

L 23 B 58/07 SO PKH

Land

Berlin-Brandenburg

Sozialgericht

LSG Berlin-Brandenburg

Sachgebiet

Sozialhilfe

Abteilung

23

1. Instanz

SG Berlin (BRB)

Aktenzeichen

S 50 SO 2505/05

Datum

07.02.2007

2. Instanz

LSG Berlin-Brandenburg

Aktenzeichen

L 23 B 58/07 SO PKH

Datum

28.06.2007

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Beschluss

Auf die Beschwerde des Klägers wird der Beschluss des Sozialgerichts Berlin vom 07 Februar 2007 aufgehoben. Dem Kläger wird für die Zeit vom 07. März 2005 bis 27. März 2006 Prozesskostenhilfe für das sozialgerichtliche Verfahren bewilligt und Rechtsanwalt D L, Schstraße , B, beigeordnet.

Gründe:

I.

Die Beteiligten streiten in der Hauptsache über die Gewährung von Leistungen zur Grundsicherung im Jahr 2004.

Der 1935 geborene Kläger beantragte im Februar 2004 bei dem Beklagten die Gewährung von Grundsicherungsleistungen nach dem Gesetz über die bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung - GSIG -. Dabei gab er an, eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung in Höhe von 576,07 EUR zu beziehen. Als Kosten der Unterkunft wurden 250,00 EUR angegeben. Zudem machte er Kosten für Arztrechnungen in Höhe von insgesamt 1 454,92 EUR und Kosten für eine private Kranken- und Pflegeversicherung in Höhe von monatlich 502,65 EUR geltend.

Mit Bescheid vom 17. Mai 2004 lehnte die Beklagte den Antrag mit der Begründung ab, das anzurechnende Einkommen übersteige den Bedarf nach GSIG. Den hiergegen erhobenen Widerspruch, mit dem der Kläger u. a. geltend gemacht hatte, dass die Beiträge für Kranken- und Pflegeversicherung insgesamt 434,01 EUR monatlich betragen würden und Arztkosten in Höhe von 1 527,62 EUR aus Februar bis April 2004 entstanden seien, wies der Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 02. Februar 2005 zurück. Zur Begründung führte er aus, für die Zeit vom 01. Februar 2004 bis 30. April 2004 habe kein Anspruch auf Leistungen nach dem GSIG bestanden. Die Beiträge zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung könnten ebenso wie die Beträge zur Begleichung der privatärztlichen Rechnungen bei der Berechnung des Bedarfs nach dem GSIG nicht berücksichtigt oder vom anzurechnenden Einkommen abgesetzt werden. Unter Berücksichtigung des gewährten Wohngeldes in Höhe von 82,00 EUR monatlich ab dem 01. April 2004 bestünde auch weiterhin kein Leistungsanspruch. Nach Zustellung des Widerspruchsbescheides am 05. Februar 2005 hat der Kläger am 07. März 2005 (Montag) durch seinen Prozessbevollmächtigten Klage vor dem Sozialgericht Berlin erhoben und den Antrag angekündigt,

den Beklagten unter Aufhebung des Bescheides vom 07. Mai 2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 02. Februar 2005 zu verpflichten nach den gesetzlichen Vorschriften Hilfe zur Krankheit zu leisten, Forderungen aus Behandlungs- und Untersuchungskosten in dem Zeitraum vom 16. Februar 2004 bis 03. März 2004 in Höhe von 1 454,92 EUR zu übernehmen und den Beklagten zu verpflichten, die Beiträge der Kranken- und Pflegeversicherung bei der Hanse-Merkur-Versicherung vom 01. Juli 2004 bis zum 31. Dezember 2004 in Höhe von 2 964,06 EUR zu übernehmen.

Weiter hat er beantragt,

ihm Prozesskostenhilfe unter Beiordnung seines Prozessbevollmächtigten zu gewähren.

Der Beklagte hält die Klage für unbegründet, weil es sich bei den nicht beglichenen Arzt- und Apothekenrechnungen in Höhe von 395,90 EUR um Schulden handle. Hinsichtlich der Rechnungen sowie der Beiträge für die Zeit vom 01. Juli bis 31. Dezember 2004 werde die Übernahme von Schulden begehrt. Zudem seien die Beiträge zur Krankenversicherung unangemessen hoch. Ein Rechtsanspruch auf Übernahme bestünde nicht. Beiträge zu einer privaten Versicherung könnten dann als angemessen angesehen werden, wenn die Höhe der

Beiträge derjenigen zu einer freiwilligen Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung entspräche. Da der Beitrag der vom Kläger abgeschlossenen privaten Krankenversicherung mehr als doppelt so hoch sei wie der Beitrag für die freiwillige Krankenversicherung eines Sozialhilfempfängers bei einer gesetzlichen Krankenkasse, sei zu Recht keine Übernahme dieser Beiträge erfolgt.

Im Schriftsatz vom 24. März 2006 (Eingang bei Gericht am 27. März 2006) hat der Prozessbevollmächtigte des Klägers angezeigt, dass er das Mandat niedergelegt habe. Der Kläger hat daraufhin mitgeteilt, dass er von seinem Prozessbevollmächtigten eine Rechnung über 313,20 EUR für die Rechtsanwaltskosten erhalten habe. Das Prozesskostenhilfegesuch und die Klage erhalte er aufrecht.

Mit Beschluss vom 07. Februar 2007 hat das Sozialgericht Berlin den Antrag des Klägers auf Gewährung von Prozesskostenhilfe für den Zeitraum ab Klageerhebung bis zur Mandatsniederlegung zurückgewiesen und zur Begründung ausgeführt, dass die beabsichtigte Rechtsverfolgung keine hinreichende Aussicht auf Erfolg biete. Über die Frage der Übernahme der Arztrechnungen habe der Beklagte in dem angefochtenen Bescheid nicht entschieden, mithin fehle es diesbezüglich an einem Vorverfahren. Die Klage sei insoweit unzulässig. Soweit der Kläger Grundsicherungsleistungen unter Berücksichtigung der Beiträge zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung nach § 3 GSIG im Zeitraum Februar bis Dezember 2004 begehre, sei die Klage unbegründet. Unter Berücksichtigung der Beiträge hätte ein Anspruch nach dem Grundsicherungsgesetz bestanden. Die vom Kläger zu zahlenden Beiträge seien jedoch unangemessen hoch.

Gegen den ihm am 16. Februar 2007 zugestellten Beschluss hat der Kläger am 16. März 2007 Beschwerde eingelegt, der das Sozialgericht nicht abgeholfen hat (Entscheidung vom 19. März 2007). Der Kläger begehrt weiter die Gewährung von Prozesskostenhilfe und verweist auf die Rechnung seines Rechtsanwalts vom 24. März 2006. Weiter macht er für den Fall, "dass zur Übernahme seiner Beiträge zur privaten Krankenversicherung die Kommentierung der Ermessensfrage eine entscheidende Rolle spiele", geltend, dass ihm vom Gericht ein Rechtsanwalt ausgewählt und bei einer Verhandlung beigeordnet wird.

Der Kläger beantragt im Beschwerdeverfahren sinngemäß,

den Beschluss des Sozialgerichts Berlin vom 07. Februar 2007 aufzuheben und ihm für das sozialgerichtliche Verfahren für die Zeit vom 07. März 2005 bis 27. März 2006 Prozesskostenhilfe zu bewilligen und Rechtsanwalt L beizuordnen.

Der Beklagte beantragt,

die Beschwerde abzuweisen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakte und auf die beigezogenen Verwaltungsakten des Beklagten verwiesen, die vorgelegt haben und Gegenstand der Beratung gewesen sind.

II.

Die Beschwerde ist zulässig und begründet. Das Sozialgericht hat zu Unrecht den Antrag auf Gewährung von Prozesskostenhilfe unter Beordnung des Prozessbevollmächtigten für die Zeit vom 07. März 2005 bis 27. März 2006 abgelehnt. Hierüber hatte der Senat nur zu entscheiden, da auch das Sozialgericht nur über den Antrag auf Bewilligung von Prozesskostenhilfe für diesen Zeitraum mit dem angefochtenen Beschluss entschieden hat. Soweit der Kläger für das weitere Klageverfahren vor dem Sozialgericht Prozesskostenhilfe unter Beordnung eines Prozessbevollmächtigten beantragt, ist dieser Antrag beim Landessozialgericht unzulässig. Hierüber hat das Sozialgericht, nachdem der Kläger bereits auf die Mandatsniederlegung durch seinen Prozessbevollmächtigten mit Schriftsatz vom 15. Mai 2006 gegenüber dem Sozialgericht mitgeteilt hat, dass er sein Prozesskostenhilfegesuch aufrechterhalte, zu entscheiden.

Der Kläger hatte für die Zeit ab Klageerhebung bis zur Anzeige der Mandatsniederlegung Anspruch auf Bewilligung von Prozesskostenhilfe.

Nach [§ 73 Abs. 1 Satz 1](#) Sozialgerichtsgesetz - SGG - i. V. m. [§ 114](#) Zivilprozessordnung - ZPO - erhält ein Beteiligter auf Antrag PKH, wenn er nach seinen persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen die Kosten der Prozessführung nicht, nur zum Teil oder in Raten aufbringen kann und wenn die beabsichtigte Rechtsverfolgung hinreichend Aussicht auf Erfolg bietet und nicht mutwillig erscheint.

Der Kläger ist nicht in der Lage, die Kosten der Prozessführung aufzubringen. Er bezieht eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung von unter 600,00 EUR. Abzüglich der Mietkosten, der Kosten für die Kranken- und Pflegeversicherung und der Berücksichtigung des abzusetzenden Betrages nach [§ 115 Abs. 1 Satz 3 Nr. 2](#) in Buchstabe a ZPO verbleibt kein einzusetzendes Einkommen.

Der Rechtsstreit bietet auch hinreichende Aussicht auf Erfolg und erscheint nicht mutwillig. An die Prüfung der Erfolgsaussichten dürfen dabei keine überspannten Anforderungen gestellt werden (BVerfG, Beschluss vom 30.10.1991, 1 BVR 13 86/91, [NJW 1992, 889](#)). Eine Rechtsverfolgung ist dann hinreichend Erfolg versprechend, wenn das Gericht nach vorläufiger summarischer Prüfung den Rechtsstandpunkt des Klägers unter Berücksichtigung des Vortrages der anderen Beteiligten zumindest für vertretbar und einen Prozess Erfolg für wahrscheinlich hält. Eine Vorwegnahme der Entscheidung der Hauptsache erfolgt bei dieser Prüfung nicht (BVerfG, Beschluss vom 13.03.1990, 2 BVR 90/98, in JW 1991, 413). Ausgehend von diesen Grundsätzen kann der Klage eine gewisse Erfolgswahrscheinlichkeit nicht abgesprochen werden.

Nach dem auszulegenden Klagebegehren begehrt der Kläger die Gewährung von Grundsicherungsleistungen bis zum 31. Dezember 2004 und nicht etwa die Übernahme von Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen bzw. die Übernahme der Forderungen aus Arztrechnungen. Hiervon ausgehend ist die Rechtsverfolgung hinreichend Erfolg versprechend.

Grundlage für das geltend gemachte Begehren ist, da der Kläger zum anspruchsberechtigten Personenkreis des § 1 GSIG gehörte, § 2 GSIG. Danach haben Anspruch auf Leistungen der Grundsicherung Anspruchsberechtigte, die ihren Lebensunterhalt nicht aus ihrem Einkommen oder Vermögen beschaffen können. Der dabei zugrunde zu legende Bedarf des Lebensunterhalts bestimmt sich nach § 3 GSIG. Danach umfasst die bedarfsorientierte Grundsicherung u. a. den Betrag des um 15. v. H. erhöhten Regelsatzes für einen Haushaltsvorstand nach den Vorschriften des Bundessozialhilfegesetzes - BSHG -, die angemessenen tatsächlichen Aufwendungen für Unterkunft und Heizung, die

Übernahme von Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen entsprechend § 13 BSHG. Für den Einsatz von Einkommen und Vermögen gelten die §§ 76 bis 88 BSHG mit den entsprechenden Rechtsvorschriften.

Dem geltend gemachten Anspruch steht zunächst nicht entgegen, dass mit der Klage ein Bedarf für die Vergangenheit geltend gemacht wird. Unabhängig von der Frage, ob das im Sozialhilferecht vorherrschende Gegenwärtigkeitsprinzip mit der Folge, dass grundsätzlich keine Leistungen für die Vergangenheit zu gewähren sind im Rahmen der bedarfsorientierten Grundsicherung nach dem GSiG Anwendung findet (vgl. hierzu: Bayerischer VGH, Beschluss vom 13.04.2005, [12 ZB 05. 262](#), juris), hat die Rechtsprechung unter Geltung des BSHG Ausnahmen von dem Erfordernis eines tatsächlich fortbestehenden Bedarfs insbesondere bei einer zwischenzeitlichen Bedarfsdeckung im Wege der Selbsthilfe oder Hilfe Dritter für den Fall zugelassen, dass der Hilfebedürftige seinen Anspruch wegen anderweitiger Bedarfsdeckung allein deshalb verlieren würde, weil er die ihm zustehende Hilfe nicht rechtzeitig vom Sozialhilfeträger erhalten hat, obwohl dieser vom Bedarf Kenntnis hatte. Der Sozialhilfeanspruch ist dann nicht ausgeschlossen, wenn ein Dritter vorläufig, gleichsam anstelle des Sozialhilfeträgers unter Vorbehalt des Erstattungsverlangens nur deshalb eingesprungen ist, weil der Beklagte die Hilfe abgelehnt hat (BVerwG, Urteil vom 23.06.1994, [5 C 26/92](#), BVerwGE 96, 192 - 160). Eine darlehensweise Gewährung der finanziellen Mittel zur Bedarfsdeckung führt dazu, dass ab diesem Zeitpunkt ein Erstattungsanspruch Gegenstand des Hilfe-/Klagebegehrens ist. Der Kläger trägt vor, er habe den geltend gemachten Bedarf über einen Kredit bei seiner Bank gedeckt, sodass aus diesem Grunde ein Anspruch gegen den Beklagten nicht von vornherein ausgeschlossen erscheint.

Da die erhobene Klage auf Gewährung von Leistungen zur bedarfsorientierten Grundsicherung gerichtet ist, ist die Klage auch nicht teilweise unzulässig, weil die Beklagte mit dem angefochtenen Bescheid vom 17. Mai 2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21. Mai 2004 hierüber abschlägig entschieden hat. Ein Vorverfahren ist damit durchgeführt worden.

Ein Anspruch nach dem GSiG auf bedarfsorientierte Leistungen ist auch für den Fall, dass die Beiträge zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung beim Bedarf nach dem GSiG zu berücksichtigen sind, nicht ausgeschlossen, worauf das Sozialgericht im angefochtenen Beschluss zutreffend hinweist. Zum Bedarf gehört nach § 3 Abs. 1, 3 GSiG auch die Übernahme von Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen entsprechend § 13 BSHG. Ausgehend von der Bedarfsberechnung des Beklagten sind bei dem Kläger der Regelsatz von 296,00 EUR zuzüglich des Mehrbedarfs entsprechend § 3 Abs. 1 Nr. 1 GSiG in Höhe von 44,40 EUR zugrunde zu legen. Zzgl. der geltend gemachten Aufwendungen für die private Kranken- und Pflegeversicherung in Höhe von 498,61 EUR übersteigt der Bedarf das zu berücksichtigende Renteneinkommen von 576,07 EUR um 262,94 EUR, sodass ein Anspruch auf Leistungen der bedarfsorientierten Grundsicherung im Alter bestünde. Dabei wären noch die Kosten der Unterkunft zu berücksichtigen.

Soweit der Beklagte mit dem angefochtenen Bescheid in der Gestalt des Widerspruchsbescheides, die Gewährung von Leistungen nach dem Grundsicherungsgesetz deshalb abgelehnt hat, weil die Übernahme von Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen nicht anerkannt worden ist, dürfte diese Entscheidung ermessensfehlerhaft sein.

Nach § 3 Abs. 1 Nr. 3 GSiG umfasst die bedarfsorientierte Grundsicherung auch die Übernahme von Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen entsprechend § 13 BSHG. Nach § 13 Abs. 2 BSHG können Beiträge für eine freiwillige Krankenversicherung, worunter auch Beiträge für eine private Krankenversicherung fallen (Wenzel in: Fichtner/Wenzel, Bundessozialhilfegesetz mit Asylbewerberleistungsgesetz und Grundsicherungsgesetz, Kommentar, 2. Aufl., § 13 BSHG Rn. 4a) übernommen werden, soweit sie angemessen sind. Dass der Beklagte im Wege einer positiven Ermessensentscheidung nach § 13 Abs. 2 1. Hs. BSHG verpflichtet ist, ist hier nicht ausgeschlossen.

Nach § 13 Abs. 2 1. Hs. BSHG entscheidet der Beklagte dann im Rahmen pflichtgemäßen Ermessens über die Übernahme der Beiträge für eine freiwillige Krankenversicherung, wenn die Beiträge angemessen sind. Da der Beklagte im vorliegenden Fall mit dem angefochtenen Bescheid in der Gestalt des Widerspruchsbescheides schon angenommen hat, dass die von dem Kläger zu leistenden Beiträge unangemessen sind, hat er kein Ermessen im Sinne der Vorschrift ausgeübt. Ob die Beiträge tatsächlich unangemessen sind und damit eine Ausübung des Ermessens nicht erfolgen darf, erscheint jedoch fraglich und erfordert weitere Ermittlungen des Gerichts nach [§ 103 SGG](#). Die Frage der Angemessenheit ist eine Rechtsfrage und gerichtlich voll nachprüfbar. Die Angemessenheit der Beiträge im Sinne des § 13 Abs. 2 BSHG ergibt sich dabei nicht allein aus der Höhe der Beiträge. Auszulegen ist der unbestimmte Rechtsbegriff vor dem Hintergrund des Präventionsgedankens von § 6 Abs. 1 BSHG, wonach Sozialhilfe vorbeugend gewährt werden soll, wenn dadurch eine drohende Notlage ganz oder teilweise abgewendet werden kann. Die Übernahme von Beiträgen zur Kranken- und Pflegeversicherung dient dabei vorbeugend dem Zweck, einen Krankenversicherungsschutz zu erhalten, um die Inanspruchnahme von Krankenhilfe nach §§ 37f. BSHG vermeiden zu helfen. Die Aufwendungen für eine private Krankenversicherung dürften dann nicht angemessen sein, wenn der mit der Versicherung beabsichtigte Schutz nicht geeignet ist, einer Notlage vorzubeugen und den Einsatz von Krankenhilfe zu vermeiden. Daher ist bei der Prüfung der Angemessenheit der Umfang des Krankenversicherungsschutzes zu berücksichtigen. Nach dem Akteninhalt ist nicht erkennbar, welche Leistungen dem Kläger über seine private Krankenversicherung im Krankheitsfall gewährt werden, weitere Ermittlungen hierzu sind daher erforderlich. Sind. Zwar kann auch aus der Höhe der geschuldeten Beiträge auf eine Angemessenheit geschlossen werden. Dies ist jedoch abhängig von der mit Beiträgen abgesicherten Leistung im Krankheitsfall. So spricht viel dafür, dass Beiträge dann angemessen sind, wenn deren Höhe der Höhe der Beiträge der freiwilligen Krankenversicherung in der gesetzlichen Versicherung gleicht (Ostreicher/Schelter/Kunz, BSHG, 41. Lieferung, § 13 Rn. 12) und der Leistungsumfang vergleichbar ist. Daneben können auch Beiträge unterhalb der Höhe der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung unangemessen sein (Hamburgisches OVG, Beschluss vom 30.07.1992, BS IV 299/92, juris), nämlich dann, wenn mit der Versicherung nur ein minimaler Versicherungsschutz gewährleistet ist, der nicht in der Lage ist, eine Notlage vermeiden zu helfen. Umgekehrt sind Beiträge nicht von vornherein dann im Sinne des § 13 Abs. 2 BSHG unangemessen, wenn die Beitragshöhe über der zu einer freiwilligen Versicherung in der gesetzlichen Versicherung liegt. Dies erscheint jedenfalls dann nicht zwingend, wenn - wie hier - der Zugang zur freiwilligen Krankenversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung für den Bedürftigen verschlossen ist und er nur über begrenzte finanzielle Mittel verfügt und ein Versicherungsschutz im Alter (ggf. mit Risikozuschlägen nur über eine private Krankenversicherung erlangt werden kann. Höhere Beiträge dürften auch dann nicht von vornherein unangemessen sein, wenn den Aufwendungen konkret zu erwartende abzusichernde Belastungen durch Krankenbehandlungen gegenüberstehen, angesichts derer sich der Versicherungsschutz als allein wirtschaftlich darstellt. Hierbei sind vor dem Hintergrund des vorbeugenden Charakters der Hilfe u. a. das Alter und die gesundheitliche Situation des Betroffenen zu berücksichtigen.

Weiter ist bei der Bestimmung der Angemessenheit im konkreten Einzelfall zu berücksichtigen, dass grundsätzlich nach § 1 Abs. 2 GSiG eine

Krankenversicherung als Sicherung gegen Krankheit der Krankenhilfe vorzuziehen ist (Wenzel a. a. O., BSHG, Asylbewerberleistungsgesetz und GSiG, 2. Auflage, § 13 Rn. 4a).

Im vorliegenden Fall ergibt sich nach allem, dass der Sachverhalt von Amts wegen weiter zu ermitteln ist. So ergibt sich aus den vorliegenden Akten nicht die als Vergleichsmaßstab heranzuziehende Beitragshöhe in der gesetzlichen Krankenversicherung. Weiter sind die finanziellen Belastungen aus Krankenbehandlungen zu ermitteln, um festzustellen, ob im konkreten Einzelfall die Höhe der Beiträge zum abzudeckenden Risiko und im Hinblick auf den Zweck, nämlich vorbeugende Hilfe zu gewähren, angemessen ist. Da damit nicht die Angemessenheit der Beiträge von vornherein verneint werden kann, kommt eine Ermessensentscheidung des Beklagten in Betracht, wobei keine Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass nur eine Nichtberücksichtigung der Beiträge zur privaten Krankenversicherung bei der Bedarfsberechnung rechtmäßiges Ergebnis der Ausübung des Ermessens wäre.

Eine hinreichende Erfolgswahrscheinlichkeit der erhobenen Klage im Hinblick auf eine Verpflichtung des Beklagten zur Neubescheidung kann daher nicht verneint werden.

Soweit der Kläger auch die Gewährung von Grundsicherungsleistungen unter Berücksichtigung der Aufwendungen für ärztliche Leistungen beim Bedarf begehrt, diese jedoch nicht nach dem GSiG beim Bedarf zu berücksichtigen sein dürften, führt dies nicht dazu, dass der auf Gewährung von Grundsicherungsleistungen gerichteten Klage eine für die Bewilligung von Prozesskostenhilfe notwendige Erfolgswahrscheinlichkeit abgesprochen werden kann.

Eine Vertretung durch einen Rechtsanwalt war auch nach [§ 121 Abs. 2 ZPO](#) erforderlich.

Dieser Beschluss kann nicht mit der Beschwerde an das Bundessozialgericht angefochten werden, [§ 177 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2007-09-13