

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

17(14)0056(14)

Gel. ESV zur Anhörung am 7.7.

2010\_Solo-Selbstständige

06.07.2010



**Markus Klinder**

Rechtsanwalt

Zugelassen bei der RA-Kammer Hamm/Westf.

RA Markus Klinder · Kardenstr. 45 · D-45768 Marl-Polsum

Frau Dr.

Carola Reimann

Platz der Republik 1

-Vorsitzende des Gesundheitsausschusses-

**11011 Berlin**

Kardenstr. 45

**D-45768 Marl-Polsum**

Telefon (02365) 79 52 69

Telefax (02365) 50 77 29

Email mail@ra-klinder.de

Internet www.ra-klinder.de

In Bürogemeinschaft mit

**Rechtsanwalt Michael H. Puzicha**

Schwerpunkt Arbeitsrecht

-Sprechzeiten nach Vereinbarung-

Mein Zeichen angeben)	(Bitte Anhörung	stets Solo-
Öffentliche Selbstständige SozR-92/10		

06.07.2010

KI/KI

**Öffentliche Anhörung am Mittwoch, 07.07.2010, 14.00 – 17.00 Uhr im Ausschuss für Gesundheit in Berlin – „Solo-Selbstständige“**

Sehr geehrte Frau Dr. Reimann,  
Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Einladung als Sachverständiger der Fraktion DIE LINKE. Als sozialrechtlicher Vertreter der Betroffenen in der Problematik der sog. „Deckungslücke“ habe ich zahlreiche wegweisende Verfahren, u.a. vor dem Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen, Sozialgericht Chemnitz und Gelsenkirchen begleitet und diese Problematik mit Betroffenen, Rechtsexperten und Richtern erörtert, so dass ich meine Erfahrungen gerne in die Bewertung der vorliegenden Anträge einbringen möchte.

Mit freundlichen Grüßen

Rechtsanwalt

Anlagen : Stellungnahme

**Bankverbindung:**

Targobank Düsseldorf

Kto.Nr.: 11 06 65 0819

BLZ 300 209 00

IBAN : DE94 3002 0900 1106 6508 19

BIC-Code: CIPRDDXXX

**Bankverbindung:**

Stadtsparkasse Gelsenkirchen

Kto.Nr.: 217 124 623

BLZ 420 500 01

IBAN : DE40 4205 0001 0217 1246 23

BIC-Code: WELADED1GEK

Sie erreichen uns von Marl-Mitte und Gelsenkirchen-Buer mit der Buslinie 222 Haltestelle Linnekampstrasse



**Markus Klinder**

Rechtsanwalt

Zugelassen bei der RA-Kammer Hamm/Westf.

RA Markus Klinder · Kardenstr. 45 · D-45768 Marl-Polsum

Kardenstr. 45

**D-45768 Marl-Polsum**

Telefon (02365) 79 52 69

Telefax (02365) 50 77 29

Email mail@ra-klinder.de

Internet www.ra-klinder.de

In Bürogemeinschaft mit  
**Rechtsanwalt Michael H. Puzicha**  
Schwerpunkt Arbeitsrecht  
-Sprechzeiten nach Vereinbarung-

Mein Zeichen (Bitte stets angeben)	(Bitte stets angeben)	(Bitte stets angeben)
Öffentliche Selbständige SozR-92/10	Anhörung	Solo-

06.07.2010

KI/KI

**Stellungnahme zu der BT-Drucks. 17/548 : Entwurf eines Gesetzes zur Abschaffung der Benachteiligung von privat versicherten Bezieherinnen und Beziehern von Arbeitslosengeld II und weiteren Anträgen**

**1. Gesetzentwurf der Abgeordneten Birgitt Bender, Brigitte Pothmer, Elisabeth Scharfenberg, weiterer Abgeordneter der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN - Entwurf eines Gesetzes zur Abschaffung der Benachteiligung von privat versicherten Bezieherinnen und Beziehern von Arbeitslosengeld II (BT-Drucks. 17/548)**

Der vorliegende Gesetzentwurf versucht in begrüßenswerter Weise die widersprüchliche Regelung des § 12 Abs. 1 c Satz 4 - 6 VAG im Sinne des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes vom 26.03.2007 zu beheben und stellte eine der beiden hauptsächlichen Lösungen zur Behebung des Problems der sog. „Deckungslücke“ dar. Nach der gesetzgeberischen Konzeption gibt es zwei Säulen der Krankenversicherung, die gesetzliche und die PKV. Die in der privaten Krankenversicherung versicherten

**Bankverbindung:**

Targobank Düsseldorf

Kto.Nr.: 11 06 65 0819

BLZ 300 209 00

IBAN : DE94 3002 0900 1106 6508 19

BIC-Code: CIPRDDXXX

**Bankverbindung:**

Stadtsparkasse Gelsenkirchen

Kto.Nr.: 217 124 623

BLZ 420 500 01

IBAN : DE40 4205 0001 0217 1246 23

BIC-Code: WELADED1GEK

Sie erreichen uns von Marl-Mitte und Gelsenkirchen-Buer mit der Buslinie 222 Haltestelle Linnekampstrasse

Betroffenen sollen auch bei Hilfebedürftigkeit in ihrer Versicherung bleiben und nicht durch Beitragszahlungen überfordert werden.

Bereits im Gesetzentwurf der Grossen Koalition vom 24.10.2006 BT-Drucksache 16/3100 S. 207, heißt es in der Kommentierung zu § 12 Abs. 1 c VAG:

„...Um die Bezahlbarkeit des Basistarifs zu gewährleisten, darf dessen Beitrag den durchschnittlichen GKV-Höchstbetrag nicht überschreiten. Würde die Bezahlung eines solchen Beitrags Hilfsbedürftigkeit im Sinne von SGB II oder SGB XII auslösen, stellen weitere Regelungen sicher, dass die Betroffenen **finanziell nicht überfordert** werden...“

In völlig unverständlicher Weise haben die gesetzlichen Vorschriften entgegen dieser Darstellung eine geradezu eklatante Überforderung hervorgebracht. Hier scheinen massive Fehleinschätzungen über die sich entwickelnde Höhe des Basistarifs vorgelegen zu haben.

Auch vermeidet diese Lösung eine Subventionierung des Privatversicherer zu Lasten des Bundes.

Problematisch ist jedoch, inwieweit ein derartiger weiterer Eingriff in die Berufsausübung des Privatversicherer vor dem Hintergrund der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 10.06.2009 – 1 BvR 706/08 aufgrund von Gemeinwohlaspekten zu rechtfertigen ist.

Der Basistarif selber stellt sich nach der Ansicht des BVerfG insgesamt als eine zulässige, sozialstaatliche Indienstnahme der privaten Krankenversicherungsunternehmen zum gemeinen Wohl dar (vgl. BVerfGE 30, 292, 311), die der mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz angestrebten Vollfunktionalität der privaten Krankenversicherung für alle ihr zugewiesenen Versicherten dient und sicherstellt, dass die von Krankheit am stärksten betroffenen Personen unter den Bedingungen risikoäquivalent berechneter Prämien bezahlbaren und gleichwohl ausreichenden Versicherungsschutz finden.

Zudem sehe der Gesetzgeber ein finanzielles Ausgleichssystem vor, um Unternehmen, welche durch Zufall eine große Zahl schlechter Risiken im Basistarif versichern, vor Wettbewerbsnachteilen zu schützen. Das Bundesverfassungsgericht führt jedoch weiter aus, dass den Gesetzgeber jedoch eine Beobachtungspflicht treffen würde. Denn die Vorschriften über den Basistarif, die Portabilität und die erweiterte Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung könnten zu Prämiensteigerungen für Versicherte in den Normaltarifen und dadurch zu erheblichen Wechselbewegungen in den Basistarif mit seinen begrenzten Prämien führen.

Der Vorteil der Versicherungsnehmer im Basistarif könnte, so das Gericht zum Nachteil der übrigen Versicherungsnehmer in den Normaltarifen werden. Denn je mehr Personen sich im Basistarif versichern und je mehr

Verluste dieser verursacht, desto mehr würde der Preis der Normaltarife und die Belastung der in diesen Tarifen Versicherten steigen. Dies könnte letztlich eine Auszehrung des eigentlichen Hauptgeschäfts der privaten Krankenversicherungen bewirken, sodass die gesetzlichen Regelungen einer erneuten Prüfung bedürften.

Dies mag bei den hier angenommenen knapp 3000 Betroffenen sicherlich noch im Sinne des Gemeinwohls zu rechtfertigen sein. Zu beachten ist jedoch, dass keinerlei belastbare Zahlen über die Anzahl der Betroffenen bei den ARGEN und Optionskommunen vorliegen. Fraglich ist auch, ob es bei einer derartigen Umgestaltung des bisher höchst unattraktiven Basistarifs nicht zu einer nicht vorhersehbaren Sogwirkung kommt

Bereits im Gesundheitsausschuss Drucksache 16/13260, vom 29.05.2009 wurde dieses Problem auf Antrag der Fraktion der Linken erörtert. Lösungen zu Lasten der gesetzlichen und privaten Krankenversicherer wurden seitens der CDU/CSU, SPD und FDP abgelehnt. Seitens der FDP wurde ein Zuschuss durch ergänzende öffentliche Mittel befürwortet. Die Fraktion der CDU/CSU sprach sich für eine Übernahme durch die „Sozialversicherungsträger“ aus.

Im Sinne der betroffenen Versicherten muss nach meiner Ansicht ein schnelle und konsensfähige Lösung geschaffen werden, sei es zunächst nur im Rahmen einer befristeten Übergangsregelung.

Die eklatanten Wertungswidersprüche des § 12 Abs. 1 c VVG, wonach die Beiträge von Versicherten, die erst durch Beitragsbelastung hilfebedürftig i.S. des SGB II bzw. SGB XII werden, insoweit zur Vermeidung der Hilfebedürftigkeit übernommen werden, bei jenen, die sowieso unabhängig davon hilfebedürftig sind jedoch nicht, müssen unverzüglich beseitigt werden. Gleiches gilt für das Verhältnis von § 32 Abs. 5 SGB XII zu § 12 Abs. 1 c VAG. Die Vermengung von subjektiven Leistungsansprüchen der Betroffenen mit aufsichtsrechtlichen Normen ist als völlig missglückte Gesetzgebung anzusehen.

Insgesamt ist dieser Antrag für die Betroffenen zwar positiv zu bewerten, wirft jedoch, worauf auch in der Stellungnahme des Bundes der Sozialrichter hingewiesen wird, weitere verfassungsrechtliche Fragen auf.

## **2. Antrag der Abgeordneten Birgitt Bender, Markus Kurth, und weiterer Abgeordneter der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Keine Zusatzbeiträge für Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengel II. (Bt-Drs. 17/674)**

Angesicht des drohenden Milliardendefizites der Krankenkassen für 2010 mag eine Beteiligung der Bezieher von Arbeitslosengel II zwar nahe liegend sein, jedoch ist eine unausweichliche Bestreitung aus dem Regelsatz im Hinblick auf das sozio-kulturelle Existenzminimum nicht geboten, berücksichtigt man zudem, dass im nächsten Jahr voraussichtlich fast alle Kassen Zusatzbeiträge erheben müssen, so dass eine Vermeidung für ALG II

– Bezieher gem. § 26 Abs. 4 SGB II kaum mehr möglich ist. Um Ausfallrisiken für die gesetzlichen Kassen zu vermeiden, wäre ein Direktabzug des Zusatzbeitrages wohl ebenfalls kaum vermeidbar. Die zu befürchtende Ausdehnung der Zusatzbeiträge und Anpassung der Überforderungsgrenzen zu Lasten der Betroffenen, würde sich real als Stellschraube zur Regelsatzreduzierung darstellen. Daher ist der Antrag zu befürworten. Auch würde der Verwaltungsaufwand für die Leistungsträger und Kassen verringert.

### **3. Antrag der Abgeordneten Harald Weinberg, Dr. Martina Bunge, Dr. Ilja Seifert und weiterer Abgeordneten der Fraktion DIE LINKE Gesetzliche Krankenversicherung für Solo-Selbständige bezahlbar machen.**

Der Antrag beschreibt ein wichtiges Problem bei der Beitragsfestsetzung Selbständiger, deren weitere Ausgestaltung nach § 240 Abs. 1 SGB V dem Spitzenverband GKV in seinen einheitlichen Bemessungsgrundsätzen vorbehalten bleibt. Die vorgeschriebenen Mindestsätze werden den Startschwierigkeiten vieler Selbständiger keinesfalls gerecht. Sie erschweren die Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit massiv. Eine Überprüfung, ob die damaligen Annahmen des Gesetzgebers noch der Wirklichkeit entsprechen, ist dringend angezeigt.

Schließlich ergibt sich aus der Tatsache einer umfassenden Krankenversicherungspflicht spätestens ab 01.01.2009 das Problem von Nachzahlungen für Selbständige, die sich viele Jahre nicht versichert haben. Hier muss durch geeignete Stundungsregelungen sichergestellt sein, dass die Krankenversicherungspflicht nicht zur Existenzvernichtung führt.

Mittlerweile wurde eine Stundungsmöglichkeit eingeführt. Die Voraussetzungen einer Stundung müssen eindeutig formuliert sein und keine unüberwindlichen Hürden aufbauen. Die bereits vorhandenen Regelungen sind auf Angemessenheit zu kontrollieren.

### **4. Antrag der Abgeordneten Harald Weinberg, Dr. Martina Bunge, Klaus Ernst und weiterer Abgeordneten der Fraktion DIE LINKE Private Kranken- und Pflegeversicherung – Existenzminimum zukünftig auch für Hilfebedürftige (BT-Drs. 17/780)**

Das BVerfG hat in seinem Urteil vom 09.02.2010 ausgeführt, dass der Anspruch auf existenzsichernde Leistungen aus Art. 1 Abs. 1 GG dem Grunde nach von der Verfassung vorgegeben sei (vgl. BVerfGE 107, 275, 284). Der Umfang dieses Anspruchs könne im Hinblick auf die Arten des Bedarfs und die dafür erforderlichen Mittel jedoch nicht unmittelbar aus der Verfassung abgeleitet werden (vgl. BVerfGE 91, 93, 111 f.). Er hänge von den gesellschaftlichen Anschauungen über das für ein menschenwürdiges Dasein Erforderliche, der konkreten Lebenssituation des Hilfebedürftigen sowie den jeweiligen wirtschaftlichen und technischen Gegebenheiten ab

und sei danach vom Gesetzgeber konkret zu bestimmen (vgl. BVerfGE 115, 118, 153).

Das Sozialstaatsgebot des Art. 20 Abs. 1 GG hält den Gesetzgeber an, die soziale Wirklichkeit zeit- und realitätsgerecht im Hinblick auf die Gewährleistung des menschenwürdigen Existenzminimums zu erfassen, die sich etwa in einer technisierten Informationsgesellschaft anders als früher darstelle. Der unmittelbar verfassungsrechtliche Leistungsanspruch auf Gewährleistung eines menschenwürdigen Existenzminimums erstreckt sich nach der Rspr. des BVerfG nur auf diejenigen Mittel, die zur Aufrechterhaltung eines menschenwürdigen Daseins unbedingt erforderlich seien. Er gewährleiste das gesamte Existenzminimum durch eine einheitliche grundrechtliche Garantie, die sowohl die physische Existenz des Menschen, also Nahrung, Kleidung, Hausrat, Unterkunft, Heizung, Hygiene und **Gesundheit** umfasse. (vgl. BVerfGE 120, 125, 155 f.).

Die Hilfe des Staates muss somit die "Mindestvoraussetzungen für ein menschenwürdiges Dasein" sicherstellen (BVerfGE 40, 121/133). Im übrigen beinhaltet der Sozialstaat auch die Schaffung sozialer Sicherungssysteme gegen die Wechselfälle des Lebens (BVerfGE 28, 324/348 ff.) wie die Krankenversicherung (BVerfGE 68, 193/ 209).

Es besteht spätestens seit dem 01.01.2009 jedoch unbestreitbar eine allgemeiner parlamentarischer Konsens, dass eine bezahlbare Krankenversicherung auf dem Niveau der GKV zum Existenzminimum gehört.

Dies wird zudem bestätigt durch die Beantwortung einer Anfrage der Fraktion DIE LINKE an die Bundesregierung BT-Drucks.: 16/12025, Seite 21. dort führt am 16.02.2009 der Staatssekretär Detlef Scheele aus, dass festzustellen sei, dass das verfassungsrechtlich garantierte Existenzminimum des Bedürftigen, wozu im Falle der Hilfsbedürftigkeit, eine Versorgung im Krankheitsfall auf dem Niveau der GKV gehört, nicht angegriffen werden kann. Auch weitere Stellungnahmen seitens des BMAS bestätigen dies.

Die Gewährleistung dieses so definierten, menschenwürdigen Existenzminimums muss durch einen klaren gesetzlichen Anspruch gesichert sein. Dies verlangt bereits unmittelbar der Schutzgehalt des Art. 1 Abs. 1 GG. Ein Hilfebedürftiger darf nicht auf freiwillige Leistungen des Staates oder Dritter verwiesen werden, deren Erbringung nicht durch ein subjektives Recht des Hilfebedürftigen gewährleistet ist.

Nach diesen Grundsätzen ist das hier vorliegende, in dieser Form gestaltete, missglückte „Outsourcing“ der Sicherung der Existenzminimums an private Versicherer als verfassungswidrig anzusehen.

Man kann dies auch nicht mit einer Kreditierung bzw. einem Darlehen durch die privaten Versicherer vergleichen, wie z.B. in der Stellungnahme von Prof. Thüsing dargelegt wird. Wie schon das BVerfG im Urteil vom 09.02.2010 ausdrücklich festgestellt hat, kommt bei einem laufenden,

unabweisbaren existenziellen Bedarf keine Kreditierung mehr in Betracht. (Vgl. dort Rd.Nr. 208) Es drohen vielmehr Verschuldung, Inkassokosten und Vollstreckung. Die Betroffenen werden einfach ihrem Schicksal überlassen.

Als Betroffenenvertreter ist festzustellen, dass die ALG II – Bezieher dieser Situation völlig hilflos gegenüber stehen. Sie erhalten seitens der Versicherer oft die Androhung des Ruhens und Mahnbescheide und bekommen von der ARGE den Bescheid, dass derzeit lediglich 129,54 € Krankenversicherung und 18,04 € Pflegeversicherung, also insgesamt 147,58 € übernommen werden. Dies führt zu einer Deckungslücke von ca. 180 € monatlich bei einem Regelsatz von 359 €. Auch werden Sie über die komplizierte Rechtslage oft gar nicht aufgeklärt. Manchmal kommt es zu fragwürdigen Aufrechnungen von Beitragsrückständen mit Erstattungsforderungen der Betroffenen. Auch befindet sich die überwiegende Anzahl der Betroffenen in einem anderen Tarif mit Selbstbehalt und nicht im Basistarif, was zur Folge hat, dass die Leistungserbringer gem. § 192 Abs. 7 VVG keinen Direktanspruch gegen die privaten Versicherungsunternehmen haben, der nur Versicherten im Basistarif vorbehalten ist.

Sie haben als nur die Wahl zwischen Einschränkung ihrer Bedürfnisse oder als säumiger Schuldner den gerichtlichen Schritten der Privatversicherer entgegenzusehen, welche die Schulden durch Inkasso- und Gerichtskosten weiter ansteigen lassen. Dies wird in den bei den Sozialgerichten anhängigen einstweiligen Rechtsschutzverfahren sogar z.T. als kein schwerer Nachteil angesehen, der eine besondere Eilbedürftigkeit begründe würde.

Sofern manche Ansichten darauf verweisen, dass kein Handlungsbedarf bestehe, da eine Kündigung bei Zahlungsverzug durch den Versicherer ausgeschlossen sei und ein Ruhen bei Hilfebedürftigen ALG II – Beziehern nicht eintreten würde, so ist dies eine sehr verkürzte Sichtweise, die in der Praxis nicht zutrifft.

Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass es keineswegs unstrittig ist, dass gemäß § 193 Abs. 6 Satz 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) bei Hilfebedürftigkeit ein Ruhen der Leistungen der Versicherung nicht eintreten könnte. Es spricht zwar nach Sinn und Zweck der Vorschrift einiges dafür, dass diese so auszulegen ist, dass nicht nur ein bereits eingetretenes Ruhen bei Eintritt von Hilfebedürftigkeit endet, sondern ein Ruhen bei bereits bestehender Hilfebedürftigkeit gar nicht erst eintreten kann.

Der Gesetzeswortlaut ist allerdings nicht entsprechend formuliert, worauf insbesondere der Bundesrat hingewiesen hat (vgl. "Unterrichtung durch die Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften. Stellungnahme des Bundesrates und Gegenäußerung der Bundesregierung", Drucksache

16/12256, abgedruckt bei Drucksache 16/12677 des Deutschen Bundestages, S. 17; auch das Landessozialgericht - LSG - Baden-Württemberg hält die Regelung für sprachlich unklar, vgl. Beschluss vom 8. Juli 2009, Az. L 7 SO 2453/09 ER-B, juris Rn. 10).

Dies hat auch zuletzt das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg im Beschluss vom 18.01.2010 – Az.: L 34 AS 2001/09 B ER und das Landessozialgericht Hessen Beschluss vom 14.12.2009 L 7 SO 165/09 B ER hervorgehoben. Nachteile haben die Betroffenen deshalb für den Fall des Verzugs mit Beiträgen zu befürchten, da aufgrund der sprachlich völlig unklaren Regelung des § 193 Abs. 6 Satz 5 VVG nicht eindeutig ist, ob auch für versicherte Personen, die hilfebedürftig i. S. des SGB XII sind (nicht: "werden"), die Leistungen nicht zum Ruhen gebracht werden dürfen. Die Betroffenen muss daher damit rechnen, dass ihre Krankenversicherung wegen Zahlungsverzugs nur noch die in § 193 Abs. 6 Satz 6 VVG beschriebene Notversorgung finanziert. ( Vgl. L 7 SO 2453/09 ER-B 08.07.2009 LSG Baden-Württemberg)

Die Behauptungen mancher Gerichte, der Krankenversicherungsschutz sei vollumfänglich gesichert, entspricht nicht der Rechtswirklichkeit, sondern entspringt einem sehr formal-juristischen Standpunkt.

Danach können sich die Privatversicherer ohne den Vorwurf eines offenen Rechtsbruchs befürchten zu müssen, entgegen den Empfehlungen des Spitzenverbandes natürlich auf den Standpunkt stellen, dass § 193 Abs. 6 VVG nur den Fall betrifft, dass der Versicherte erst später nach Eintritt des Ruhens hilfebedürftig wird. Nach dieser Auffassung tritt ein Ruhen, egal ob Basistarif oder anderer PKV-Tarif, zunächst automatisch ein. Die gegenteilige Meinung mancher Sozialgerichte hat für die privaten Krankenversicherungsunternehmen verständlicherweise keinerlei Bindungswirkung.

Anders verhält es sich nur dann, wenn ein rechtskräftiges Urteil eines Zivilgerichts gegen den jeweiligen Versicherer ergangen ist. Es ist dem Hilfebedürftigen jedoch nicht zumutbar bei dieser hier vorliegenden, widersprüchlichen, unlogischen Gesetzessystematik die Risiken eines Rechtsstreits einzugehen. Auch die Stimmen mancher Gerichte im einstweiligen Rechtsschutzverfahren, nach denen angeblich das Existenzminimum immer gesichert sein soll, widersprechen sich selbst bzw. offenbaren eine Unsicherheit, wenn sie letztlich doch diskutieren, welche Anforderungen an die akuten Schmerzzustände einer Notversorgung beim Ruhen zu stellen sind und diese im Licht der ähnlichen Vorschriften des Asylbewerberleistungsgesetzes diskutieren. Diese Linie verfolgt z.B. auch das LSG Hessen im Beschluss vom 22 März 2010 - L 9 AS 570/09 B ER, welches angesichts der Eindeutigkeit der gesetzlichen Regelung des VAG sogar die Härtefallregelung des BVerfG für unanwendbar hält und den hilfebedürftigen Privatversicherten eine Notversorgung für die Dauer des ggf. lange andauernden Hauptsacheverfahrens nach dem Niveau des Asylbewerberleistungsgesetz für ausreichend hält.



Selbst wenn der private Versicherer kein Ruhen ausspricht, kommt es bei Nichtzahlung der Beiträge zu einer monatlichen Schuldenlast, zu der sich noch Gerichts- und Inkassokosten bis zur Eidesstattlichen Offenbarungsversicherung hinzutreten können..

Ist der Betroffene dann später nicht mehr hilfebedürftig, weil z.B. die Umsätze beim Selbständigen wieder steigen, kann nach der Rspr. der Versicherer wegen der bis dahin aufgelaufenen Beitragsrückstände sofort das Ruhen der Leistungen feststellen. (so ausdrücklich der 15. Senat des Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen im Beschluss vom 26.02.2010, L 15 AS 26/10 B ER und vom 03.12.2009, L 15 AS 1048/09 B ER).

Der Ansicht, dass hier kein gesetzgeberischer Handlungsbedarf bestehe, wie sie in manchen Stellungnahmen zu den Anträgen zum Ausdruck kommt, kann deshalb nicht zugestimmt werden. Zudem ist durch die verschiedenen Ansichten der Gerichte eine völlige Rechtszersplitterung in den Bundesländern entstanden.

Im Lande Niedersachsen verpflichtet das Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen die ARGEN im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes die vollen Beiträge bis zur Höhe des Basistarifs zu übernehmen. Es sei für den Betroffenen unzumutbar laufenden Rechtsbruch gegenüber der privaten Krankenversicherung zu begehen und eine Verschuldung aufzubauen, die nach Beendigung der Hilfsbedürftigkeit sofort zum Ruhen führe. Es hält die einschlägigen Vorschriften des VAG und § 26 SGB II für verfassungswidrig. (Landessozialgericht-Niedersachsen-Bremen, Beschluss vom 03 Dezember 2009, Az.: L 15 AS 1048/09 B ER, Beschluss vom 26 Februar 2010, Az.: L 15 AS 26/10 B ER)

Ebenso entsprach das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg AZ: L 34 AS 2001/09 B ER Beschluss vom 18 Januar 2010 aus verfassungsrechtlichen Gründen dem Übernahmebegehren des Antragstellers. Gleichfalls entschied so das Landessozialgericht Baden-Württemberg - L 3 AS 3934/09 ER-B 16 September 2009 und Hessisches Landessozialgericht L 6 AS 368/09 B ER vom 15 Dezember 2009 (planwidrige Lücke) oder SG Karlsruhe, Urteil vom 10 August 2009, S 5 AS 2121/09 und das Sozialgericht Gelsenkirchen Beschluss vom 02 Oktober 2009 S 31 AS 174/09 ER.

Das Sozialgericht Chemnitz hat zunächst im Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes neuerdings ausgeführt, dass das nunmehr Bundesverfassungsgericht im Rahmen des Leitsatzes 4 ausgesprochen habe, dass der Gesetzgeber verpflichtet sei, einen über den typischen Bedarf hinausgehenden unabweisbaren, laufenden, nicht nur einmaligen, besonderen Bedarf zur Sicherung des menschenwürdigen Existenzminimums zusätzlich zum regulären Leistungsanspruch einzuräumen. Ein solcher unabweisbarer, laufender, nicht nur einmaliger und besonderer Bedarf liege auch beim Antragsteller vor. Nach der im einstweiligen Rechtsschutzverfahren gebotenen summarischen Prüfung sei der Antragsteller nicht in der Lage, diesen Bedarf unter Berücksichtigung

aller zumutbaren Einsparmöglichkeiten aufzubringen. Dabei blieben auch Notdarlehen von Verwandten außer Betracht (Vgl. LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss vom 10 Dezember 2009, L 13 AS 366/09 B ER).

Auch sei nicht ausgeschlossen, einen bereits vor Antragstellung bei Gericht aufgelaufenen Bedarf (rückständige Beiträge, Zwangsvollstreckungs- und Gerichtskosten) zu berücksichtigen, da nur so die wesentlichen Nachteile, wie z.B. Anordnung des Ruhens durch den privaten Versicherer wegen der unklaren Regelung in § 193 VVG, weitere Kosten der Zwangsvollstreckung, abgewendet werden können.

Demgegenüber lehnt das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen, die Anträge auf Eilrechtsschutz regelmäßig mit dem Argument ab, dass gem. § 193 Abs. 6 Satz 6 VVG zumindest die Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände gewährleistet sei und der Antragsteller sich bis zum Hauptsacheverfahren gedulden könne. (Vgl. Beschluss vom 12 Oktober 2009 - L 7 B 196/09 AS ER, Beschluss vom 29 Januar 2010 - L 7 B 449/09 AS ER, Beschluss vom 19 November 2009 - L 7 B 334/09 AS ER, Beschluss vom 23.03.2010 - L 19 AS 235/10 B ER). Beschluss vom 05.05.2010 - L 7 B 379/09 AS ER Diese Linie verfolgt auch das LSG Hessen im Beschluss vom 22 März 2010 - L 9 AS 570/09 B ER In den Hauptsacheverfahren stehen die meisten Entscheidungen noch aus.

Hier hat vor allem das Sozialgericht Düsseldorf als Analogiebefürworter den Anfang gemacht (Vgl. Sozialgericht Düsseldorf S 29 AS 547/10 und S 29 AS 412/10 Urteile vom 12 April 2010, aber auch Sozialgericht Aachen vom 07.06.2010 - S 14 AS 73/10 (verfassungskonforme Auslegung).

Es liegt demnach überwiegend eine planwidrige Regelungslücke vor. Diese Entscheidungen folgen der Entscheidung des Sozialgerichts Karlsruhe, vom 10 August 2009, Az. S 5 AS 2121/09. Darüber hinaus ist nunmehr auch das Sozialgericht Chemnitz durch Urteil vom 16.06.2010 – S 3 AS 450/10 auf diese Linie eingeschwenkt. Mittlerweile befindet sich in dieser Frage eine Sprungrevison des Sozialgerichts Stuttgart beim Bundessozialgericht (B 14 AS 36/10 R).

Es ist daher völlig unklar, ob das Bundessozialgericht den Ansatz der sog. planwidrigen Regelungslücke bestätigen oder auf die neue Härteklausel des § 21 Abs. 6 SGB II abstellen wird. Dies ist aber an derart enge Voraussetzungen geknüpft und stellt nach den Anforderungen des BVerfG auf alle erdenklichen Einsparmöglichkeiten ab. Dies hält z.B. das Sozialgericht Bremen - S 21 AS 1521/09 für einen gangbaren Lösungsweg.

Die Anwendung dieser Auffangregelung kann bei diesem grundsätzlichen Problem jedoch nur eine Notlösung sein.

Ein Vertrauen auf eine Entscheidung des Bundessozialgericht dürfte denen, die im Zeitpunkt der zu erwartenden Entscheidung bereits Schulden aufgehäuft haben und deren Bescheide bestandskräftig geworden sind, wohl wenig helfen. Gem. § 40 Abs. 1 SGB II i.v.m § 330 Abs. 1 SGB III würden

Überprüfungsanträge gem. § 44 SGB X bei einer grundsätzlichen Entscheidung des BSG aus fiskalischen Gründen nur eine Wirkung für die Zukunft entfalten.

Dies zeigt noch einmal die Wichtigkeit des Anliegens der Fraktion DIE LINKE auf, auch für die bisher verschuldeten Versicherten eine wirksame gesetzliche Abhilfe zu schaffen. (siehe Nr. 3 des Antrags). Auch sonst sind wichtige, systematische Gesetzeskorrekturen vorzunehmen.

Die Rechtspraxis bei den Sozialgerichten vor Ort ist oftmals davon geprägt, dass aufgrund der Weisungslage der Bundesagentur für Arbeit, die beklagten ARGEN keinen Spielraum haben und auch das das BMAS lediglich in Stellungnahmen auf Anfragen der Grundsicherungsträger betont, dass es keine Anspruchsgrundlage für eine Beitragsübernahme geben würde, was die Lage für die Betroffenen sicherlich nicht einfacher macht.

Die daraus folgende Subventionierung des Basistarifs der privaten Versicherer durch den Bund ist der kostenträchtige Preis für die Konzeption der Gesundheitsreformgesetzgebers, nach der es zwei verschiedene Säulen der Versicherung, die GKV und PKV gibt. Letztlich würde bei weiterem Unterlassen einer Regelung der Bund auch durch eine entsprechende Anwendung der neuen Härtefallregelung des § 21 Abs. 6 SGB II belastet werden, wobei die Betroffenen jedoch weiter den unzumutbaren Auswirkungen einer Rechtszersplitterung ausgesetzt wären.

Daher dürfte man nur die Wahl haben zwischen kontrollierter, normierter Subventionierung und Steuerung oder unkontrolliertem Anwachsen der Belastung des Bundes ggf. durch Ausuferung der Härtefallklausel ohne spezifische normative Steuerung. Zudem ist bisher nur wenig parlamentarischer Konsens im Hinblick auf eine weitere Belastung der privaten Versicherer ersichtlich, welche bereits mit einem halbierten, nicht kostendeckenden Basistarif kalkulieren müssen.

Derzeit stellt sich die Lage so dar, dass die Verantwortung für die Kostensteigerungen des Bundes und Subventionierung der privaten Krankenversicherer auf die Sozialgerichtsbarkeit übertragen wird, die für das Versagen des Gesetzgebers einspringen soll. Die Sicherstellung des Existenzminimums trotz Krankenversicherung hängt derzeit davon ab, ob man im richtigen Bundesland wohnt, was einen unhaltbaren Zustand darstellt.

Die Bundesagentur für Arbeit hat trotz Kenntnis der Deckungslücke dieses Problem bisher in ihren Weisungen und Hinweisen zur Härtefallklausel ausgespart.

Daher ist der Antrag der Fraktion DIE LINKE folgerichtig und bietet mit angemessenen Kostenausgleichsmechanismen eine geeignete Lösung zur Behebung der Deckungslücke.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Markus Klinder', with a stylized flourish at the end.

Klinder