragsteller hätte zur Folge, dass seine existenzsichernden Leistungen halbiert wären. Auch eine Anhäufung von Schulden sei weder dem Hilfeempfänger noch der Krankenversicherung zumutbar. Daneben drohe ihm bei einem Verlust der Krankenversicherung eine Aufrechnung mit angefallenen Arztrechnungen sowie die Erhebung von Zahlungsklagen. Nach der Rechtsprechung des Landessozialgerichts Baden-Württemberg seien daher die tatsächlichen Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge von der Antragsgegnerin zu übernehmen. Dies folge aus dem Sozialstaatsgebot.

Ebenfalls am 17. Dezember 2009 hat d. Ast. beim Sozialgericht die Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes beantragt. Er begehrt die Verpflichtung der Antragsgegnerin, ihm in den Monaten Juni bis Dezember 2009 einen Zuschuss gem. § 26 SGB II in Höhe der tatsächlichen privaten Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen zu gewähren. Zur Begründung wiederholt er sein Vorbringen aus dem Klageverfahren. Zur Eilbedürftigkeit trägt er vor, ein Abwarten bis zur Entscheidung über die Klage könne ihm nicht zugemutet werden. Die RT. mache bereits die Beitragsrückstände in Höhe von 2.021,58 Euro mit Mahnbescheid geltend. Damit sei auch seine – des Antragstellers – medizinische Versorgung erheblich gefährdet.

Die Antragsgegnerin ist dem Eilantrag entgegengetreten. Sie meint, der Antrag könne keinen Erfolg haben. Ein Anordnungsanspruch sei nicht glaubhaft gemacht. In den einschlägigen gesetzlichen Vorschriften sei nur eine begrenzte Beitragsübernahme vorgesehen. § 12 Abs. 1c Satz 6 des VAG zahle der Grundsicherungsträger nur denjenigen Betrag als Zuschuss, den er auch für Bezieher von Arbeitslosengeld II an die gesetzliche Krankenversicherung entrichten müsse. Damit sei der Antrag abzulehnen.

Bezüglich der Einzelheiten wird auf die Gerichtsakten zu den Aktenzeichen S 23 AS 2415/09 ER und S 23 AS 2418/09 verwiesen.

## **II.**

Der gem. § 86b Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ist zulässig und begründet.

Nach § 86b Abs. 2 Satz 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) kann das Gericht der Hauptsache auf Antrag eine einstweilige Anordnung auch zur Regelung eines vorläufigen Zustandes in Bezug auf ein streitiges Rechtsverhältnis treffen, wenn eine solche Regelung zur Abwendung wesentlicher Nachteile nötig erscheint (Regelungsanordnung). Die Gewährung einstweiligen

Rechtsschutzes setzt einen Anordnungsanspruch und einen Anordnungsgrund voraus (vgl. Meyer-Ladewig, SGG, 9. Auflage 2008, § 86b Rn. 27, 29). Ein materieller Anspruch ist im einstweiligen Rechtsschutzverfahren nur einer summarischen Überprüfung zu unterziehen; hierbei muss der Antragsteller glaubhaft machen, dass ihm aus dem Rechtsverhältnis ein Recht zusteht, für das wesentliche Gefahren drohen (Meyer-Ladewig, a. a. O., Rn. 28). Der Anordnungsgrund setzt Eilbedürftigkeit voraus, das heißt, es müssen erhebliche belastende Auswirkungen des Verwaltungshandelns schlüssig dargelegt und glaubhaft gemacht werden. Dabei muss die Anordnung zur Abwendung wesentlicher Nachteile nötig erscheinen, § 86 b Abs. 2 Satz 2 SGG. Dies bedeutet zugleich, dass nicht alle Nachteile zur Geltendmachung vorläufigen Rechtsschutzes berechtigen. Bestimmte Nachteile müssen hingenommen werden (Binder in Hk-SGG, 2003, § 86 b Rn. 33). Es kommt damit darauf an, ob ein Abwarten bis zu einer Entscheidung in der Hauptsache hingenommen werden kann. Ob dies der Fall ist, bemisst sich an den Interessen der Antragssteller und der öffentlichen sowie gegebenenfalls weiterer beteiligter Dritter. Dabei reichen auch wirtschaftliche Interessen aus (vgl. Binder, a. a. O.).

1. Es ist ein Anordnungsanspruch gegeben. Nach vorläufiger Prüfung der Sach- und Rechtslage hat der Antragsteller Anspruch auf die Gewährung eines Zuschusses zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung in Höhe der tatsächlichen Aufwendungen, d.h. in Höhe von 382,73 Euro für Juni und in Höhe von jeweils 316,28 Euro für die Monate Juli bis Dezember 2009. Zur Begründung kann auf den Beschluss des 3. Senats des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 16. September 2009 – L 3 AS 3934/09 ER-B – verwiesen werden, den die Kammer dem Antragsteller und der Antragsgegnerin am 18. Dezember 2009 zur Kenntnisnahme übersandt hat und dem die Kammer sich anschließt. Dort heißt es (Rn. 18 – 27):

„Nach dem Wortlaut des § 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB II in der ab 01.01.2009 geltenden Fassung des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) vom 26.03.2007 (BGBl. I S. 378) gilt für Bezieher von Alg II, die in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht versicherungspflichtig sind und die für den Fall der Krankheit bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, § 12 Abs. 1c Satz 5 und 6 des VAG. Nach § 12 Abs. 1c Satz 6 Zweiter Halbsatz VAG zahlt der zuständige Träger, wenn unabhängig von der Höhe des zu zahlenden Beitrags Hilfebedürftigkeit nach dem SGB II besteht, den Betrag, der auch für einen Bezieher von Alg II in der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen ist.

Nach dem Wortlaut hat der Bezieher von Alg II den Differenzbetrag danach selbst zu tragen. Der Leistungsbezieher kann den Beitrag jedoch nur aus der Regelleistung bestreiten. In dieser sind jedoch Leistungen für den Krankenversicherungsschutz - jedenfalls in dieser Höhe - nicht enthalten (vgl. den tabellarischen Überblick des Gesetzgebers über den zu sichernden Bedarf, BT-Drucks. 15/11516 S. 55; vgl. hierzu auch SG Karlsruhe, Urteil vom 10.08.2009 - S 5 AS 2121/09 - Rn. 53 - in juris). Nach der Konzeption des SGB II sind die Kosten der Kranken- und Pflegeversicherung nicht in der Regelleistung enthalten.

Auch den Gesetzesmotiven kann nicht entnommen werden, dass - entgegen der Konzeption des SGB II - der nicht gedeckte Teil der Kosten für die private Kranken- und Pflegeversicherung aus Mitteln der Regelleistung zu tragen ist. Im Gesetzentwurf zum GKV-WSG (BT-Drucks. 16/3100) vom 24.10.2006 war eine Änderung des § 26 SGB II noch nicht enthalten. § 12 Abs. 1c Satz 6 VAG war wie folgt gefasst: „ Besteht unabhängig von der Höhe des zu zahlenden Beitrags Hilfebedürftigkeit nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch, zahlt der zuständige Träger den Betrag, der auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen ist. Zur Begründung der Neufassung von § 12 Abs. 1c VAG wird ausgeführt (S. 207), Abs. 1 c erweitere für den Basistarif die bisher für den Standardtarif geltenden Regelungen zur Begrenzung der Prämienhöhe: Um die Bezahlbarkeit des Basistarifs zu gewährleisten, dürfe dessen Beitrag den durchschnittlichen GKV-Höchstbeitrag nicht überschreiten. Würde die Bezahlung eines solchen Beitrags Hilfebedürftigkeit im Sinne von SGB II oder SGB XII auslösen, stellten weitere Regelungen sicher, dass die Betroffenen nicht finanziell überfordert würden. Eine Belastung mit Beiträgen für die Kranken- und Pflegeversicherung in Höhe von beinahe einem Drittel der Regelleistung dürfte jedoch eine - nicht gewollte - finanzielle Überforderung darstellen. § 12 Abs. 1c S. 6 VAG konnte danach auch so gelesen werden, dass eine Beitragspflicht in der privaten Krankenversicherung nur in Höhe des Betrages der gesetzlichen Krankenversicherung für Alg II-Bezieher bestand.

Aufgrund der Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit zum GKV-WSG (BT-Drucks. 16/4200) vom 31.01.2007 erfolgte eine Neufassung von § 26 Abs. 2 und 3 SGB II (Verweis auf § 12 Abs. 1c Sätze 5 und 6 VAG) sowie eine Änderung in § 12 Abs. 1c Satz 6 VAG in Form der nachfolgenden Gesetzesfassung. In der Begründung des Ausschusses wird hierzu ausgeführt (BT-Drucks. 16/4247 S. 69), Satz 6 stelle klar, 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. Eine Auseinandersetzung mit der Frage, in welcher Weise und aus welchen Mitteln Alg II-Bezieher den Differenzbetrag aufzubringen hätten, hat danach ersichtlich nicht stattgefunden.

Es kann deshalb auch nicht daraus, dass der Gesetzgeber im SGB XII nicht auf die Regelungen des VAG Bezug genommen hat, geschlossen werden, der Gesetzgeber habe im SGB XII bewusst von einer Bezugnahme abgesehen. Im Übrigen hat der 2. Senat des LSG Baden-Württemberg (Beschluss vom 30.06.2009 - L 2 SO 2529/09 ER-B) nicht entschieden, ein Verweis auf § 12 Abs. 1c S. 4-6 VAG erfolge in § 32 SGB XII „ausdrücklich nicht“, sondern ein solcher Verweis erfolge „nicht ausdrücklich“.

Auch das BVerfG hat sich in seiner Entscheidung vom 10.06.2009 (1 BvR 706/08) mit der vorliegenden Problematik nicht auseinandergesetzt, sondern lediglich ausgeführt, die in § 12 Abs. 1c S. 4-6 VAG vorgesehenen Beitragsbegrenzungen bei Hilfebedürftigen seien verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden (BVerfG, Rn. 184) und in Rn. 195 der Entscheidung lediglich den Gesetzeswortlaut wiederholt.

Verfassungsrechtlich bedenklich hinsichtlich einer Ungleichbehandlung dürfte sein, dass sich ein unterschiedlicher Anspruch nach § 12 Abs. 1c Satz 5 VAG und § 12 Abs. 1c Satz 6 VAG ergibt.

§ 12 Abs. 1c Satz 6 VAG regelt die Beitragshöhe und den Zuschuss für Personen, die unabhängig von der Höhe des zu zahlenden Beitrags zur Krankenversicherung hilfebedürftig nach dem SGB II oder SGB XII sind. Nach dem Wortlaut von Satz 6 ist der Zuschuss auf den für einen Bezieher von Alg II in der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragenden Beitrag beschränkt. Demgegenüber besteht eine solche Beschränkung bei einem Anspruch nach Satz 5 nicht. Satz 5 hat folgenden Wortlaut: Besteht auch bei einem nach Satz 4 verminderten Beitrag Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch, beteiligt sich der zuständige Träger nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch auf

Antrag des Versicherten im erforderlichen Umfang, soweit dadurch Hilfebedürftigkeit vermieden wird. Danach ist folgende Konstellation denkbar. Der Berechtigte verfügt über Einkommen in Höhe des Regelsatzes sowie seiner Kosten der Unterkunft und ist deshalb nicht hilfebedürftig nach dem SGB II. Nach Satz 5 hat er Anspruch auf Beteiligung des zuständigen Trägers nach dem SGB II in erforderlichem Umfang, soweit dadurch Hilfebedürftigkeit vermieden wird, somit in Höhe der notwendig anfallenden Kosten für die Kranken- und Pflegeversicherung, somit maximal in Höhe des halben Basisstarifs.

Der Anspruch auf Übernahme der Beiträge zur privaten Pflegeversicherung ergibt sich aus § 28 Abs. 3 Satz 1 SGB II. Danach werden für Bezieher von Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld, die in der sozialen Pflegeversicherung nicht versicherungspflichtig und nicht familienversichert sind, für die Dauer des Leistungsbezugs die Aufwendungen für eine angemessene private Pflegeversicherung im notwendigen Umfang übernommen.

Der Antragsteller ist weder verpflichtet noch in der Lage, die Differenz zwischen der Höhe seines Krankenversicherungs- und Pflegeversicherungsbeitrages und den Zuschuss durch die Antragsgegnerin aus der ihm bewilligten Regelleistung zu begleichen. Diese dient gemäß § 20 Abs. 1 SGB II der Sicherung des Lebensunterhalts, insbesondere der Ernährung, Kleidung, Körperpflege, Hausrat, Haushaltsenergie (ohne die auf die Heizung anfallenden Anteile), Bedarf des täglichen Lebens sowie vertretbarem Umfang auch Beziehungen zur Umwelt und eine Teilnahme am kulturellen Leben. Die Regelleistung umfasst zwar auch Aufwendungen für die Gesundheitspflege, und zwar im Wesentlichen diejenigen Aufwendungen, die ein Versicherter nach dem SGB II selbst tragen muss, wie z.B. die Kosten für die Praxisgebühr, Zuzahlungen oder die Kosten nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel. Nicht von der Regelleistung umfasst sind dagegen die Aufwendungen für die Krankenversicherungsbeiträge (vgl. BT-Drucks. 15/1516, Seite 55).“

2. Es ist im vorliegenden Fall auch ein Anordnungsgrund gegeben. Auch insoweit kann auf den Beschluss des LSG Baden-Württemberg verwiesen werden. Dort heißt es diesbezüglich (Rn. 28):

„Dem Antragsteller ist auch ein Zuwarten bis zur Entscheidung in der Hauptsache nicht zumutbar. Zwar verliert er bei Nichtzahlung der vollständigen Beiträge nicht seinen Versicherungsschutz. Seit dem 01.01.2009 gilt 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 Versicherungsvertragsgesetz - VVG -). Jede Kündigung einer Krankheitskostenversicherung, mit der die Pflicht nach § 193 Abs. 3 Satz 1 VVG (also zum Abschluss einer substitutiven Krankheitskostenversicherung) erfüllt wird, durch den Versicherer ist ausgeschlossen (§ 206 Abs. 1 Satz 1 VVG). Dem Antragsteller droht jedoch, von der ärztlichen Behandlung ausgeschlossen zu sein, da er als Privatversicherter zunächst die ärztliche Behandlung selbst bezahlen muss und auf den Weg der Kostenerstattung angewiesen ist. Mangels ausreichender finanzieller Mittel ist ihm damit eine ausreichende medizinische Versorgung, die Teil des von Artikel 1 Abs. 1 und Artikel 20 Abs. 1 GG geschützten Existenzminimums (BSG, SozR 4-2005, § 62 Nr. 6 Rn. 31) ist, nicht möglich.“

3. Dem Antragsteller steht die streitige Gewährung der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge auch in der Zeit ab Juni 2009 zu, obwohl es sich im Wesentlichen um Zeiten vor Stellung des Eilantrages beim Sozialgericht handelt. Dies folgt daraus, dass der Antragsteller wegen der in der Vergangenheit nicht gezahlten Beiträge mit gegenwärtig fortwirkenden Schwierigkeiten zu rechnen hat, insbesondere mit Zahlungsklagen etc.

4. Die Entscheidung über die Kosten folgt aus § 193 Abs. 1 SGG in entsprechender Anwendung. Sie entspricht dem Verhältnis von Obsiegen und Unterliegen der Beteiligten. Der Antragsteller hat voll obsiegt. Seine außergerichtlichen Kosten sind deshalb voll zu erstatten. Gerichtskosten fallen im vorliegenden Verfahren nicht an.

5. Dem Ast. ist gem. § 73a SGG Prozesskostenhilfe ohne Ratenzahlung zu bewilligen. Sowohl die finanziellen, als auch die materiellen Voraussetzungen für die Gewährung dieser Leistung waren gegeben. Der Eilantrag hatte insbesondere – was sich aus den obigen Ausführungen ergibt – hinreichende Erfolgsaussichten und war zudem nicht mutwillig.

## RECHTSMITTELBELEHRUNG

Gegen diesen Beschluss ist die Beschwerde statthaft. Sie ist **innen eines Monats** nach Zustellung beim Sozialgericht Bremen, Am Wall 198, 28195 Bremen, **schriftlich** oder mündlich **zur Niederschrift** des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen.

Die Beschwerdefrist ist auch gewahrt, wenn die Beschwerde innerhalb der Frist bei dem Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, Georg-Wilhelm-Straße 1, 29223 Celle oder der Zweigstelle des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen, Am Wall 198, 28195 Bremen **schriftlich** oder mündlich **zur Niederschrift** des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird.

gez. Dr. Schnitzler

Richter am Sozialgericht