

---

## S 16 SO 18/10 ER

### Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

|               |   |
|---------------|---|
| Land          | -                                       |
| Sozialgericht | Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen |
| Sachgebiet    | Sozialhilfe                             |
| Abteilung     | 20                                      |
| Kategorie     | -                                       |
| Bemerkung     | -                                       |
| Rechtskraft   | -                                       |
| Deskriptoren  | -                                       |
| Leitsätze     | -                                       |
| Normenkette   | -                                       |

#### 1. Instanz

|              |                  |
|--------------|------------------|
| Aktenzeichen | S 16 SO 18/10 ER |
| Datum        | 10.02.2010       |

#### 2. Instanz

|              |                     |
|--------------|---------------------|
| Aktenzeichen | L 20 SO 114/10 B ER |
| Datum        | 28.05.2010          |

#### 3. Instanz

|       |   |
|-------|---|
| Datum | - |
|-------|---|

Auf die Beschwerde der Antragsgegnerin wird der Beschluss des Sozialgerichts Duisburg vom 10.02.2010 aufgehoben. Der Antrag des Antragstellers auf Erlass einer einstweiligen Anordnung wird abgelehnt. Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten.

Gründe:

I.

Die Beteiligten streiten, ob die Antragsgegnerin einstweilen die monatlichen Kosten des Antragstellers für seine private Kranken- und Pflegeversicherung im sog. Basistarif in voller Höhe von 322,90 EUR (286,34 EUR für die Kranken- und 36,56 EUR für die Pflegeversicherung) oder lediglich i.H.v. 144,09 EUR (126,05 EUR für die Kranken- und 18,04 EUR für die Pflegeversicherung) übernehmen muss (monatliche Differenz: 178,81 EUR).

Der 1939 geborene Antragsteller bezieht von der Antragsgegnerin laufend ergänzende Leistungen nach dem Vierten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XII). Seit dem 01.04.2009 ist er bei der im

---

Beschwerdeverfahren beigeladenen INTER Krankenversicherung aG im sog. Basistarif privat kranken- und pflegeversichert. Sein monatlicher Versicherungsbeitrag belief sich zunächst auf 320,64 EUR; seit dem 01.01.2010 beträgt sein Beitrag im Basistarif 322,90 EUR.

Mit Bescheid vom 19.11.2008 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16.09.2009 bewilligte die Antragsgegnerin dem Antragsteller für die Zeit vom 01.01. bis 31.12.2009 monatliche Leistungen nach dem Vierten Kapitel des SGB XII. Hierbei berücksichtigte sie die tatsächlichen Beiträge des Antragstellers für seine Kranken- und Pflegeversicherung im Basistarif. Mit Bescheid vom 19.06.2009 hob sie diesen Bescheid rückwirkend ab dem 01.04.2009 teilweise auf und übernahm nur mehr Kosten für die Krankenversicherung i.H.v. 124,32 EUR sowie für die Pflegeversicherung i.H.v. 17,79 EUR. Das diesbezügliche gerichtliche Verfahren ist derzeit beim Sozialgericht anhängig (S 16 SO 104/09). Im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes beantragte der Antragsteller am 22.07.2009 hierzu, die aufschiebende Wirkung seines Widerspruchs gegen den Bescheid vom 19.11.2008 herzustellen (S 16 SO 80/09 ER); insoweit hat sich die Antragsgegnerin durch Anerkenntnis zur einstweiligen vollen Übernahme der Versicherungsbeitragskosten des Antragstellers bis zum 31.12.2009 verpflichtet.

Am 06.10.2009 beantragte der Antragsteller die Weiterbewilligung von Leistungen ab dem 01.01.2010 und legte eine Beitragsbescheinigung der Beigeladenen über monatliche Beiträge von 322,90 EUR vor. Mit Bescheid vom 16.12.2009 bewilligte die Antragsgegnerin dem Antragsteller unter Berücksichtigung seines Einkommens aus Altersruhegeld Leistungen nach dem Vierten Kapitel des SGB XII i.H.v. 341,00 EUR für Januar 2010. Der Bescheid führt aus, weitere Zahlungen erfolgten aufgrund der Annahme gleichbleibender Verhältnisse; die entsprechenden Leistungen gälten als mit der Zahlung bewilligt. In den Leistungen enthalten waren solche für die Beiträge zur Krankenversicherung i.H.v. 126,05 EUR und für die Pflegeversicherung i.H.v. 18,04 EUR. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den Bescheid Bezug genommen. Über den am 30.12.2009 eingelegten Widerspruch des Antragstellers wurde bisher nicht entschieden.

Der Antragsteller hat am 18.01.2010 beim Sozialgericht beantragt, die Antragsgegnerin im Wege der einstweiligen Anordnung zu verpflichten, ihm vorläufig bis zur Entscheidung in der Hauptsache die monatlichen Beiträge zu seiner Kranken- und Pflegeversicherung bei der Beigeladenen in tatsächlich anfallender Höhe von 322,90 EUR zu zahlen. Der Bescheid vom 16.12.2009 sei offensichtlich rechtswidrig, weil nur ein Teil seiner Versicherungsbeiträge als Leistung übernommen werde. [§ 12 Abs. 1c Satz 6](#) Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG), auf den die Antragsgegnerin die eingeschränkte Leistungsgewährung stütze, sei im Rahmen von Leistungsbeziehungen nach dem SGB XII nicht anwendbar. Es ergebe sich sonst eine Ungleichbehandlung zwischen Personen, die erst durch den Versicherungsbeitrag hilfebedürftig würden und bei deren Leistungen der Beitrag voll berücksichtigt werde, im Vergleich zu denen, die unabhängig davon hilfebedürftig seien und nur eingeschränkte Leistungen erhielten. Die Leistungshandhabung der Antragsgegnerin führe bei ihm zu einer monatlichen Verschuldung. Der Antragsteller hat sich durch den Beschluss des

---

Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen (LSG NRW) vom 18.12.2009 - [L 9 B 49/09 SO ER](#) bestätigt gesehen.

Die Antragsgegnerin hat sich demgegenüber auf den Beschluss des erkennenden Senats vom 16.10.2009 - [L 20 B 56/09 SO ER](#) berufen und vorgetragen, seit Einführung des Basistarifs in der privaten Krankenversicherung regelt [§ 12 Abs. 1c VAG](#) die Höhe des hierfür zu zahlenden Beitrages, der nach Satz 6 i.V.m. Satz 4 der Vorschrift 50 vom Hundert des Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung betrage. Nach Satz 6, 2. Halbsatz (HS) zahle der zuständige Träger den Betrag, der auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen sei. Für solche Bezieher gelte nach [§ 246](#) i.V.m. [§ 243](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) sowie der Verordnung zur Festlegung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-BeitragsVO) ein ermäßigter Beitragssatz; seit dem 01.07.2009 betrage er 124,32 EUR (zuvor 129,54 EUR). Die Leistung des Sozialhilfeträgers sei nach dem Wortlaut des [§ 12 Abs. 1c Satz 6](#), 2. HS VAG auf diesen Betrag beschränkt. Eine andere Auslegung verstieße gegen den Gleichheitsgrundsatz ([Art. 3 Grundgesetz \(GG\)](#)). Wegen der identischen sozialrechtlichen Funktion dürften für Bezieher von Leistungen nach dem SGB II und dem SGB XII keine unterschiedlichen Maßstäbe und Kriterien herangezogen werden. Insoweit sei [§ 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB II](#) zu beachten; diese Vorschrift solle wie [§ 32 Abs. 5 SGB XII](#) eine medizinische Grundversorgung sicherstellen. [§ 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB II](#) verweise ausdrücklich auf [§ 12 Abs. 1c Satz 6](#), 2. HS VAG. Zur Vermeidung von Ungleichbehandlungen sei letztere Vorschrift auch im Rahmen von [§ 32 Abs. 5 SGB XII](#) als Obergrenze heranzuziehen. Jedenfalls aber fehle dem Antragsteller ein Anordnungsgrund. Gerade er in Beitragsrückstand, verliere er dennoch nicht seinen Leistungsanspruch gegen die Beigeladene; Rückstände von Hilfebedürftigen i.S.d. SGB II oder des SGB XII führten gem. [§ 193 Abs. 6 Satz 5](#), 2. HS Versicherungsvertragsgesetz (VVG) führten gerade nicht zu einem Ruhen des Anspruchs.

Mit Beschluss vom 10.02.2010 hat das Sozialgericht dem Antrag des Antragstellers für den Zeitraum vom 18.01. bis 31.07.2010 (durch Verpflichtung zur Erbringung monatlich weiterer 178,81 EUR für den Beitrag zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung) entsprochen und ihn im Übrigen abgelehnt. Zwar habe der Antragsgegner mit dem Bescheid vom 16.12.2009 lediglich für Januar 2010 Leistungen bewilligt. Wegen der zugleich angekündigten weiteren Leistungserbringung in gleicher Höhe sei es jedoch angemessen, eine vorläufige Regelung des Rechtsverhältnisses für etwa sechs Monate zu treffen. Eine weitere Verpflichtung bis zum Abschluss des Hauptsacheverfahrens entsprechend dem Antrag des Antragstellers komme nicht in Betracht. Anders als der erkennende Senat (Beschluss vom 16.10.2009 - [L 20 B 56/09 SO ER](#)) gehe das Sozialgericht von einer Eilbedürftigkeit der Entscheidung (Anordnungsgrund) aus; denn beim Antragsteller fielen monatliche Beitragsrückstände von rund 180,00 EUR an, bei denen nicht klar sei, von wem sie letztlich zu tragen seien. Nach seinem Versicherungsvertrag wäre der Antragsteller derzeit zur Zahlung dieser Beiträge aus seinem Regelsatz verpflichtet. Im Übrigen seien geringe Anforderungen an einen Anordnungsgrund zu stellen, wenn - wie im Falle des Antragstellers - der geltend gemachte Anspruch (Anordnungsanspruch) als bestehend anzusehen sei. Bei

---

summarischer Prüfung sei mit dem 9. Senat des LSG NRW (Beschluss vom 18.12.2009 - [L 9 B 49/09 SO ER](#)) davon auszugehen, dass ein Anspruch auf Übernahme der (vollen) Beiträge im Basistarif bestehe; der 20. Senat des LSG NRW (Beschluss vom 16.10.2009 - [L 20 B 56/09 SO ER](#)) habe diese Frage offen gelassen und nur eine Tendenz angedeutet. Nach Auffassung des Sozialgerichts finde [§ 12 Abs. 1c Satz 6 VAG](#) auf das unmittelbare Verhältnis zwischen Hilfebedürftigem und Grundsicherungsträger im Bereich des SGB XII keine Anwendung. Als angemessene Beiträge i.S.v. [§ 32 Abs. 5 SGB XII](#) seien vielmehr die (vollen) Beiträge anzusehen, die im ermäßigten Basistarif anfielen. Da der Antragsteller keine Möglichkeit habe, Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung zu werden, dürfe der Umstand, dass er privat krankenversichert sei, nicht dazu führen, dass er in der genannten Höhe Beitragsrückstände ansammle. Insofern sei die Angemessenheit i.S.v. [§ 32 Abs. 5 SGB XII](#) dahin zu bestimmen, dass dem Antragsteller derselbe Krankenversicherungsschutz zuteil werden müsse, den er auch über eine gesetzliche Krankenversicherung oder über Krankenhilfe nach [§ 48 SGB XII](#) erhalten würde. Hierzu gehörten die angemessenen, vollständigen Beiträge für seine private Versicherung. [§ 26 Abs. 2 SGB II](#), der auf [§ 12 Abs. 1c Satz 5](#) und 6 VAG verweise, stehe dem nicht entgegen. Denn [§ 32 Abs. 5 SGB XII](#) enthalte diesen Verweis, anders als [§ 26 Abs. 2 SGB II](#), gerade nicht. Es sei davon auszugehen, dass der Gesetzgeber diesen Unterschied beabsichtigt habe. Das SGB II könne nicht als Vergleichsgrundlage herangezogen werden, da es keine der Krankenhilfe nach [§ 48 SGB XII](#) vergleichbare Regelung enthalte; das SGB XII biete insoweit einen umfassenderen Leistungsanspruch. Im Übrigen regle das SGB XII die Leistungsbeziehungen zwischen Hilfebedürftigem und Sozialhilfeträger abschließend; das VAG betreffe demgegenüber grundsätzlich nur die staatliche Aufsicht über private Versicherungsunternehmen, welche nicht Träger der Sozialversicherung seien. Hieran habe sich auch durch [§ 12 Abs. 1c VAG](#) nichts geändert. Es sei sonst auch nicht erklärbar, weshalb der Gesetzgeber in [§ 26 Abs. 2 SGB II](#) eine ausdrückliche Geltungsanordnung des VAG im Rahmen des SGB II für erforderlich gehalten habe. Wenn dies im SGB XII nicht geschehen sei, spreche dies für die vom SGB II abweichend gewollte Regelung. Für dieses Ergebnis spreche zudem der ansonsten eintretende Wertungswiderspruch in der Behandlung von Hilfeempfängern, die bereits ohne Berücksichtigung ihrer Versicherungsbeiträge hilfebedürftig seien, im Vergleich zu denen, die erst durch die Beiträge hilfebedürftig würden. [§ 12 Abs. 1c Satz 6 VAG](#) beziehe sich ggf. allein auf die erste Gruppe. Für eine entsprechend unterschiedliche Behandlung in den Leistungen sei kein Grund ersichtlich. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den Beschluss Bezug genommen.

Gegen den am 10.02.2010 zugestellten Beschluss hat die Antragsgegnerin am 10.03.2010 Beschwerde eingelegt. Zur Begründung wiederholt sie im Wesentlichen ihren erstinstanzlichen Vortrag und trägt ergänzend vor, wenn das Sozialgericht eine Ungleichbehandlung verschiedener Sozialhilfeempfänger vermeiden wolle, schaffe es zugleich eine Ungleichbehandlung zwischen Hilfebedürftigen nach dem SGB XII und dem SGB II. Dem Antragsteller sei ein Abwarten der Entscheidung in der Hauptsache auch zumutbar. Sein Leistungsanspruch gegen die Beigeladene sei wegen [§ 193 Abs. 6 Satz 5](#), 2. HS VVG nicht gefährdet; sollte er im Hauptsacheverfahren obsiegen, würden die aufgelaufenen Beitragsrückstände

---

zudem von der Antragsgegnerin übernommen. Es sei deshalb nicht gerechtfertigt, die Antragsgegnerin zunächst zu einer Vorleistung zu verpflichten. Denn sollte sie im Hauptsacheverfahren obsiegen, hätte sie kaum eine realistische Chance, etwaige Erstattungsforderungen gegen den Antragsteller zu realisieren.

Der Antragsteller hält die Entscheidung des Sozialgerichts für richtig. Es sei ergänzend auf die "erheblichen Bedenken an der Rechtmäßigkeit des [§ 12 Abs. 1c Satz 6 VAG](#)" hinzuweisen. Es könne auch "schlechterdings nicht sein", dass der Gesetzgeber den Bürger verpflichte, Schulden gegenüber dem privaten Versicherer aufzuhäufen. Während [§ 12 Abs. 1c VAG](#) den Beitragssatz zur privaten Krankenversicherung bei Hilfebedürftigkeit halbiere, führe die von der Antragsgegnerin gewählte Lesart sogar dazu, dass der Beitrag faktisch nicht halbiert, sondern auf etwa ein Viertel gesenkt werde. Hätte der Gesetzgeber dies gewollt, hätte er es in [§ 12 Abs. 1c VAG](#) festlegen müssen.

Mit Beschluss vom 09.04.2010 hat der Senat die INTER Krankenversicherung aG nach [§ 75 Abs. 1 Satz 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) beigeladen. Die Beigeladene ist der Ansicht, die Antragsgegnerin müsse den gesetzlich "halbierten" Beitrag des Basistarifs von monatlich 322,90 EUR als Leistung an den Antragsteller erbringen; entsprechend habe etwa das Hessische Landessozialgericht entschieden (Beschluss vom 14.12.2009 - [L 7 SO 165/09 B ER](#)). [§ 12 Abs. 1c Satz 6](#), 2. HS VAG sei wegen Verstoßes gegen die Pflicht zur Sicherstellung des Existenzminimums verfassungswidrig. Normzweck des [§ 12 VAG](#) sei auch nicht die Regelung des Rechtsverhältnisses zwischen Hilfebedürftigem und Sozialleistungsbehörde, sondern zwischen privater Krankenversicherung und Versichertem. Dem Antragsteller sei auch nicht zuzumuten, das Hauptsacheverfahren abzuwarten, zumal es darum gehe, das Existenzminimum zu sichern. Zwar würde der Antragsteller durch Anhäufung von Beitragsschulden seinen Versicherungsschutz nicht unmittelbar gefährden ([§ 206 Abs. 1 Satz 1 VVG](#)). Er könne jedoch vom Gericht nicht darauf verwiesen werden, sich rechtsunten zu verhalten und gegen seine Pflicht zur Aufrechterhaltung seiner privaten Kranken- und Pflegeversicherung zu verstoßen (LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss vom 03.12.2009 - [L 15 AS 1048/09 B ER](#)). Auch sei es ihm nicht zuzumuten, etwaige Zwangsvollstreckungsmaßnahmen oder eine zivilrechtliche Auseinandersetzung zu provozieren. Sollte im Übrigen seine Hilfebedürftigkeit enden, könnte der Versicherer wegen der Beitragsrückstände das Versicherungsverhältnis umgehend mit den entsprechenden Leistungsnachteilen ruhend stellen.

II.

1. Die Beschwerde der Antragsgegnerin ist zulässig.

Insbesondere wird der Mindestbeschwerdewert von über 750,00 EUR (§§ SGG) wegen der Verpflichtung zu monatlichen Mehrleistungen von 178,81 EUR für etwa sechseinhalb Monate überschritten. Der Senat muss im Rahmen der Zulässigkeit der Beschwerde nicht entscheiden, ob diese Verpflichtung auch über Januar 2010 hinaus überhaupt hätte erfolgen dürfen. Voraussetzung hierfür wäre in jedem Fall, dass insoweit die Hauptsache zwischen den Beteiligten noch streitig ist. Hierfür

---

müsste die Leistungsbewilligung mit dem Widerspruch angefochten sein. Der Bescheid vom 16.12.2009 bewilligte allein eine Leistung für Januar 2010; dass sich der hiergegen eingelegte Widerspruch auch gegen diese (entgegen [§ 44 Abs. 1 Satz 1 SGB XII](#) nicht zwölfmonatige, sondern) nur einmonatige Leistungsbewilligung wendet, ist einstweilen nicht ersichtlich. Ob aber der Antragsteller darauf folgende, allein durch tatsächliche Leistungserbringung (jeweils monatlich) erfolgte Leistungsbewilligungen (für Februar 2010 und – dann allerdings nicht mehr während des erstinstanzlichen Verfahrens – später) überhaupt mit dem Widerspruch angefochten hat, ist jedenfalls nicht vorgetragen. Um solche allein durch faktische Leistung erfolgten bzw. noch erfolgenden Bewilligungen nicht in Bestandskraft erwachsen zu lassen, müsste der Antragsteller auch diese jeweils mit dem Widerspruch anfechten, wobei ihm mangels erteilter Rechtsbehelfsbelehrung eine einjährige Widerspruchsfrist zu Verfügung stünde ([§ 66 Abs. 2 Satz 1 SGG](#)), die derzeit noch nicht abgelaufen ist.

2. Die Beschwerde der Antragsgegnerin ist auch begründet.

a) Dabei kann auch an dieser Stelle offen bleiben, ob das Sozialgericht die Antragsgegnerin aus den zu 1. genannten Gründen für Leistungszeiträume ab Februar 2010 (selbst bei Richtigkeit seiner Ansicht in der Sache) überhaupt hätte einstweilen verpflichten dürfen oder ob insoweit nicht zumindest zu fordern gewesen wäre, dass der Antragsteller bereits Widerspruch erhoben hätte.

b) Denn es fehlt dem Antrag des Antragstellers jedenfalls von vornherein ein Anordnungsgrund; der Senat kann deshalb offen lassen, ob der vom Antragsteller verfolgte materiell-rechtliche Anspruch auf Übernahme seines vollen Beitrags zu seiner privaten Krankenversicherung als Sozialhilfe (im Sinne eines Anordnungsanspruches) besteht. aa) Allerdings sei insoweit angemerkt, dass entgegen der Ansicht des Sozialgerichts einerseits vieles dafür spricht, dass bereits ein solcher Anspruch vom Gesetzgeber trotz Erkennens der sich dann in Fällen wie dem des Antragstellers ergebenden Unterdeckung des Versicherungsbeitragsbedarfs nicht vorgesehen wurde. Denn bei einer Versicherung im Basistarif darf der Beitrag nach [§ 12 Abs. 1c VAG](#) den Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigen (zu dessen Berechnung näher Beschluss des Senats vom 16.10.2009 – [L 20 B 56/09 SO ER](#)). Entsteht allein durch die Zahlung des Beitrags nach Satz 1 Hilfebedürftigkeit i.S. des SGB II oder des SGB XII, vermindert sich der Beitrag für die Dauer der Hilfebedürftigkeit um die Hälfte (Satz 4, 1. HS). Besteht – wie beim Antragsteller – die Hilfebedürftigkeit unabhängig von der Höhe des zu zahlenden Beitrags, gilt Satz 4 entsprechend (Satz 6, 1. HS); der zuständige Träger zahlt den Beitrag, der auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Krankenversicherung zu zahlen ist (Satz 6, 2. HS). [§ 12 Abs. 1c Satz 6, 2. HS VAG](#) verweist damit auf [§ 246 i.V.m. 243](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), wonach die Sozialhilfeträger nur einen ermäßigten Beitragssatz zu zahlen haben (siehe zur weiteren Berechnung auch [§ 232a Abs. 1 Nr. 2 SGB V](#)). Vgl. zu Einzelheiten der Berechnung Beschluss des Senats vom 16.10.2009 – [L 20 B 56/09 SO ER](#); ferner insgesamt die Übersicht bei Klerks, Der Beitrag für die private Krankenversicherung im Basistarif bei hilfebedürftigen Versicherungsnehmern nach dem SGB II und dem SGB XII, in: info also 2009, S. 153

---

ff.). Insoweit hat die Antragsgegnerin den ermäßigten Beitragssatz mit (ab 01.07.2009) 124,32 EUR errechnet, ohne dass Berechnungsfehler geltend gemacht oder sonst ersichtlich wären. Wenn das Sozialgericht mit dem Antragsteller und der Beigeladenen (ebenso wie Klerks, a.a.O., S. 157 f.) der Ansicht ist, [§ 12 Abs. 1c Satz 6](#), 2. HS VAG treffe für Hilfebedürftige nach dem SGB XII keine Bestimmung (etwa weil im Gegensatz zu Satz 5 der Vorschrift nur "der zuständige Träger", nicht jedoch – wie in Satz 5 – "der zuständige Träger nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch" angesprochen werde und so der Bezug allein zur Beitragsumfangsvorschrift des [§ 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB II](#), nicht aber zu [§ 32 Abs. 5 SGB XII](#) hergestellt werde), so erscheint dies, ohne dass der Senat dies abschließend entscheiden müsste, zumindest zweifelhaft: Bereits der Wortlaut des [§ 12 Abs. 1c Satz 6](#), 2. HS VAG "auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II" deutet zumindest darauf hin, dass gerade nicht nur solche Bezieher umfasst sein sollen, sondern im Sinne einer beitragsleistungsmäßigen Gleichstellung mit Hilfebedürftigen nach dem SGB II auch andere Hilfebedürftige, nämlich solche i.S.d. SGB XII. Insofern dürfte bereits dem Gleichheitssatz des [Art. 3 Abs. 1](#) Grundgesetz (GG) Rechnung getragen sein; bei vom SGB II abweichender Gewährung von Leistungen für private Krankenversicherungsbeiträge im Rahmen des SGB XII müssten jedenfalls sachliche Gründe für die unterschiedliche Behandlung von Hilfebedürftigen bestehen, die einstweilen nicht ersichtlich erscheinen. Demgegenüber erscheint die vom Sozialgericht gesehene Ungleichbehandlung zwischen Hilfebedürftigen nach dem SGB XII, die allein durch ihre Beitragsverpflichtungen gegenüber dem privaten Versicherer hilfebedürftig werden, im Vergleich zu denjenigen, die auch ohne die Beitragsverpflichtungen bereits hilfebedürftig sind, angesichts der Unterschiedlichkeit der die Bedürftigkeit auslösenden Lebenskonstellationen als gerechtfertigt. Auch die innere Struktur des [§ 12 Abs. 1c Satz 6](#), 2. HS VAG deutet jedenfalls deutlich auf die vom Senat vorgenommene Lesart hin: Der 1. HS der Norm mit dem Wortlaut "besteht unabhängig von der Höhe des zu zahlenden Beitrages Hilfebedürftigkeit nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch" verweist auch auf Bezieher von Leistungen nach dem SGB XII; der 2. HS schließt wegen Anbindung durch ein Semikolon ersichtlich an den Regelungsgehalt des 1. HS an und dürfte schon deshalb nicht nur für Hilfebedürftige nach dem SGB II, sondern auch für solche nach dem SGB XII gelten. Wäre gesetzlich anderes gewollt, wäre zu erwarten gewesen, den 2. HS als weiteren, eigenständigen Satz 7 der Vorschrift zu bilden. Im Übrigen dürfte der 2. HS mit dem Hinweis auf den "zuständigen Träger" zudem ersichtlich an den "zuständigen Träger nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch" anknüpfen, wie er im vorangehenden Satz 5 der Vorschrift erwähnt wird. Anderes dürfte sich wohl auch nicht daraus ergeben, dass das SGB XII (in [§ 32 SGB XII](#)) keinen ausdrücklichen Bezug zu [§ 12 Abs. 1c Satz 6 VAG](#) herstellt. Denn es dürfte dem Gesetzgeber freigestanden haben, eine Regelung mit Auswirkung auf die Frage, was als angemessene Beiträge i.S.v. [§ 32 Abs. 5 Satz 1 SGB XII](#) anzusehen ist, in einem Gesetz wie dem VAG zu platzieren, das normenhierarchisch auf gleicher Höhe mit dem SGB XII steht, in dem jedoch Einzelheiten (auch zum Beitrag) bei privater Krankenversicherung im Basistarif im einheitlichen gesetzlichen Zusammenhang geregelt werden. Dass damit ein möglicherweise mit dem VAG ursprünglich allein beabsichtigter Regelungskontext für das Verhältnis Versicherer und Versicherungsnehmer eine Ausweitung im Sinne

---

---

eines auch sozialleistungsrechtlich relevanten Regelungsgefüges erhalten hat, blieb dem Gesetzgeber unbenommen. bb) In diesem Zusammenhang muss im Übrigen dem Hauptsacheverfahren die Prüfung vorbehalten bleiben, ob die bei Hilfebedürftigkeit eintretende Begrenzung der Beitragspflicht auf einen geringeren als den vollen Kranken- und Pflegeversicherungsbeitrag nach [§ 12 Abs. 1c Satz 4 bis 6 VAG](#) (und die damit verbundene geringere Leistungspflicht des Sozialhilfeträgers im Rahmen von [§ 32 Abs. 5 Satz 1 SGB XII](#)) ein Einbeziehen sozialversicherungsrechtlicher Komponenten (mit damit einhergehenden Solidarelementen) in ein privatrechtliches Versicherungsverhältnis bedeutet, und ob dies ggf. rechtliche Probleme mit sich bringt, die eine (einstweilen allerdings kaum denkbar erscheinende) Beschwer des Hilfebedürftigen begründen. Zwar mögen der Beitragsregelung gem. [§ 12 Abs. 1c Satz 4 bis 6 VAG](#) Solidargesichtspunkte immanent sein (die sich auch im Falle des Antragstellers durch seine nur eingeschränkte Beitragsschuld gegenüber der Beigeladenen manifestieren), welche dem ansonsten privatrechtlichen Leistungsgefüge zwischen privaten Versicherern und ihren Versicherten grundsätzlich wesensfremd sein mögen. Eine aus diesem Grunde bestehende Verfassungswidrigkeit des [§ 12 Abs. 1c Satz 4 bis 6 VAG](#), welche die Anwendung der Vorschrift hindern könnte, ist aber jedenfalls bei summarischer Prüfung nicht anzunehmen. Vieles spricht vielmehr dafür, dass bei der privaten Kranken- und Pflegeversicherung als einem elementaren Bereich der von der Rechtsordnung auszugestaltenden Daseinsvorsorge nicht nur das Krankheits- und Pflegebedürftigkeitsrisiko (im Zusammenhang mit dem Anspruch auf Versicherungsleistungen), sondern auch das Risiko von Hilfebedürftigkeit (im Zusammenhang mit der Höhe der Beitragsschuld) bei den gesetzlichen Vorgaben zur Ausgestaltung der wechselseitigen Pflichten aus dem "privaten" Versicherungsverhältnis Berücksichtigung finden kann und dabei ggf. der jeder (auch der "privaten") Versichertengemeinschaft immanenten Solidargemeinschaft nur ein weiteres versichertes Individualrisiko in zulässiger Weise, allerdings mit Folgen für die Beitragskalkulation, aufbürdet. cc) Sollte die zu aa) eingenommene, naheliegende Lesart der einfach-rechtlichen Regelungen allerdings dazu führen, dass infolge einer Beitragsversorgungslücke für Hilfebedürftige nach dem SGB XII eine ausreichende gesundheitliche Versorgung (trotz bestehender privater Krankenversicherung) faktisch nicht mehr gewährleistet wäre, so wäre zu erwägen, ob nicht gleichwohl aus verfassungsrechtlich-sozialstaatlichen Gründen eine verfassungskonforme Auslegung des genannten Normengefüges dahingehend zu erfolgen hätte, dass die gesetzlich vorgesehenen hälftigen Beiträge im Basistarif doch als Hilfeleistung zu übernehmen wären. Ob diese Folge einer Beitragsversorgungslücke bei der zu aa) ausgeführten Lesart des Normengefüges allerdings – wie offenbar der Antragsteller und die Beigeladene meinen – zwingend erscheint, kann der Senat einstweilen offen lassen (zur verfassungsrechtlichen Problematik vgl. auch Brünner, LPK-SGB II, 3. Aufl. 2009, § 26 Rn. 23). c) Denn das Bestehen eines Anordnungsanspruchs kann letztlich offen bleiben, weil dem Antragsteller jedenfalls (siehe schon oben eingangs zu b) kein Anordnungsgrund i.S. eines Eilbedürfnisses für eine gerichtliche Entscheidung (vgl. [§ 86b Abs. 2 Satz 2 SGG](#): "zur Abwendung wesentlicher Nachteile nötig") zur Seite steht (so im Ergebnis ebenso für das SGB II LSG NRW, Beschlüsse vom 12.10.2009 – [L 7 B 196/09 AS ER](#) und vom 05.05.2010 – [L 7 B 379/09 AS ER](#)). aa) Denn eine Einschränkung der Leistungen bei Krankheit oder Pflegebedürftigkeit durch die Beigeladene mit

---



---

Rücksicht auf die derzeit für den Antragsteller auflaufenden Beitragsrückstände ist nicht zu besorgen. Vielmehr scheidet eine Einschränkung der Versicherungsleistungen aus, da eine Aufrechnung seitens der Beigeladenen wegen offener Beitragsforderungen oder ein Ruhen seiner Leistungsansprüche gegen die Beigeladene bei der Versicherung des Antragstellers im Basistarif nicht möglich ist: Ein Absehen von – nach [§ 35 VVG](#) grundsätzlich möglichen – Aufrechnungen durch die Beigeladene wird durch das VVG gefordert. Denn das VVG enthält in §§ 192 ff. Sondervorschriften für die Krankenversicherung, die der allgemeinen Regelung in [§ 35 VVG](#) vorgehen. [§ 193 Abs. 6 VVG](#) bestimmt unter den näheren Voraussetzungen der Sätze 1 bis 4 der Vorschrift bei der privaten Krankenversicherung (anstelle einer Aufrechnungsmöglichkeit) ein Ruhen von Leistungsansprüchen bei Verzug des Versicherten mit der Prämienzahlung. Das Ruhen endet nach Satz 5 der Vorschrift, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenden Beitragsanteile gezahlt sind oder wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig i.S. des SGB II oder des SGB XII wird. Dies muss erst recht dann gelten, wenn der Versicherte bereits hilfebedürftig ist; ansonsten würde der gesetzlich verfolgte Zweck einer Vermeidung des Ausschlusses vom Versicherungsschutz allein aufgrund von Hilfebedürftigkeit vereitelt. Das gesetzliche Ziel, für jedermann entweder gesetzlichen oder privaten Krankenversicherungsschutz zu gewährleisten, würde verfehlt, wenn neben dem Eintritt eines Ruhens nach Maßgabe des [§ 193 Abs. 6 VVG](#) zusätzlich eine Aufrechnungsmöglichkeit des Versicherers nach [§ 35 VVG](#) bestünde; denn eine Aufrechnung durch den Versicherer hätte trotz formal weiter bestehender Versicherung einen faktischen Leistungsausschluss des Hilfebedürftigen von der Gewährleistung einer Krankenversicherung zur Folge. Denkbar erscheint im Übrigen – ohne dass der Senat hierüber entscheiden müsste – dass dieses Verbot der Aufrechnung gegen Leistungsansprüche mit offenen Beitragsforderungen auf die Frage, welche Versicherungsbeiträge als i.S.v. [§ 32 Abs. 5 Satz 1 SGB XII](#) "angemessen" aus Sozialhilfemitteln zu übernehmen sind, zurückwirkt (und damit die vom Antragsteller bei der von der Antragsgegnerin vorgenommenen Leistungsbegrenzung gesehene Folge einer Unterversorgung von vornherein vermeidet). Muss die Beigeladene, solange die Hilfebedürftigkeit des Antragstellers besteht, trotz nur teilweiser (in Höhe der von der Antragsgegnerin erbrachten Leistungen für Versicherungsbeiträge) erfolgreicher Zahlung der für ihn im Basistarif geltenden (hälftigen) Beiträge gleichwohl volle Versicherungsleistungen im Krankheitsfalle erbringen, käme allerdings das Ergebnis für die Dauer der Hilfebedürftigkeit einem faktisch an den Betrag von 126,05 EUR (Krankenversicherung) bzw. 18,04 EUR (Pflegeversicherung) angepassten Beitrag (wie in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung bei Hilfebedürftigkeit nach dem SGB II) gleich. Die Beigeladene hätte dann lediglich die Option, erst im Falle wirtschaftlicher Verbesserungen des Antragstellers die aufgelaufenen, nicht verjährten Beiträge noch nachträglich einzufordern. Ob deshalb dem Antragsteller ohnehin zugemutet werden kann, für die Dauer seiner Hilfebedürftigkeit gegenüber der Beigeladenen Beitragsschulden auflaufen zu lassen, oder ob dies – wie insbesondere die Beigeladene meint – unter verfassungsrechtlich-sozialstaatlichen Gründen eine Hilfeleistung unterhalb des Existenzminimums bedeuten würde, muss letztlich einer Entscheidung im Hauptsacheverfahren vorbehalten bleiben. bb) Besteht für den Antragsteller jedenfalls eine Versicherung bei der Beigeladenen

---

---

zum Basistarif und ist die kranken- und pflegeversicherungsrechtliche Versorgung wegen der Hilfebedürftigkeit keinen Gefährdungen durch ein Ruhen oder durch Aufrechnungen ausgesetzt, so ist nicht ersichtlich, weshalb der Antragsteller einer gerichtlichen einstweiligen Anordnung bedürfte. Die Deckung seiner berücksichtigungsfähigen Krankheitskosten ist vielmehr durch Versicherungsleistungen der Beigeladenen vollständig gewährleistet. Sollte sich im Hauptsacheverfahren herausstellen, dass ihm weitere Leistungen für Versicherungsbeiträge zustehen, so würden seine Beitragsrückstände von der Antragsgegnerin unmittelbar als Leistung nach dem SGB XII zu decken sein. Zugleich ist es angesichts seines Lebensalters von derzeit 71 Jahren denkbar unwahrscheinlich, dass – wie es aber die Beigeladene als Möglichkeit anführt – seine Hilfebedürftigkeit etwa wegen Erzielens von Einkommen endet. Sollte ihm stattdessen Vermögen zuwachsen, könnte er dieses zunächst für die Tilgung von Beitragsrückständen verwenden. Sollte er (bei Einsatz sämtlichen Vermögens jenseits der Schongrenze) nach wie vor Beitragsrückstände behalten, wäre er wegen des erfolgten Vermögenseinsatzes sogleich wieder hilfebedürftig, so dass seine kranken- und pflegeversicherungsrechtliche Versorgung aus Leistungen der Beigeladenen wiederum nicht gefährdet wäre. Auf der anderen Seite wäre es, sollte der Antragsteller im Hauptsacheverfahren unterliegen, der Antragsgegnerin bei dem zu erwartenden Fortbestehen der Hilfebedürftigkeit des Antragstellers kaum möglich, einstweilen, aber nach dem Ergebnis des Hauptsacheverfahrens ohne Rechtsgrund erbrachte Leistungen jemals zurückzuholen. Insbesondere ist bei summarischer Prüfung nach dem rechtlichen Gefüge für diesen Fall auch kein Rückholanspruch gegenüber der Beigeladenen zu erkennen. 3. Die Kostenentscheidung folgt aus einer entsprechenden Anwendung des [§ 193 SGG](#). 4. Dieser Beschluss ist nicht mit der Beschwerde anfechtbar ([§ 177 SGG](#)).

Erstellt am: 01.07.2010

Zuletzt verändert am: 01.07.2010