

L 23 B 128/08 SO PKH

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Sozialhilfe
Abteilung
23
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 49 SO 2309/06
Datum
07.04.2008
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 23 B 128/08 SO PKH
Datum
16.12.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Beschluss

Auf die Beschwerde des Klägers wird der Beschluss des Sozialgerichts Berlin vom 07. April 2008 aufgehoben und dem Kläger für das Klageverfahren vor dem Sozialgericht Aktenzeichen: [S 49 SO 2309/06](#) Prozesskostenhilfe bewilligt und Rechtsanwalt F B, Cstraße, B, beigeordnet.

Kosten des Beschwerdeverfahrens sind nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Der Kläger begehrt in der Hauptsache von dem Beklagten die Gewährung von höheren Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung.

Der Kläger bezog bis zum 31. Dezember 2004 von dem Beklagten Leistungen, seit dem 01. Januar 2005 Leistungen zum Lebensunterhalt. Seit Januar 2006 bezieht der Kläger Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach [§ 42 ff.](#) Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch - SGB XII - von dem Beklagten. Er ist bei der AAG privat krankenversichert und hatte ab 01. Januar 2006 einen monatlichen Tarifbeitrag in Höhe von 542,34 EUR zu leisten. Bei der Ermittlung des Bedarfs berücksichtigte der Beklagte den monatlichen Beitrag zur Krankenversicherung in Höhe von 542,34 EUR, einen Mehrbedarf nach [§ 42 Nr. 3 SGB XII](#) wegen Erwerbsunfähigkeit und einen solchen wegen kostenaufwendiger Ernährung. Weiterhin übernahm der Beklagte die weiteren Krankenkosten, die von der privaten Krankenversicherung wegen einer vertraglichen Selbstbeteiligungsregelung nicht zu übernehmen waren.

Mit Bescheid vom 16. März 2006 stellte der Beklagte die Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei dauerhafter Erwerbsminderung ab dem 01. März 2006 neu fest. Er führte aus, die Beiträge für die private Krankenversicherung würden aus den Mitteln der Grundsicherung getragen. Das Krankenversicherungsunternehmen habe die Leistungen für das Jahr 2006 um einen so genannten Selbstbehalt in Höhe von 33,00 EUR gekürzt. Diese Eigenbeteiligung könne aus Mitteln der Grundsicherung nicht übernommen werden, weil auch dem Kläger zugemutet werden müsse, sich an den Kosten der Krankenversicherung jährlich in Höhe von bis zu 1 % seines Einkommens (bei chronischen Erkrankungen), also in Höhe von 41,40 EUR, zu beteiligen. Der Selbstbehalt liege hinsichtlich der Höhe unter dieser Summe. Da er, der Beklagte, für alle Arzt- und Arzneimittelrechnungen in Vorleistung getreten sei, habe er die Einbehaltung vorgenommen, und zwar in Höhe von 11,00 EUR für drei Monate. Dem Bescheid lagen Berechnungsbögen für die Monate März bis Mai 2006 bei, aus denen hervorgeht, dass von den errechneten Bedarfsleistungen für diese Monate jeweils 11,00 EUR abgezogen wurden.

Der Kläger erhob mit Schreiben vom 01. April 2006 Widerspruch und verwies auf den Bescheid des Beklagten vom 19. April 2004, nach dem er von jeder Zuzahlung befreit sei. In dem angefochtenen Bescheid fehle jegliche Angabe darüber, ob und ggf. wann sich die Rechtslage geändert habe. Zudem seien die genannten 33,00 EUR nur ein Teilbetrag des jährlichen Selbstbehaltes der A AG in Höhe von 700,00 EUR und stellten keinen Anteil für Zahlungen dar. Der jährliche Selbstbehalt im Rahmen des Krankenversicherungsschutzes sei seit Beginn des Leistungsbezuges anerkannt und auch vollständig übernommen worden. Aufgabe der Grundsicherung sei zudem nicht die Gleichstellung mit Sozialhilfeempfängern, sondern vielmehr nur eine Benennung der Kostenträger, die für das Existenzminimum aufkommen müssten. Er beantragte, den Betrag von 33,00 EUR zu überweisen.

Mit Schreiben vom 04. Mai 2006 unterrichtete der Beklagte den Kläger davon, dass die private Krankenkasse ihm einen kostengünstigeren Tarif anbieten müsse, der den Leistungsinhalten der gesetzlichen Krankenkasse entspreche und forderte den Kläger auf, unverzüglich die

Umstellung des Tarifes bei seiner Versicherung zu beantragen. Der Kläger teilte daraufhin mit, dass er zum 01. Juni 2006 den Tarif bei seiner Versicherung gewechselt habe, und übersandte die ab 01. Juni 2006 gültigen Versicherungsunterlagen, nach denen er noch einen monatlichen Beitrag in Höhe von 331,49 EUR zu entrichten hatte. Nach diesem Tarif hatte er noch 20 % Selbstbeteiligung für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel zu leisten, maximal in Höhe von 306,00 EUR pro Jahr.

Mit Bescheid vom 18. Mai 2006 stellte der Beklagte die Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei dauerhafter Erwerbsminderung ab dem 01. Juni 2006 neu fest, und zwar für den Monat Juni 2006 in Höhe von 1 071,32 EUR sowie für die Folgemonate "bis auf weiteres" in derselben Höhe. In dem dem Bescheid beigegefügten Berechnungsbogen wurden als Bedarf der Mehrbedarf wegen Erwerbsunfähigkeit und wegen kostenaufwendiger Ernährung sowie der monatliche Beitrag zur Krankenversicherung in Höhe von 331,49 EUR berücksichtigt.

Auf eine Anfrage des Klägers vom 06. Juni 2006 teilte der Beklagte dem Kläger mit Bescheid vom 14. Juni 2006 mit, dass die Zuzahlungsregelungen aufgrund der Gesundheitsreform bereits seit dem 01. Januar 2004 gelten würden. Alle Patienten müssten diese Zuzahlungen leisten, bis sie eine jährliche Eigenleistung von 2 % ihres jährlichen Bruttoeinkommens erbracht hätten. Auch bei Empfängern von Leistungen der Grundsicherung gelte der Regelsatz in Höhe von 345,00 EUR des Haushaltsvorstandes als Grundlage, um die Belastungsgrenze von 82,80 EUR zu ermitteln. Bei chronisch kranken Personen, wovon bei dem Kläger ausgegangen werde, werde nur die Hälfte dieser Summe, also 41,40 EUR, als Eigenbeteiligung ermittelt. Es sei im Rahmen der Sozialhilfe nicht möglich, diese jährlichen Zuzahlungskosten zu erstatten. Die private Krankenkasse des Klägers fordere seit 01. Juni 2006 einen jährlichen Eigenanteil in Höhe von 306,00 EUR. Der entstehende jährliche Differenzbetrag in Höhe von bis zu 264,60 EUR werde nach Einreichung der entsprechenden Quittungen und Belege erstattet. Dem Kläger wurde empfohlen, auch künftig alle Quittungen für geleistete Zuzahlungen zu sammeln. Wenn die Zuzahlungen die Belastungsgrenze erreicht hätten, sollte er diese Nachweise bei dem Beklagten einreichen. Im Falle des Klägers seien bereits 33,00 EUR angerechnet worden. Demnach habe er noch einen Eigenanteil in Höhe von 8,40 EUR als Zuzahlung für 2006 zu zahlen.

Nachdem der Kläger mitgeteilt hatte, dass der Widerspruch nicht erledigt sei, wies die Beklagte mit Bescheid vom 20. September 2006 den Widerspruch unter Hinweis auf die Bestimmungen des SGB XII zurück. Irrtümlich sei bezüglich der Zuzahlungen die Summe von 33,00 EUR angegeben worden. Auch für privat versicherte Personen, die Hilfe nach [§ 48 SGB XII](#) erhielten, seien dieselben Zuzahlungsregelungen maßgeblich wie für gesetzlich Krankenversicherte. Dort werde den Leistungsempfängern nach dem SGB XII ein Eigenanteil von 282,80 EUR jährlich zugemutet, bei chronisch kranken Personen in Höhe von 41,40 EUR jährlich.

Mit der daraufhin am 6. Oktober 2006 beim Sozialgericht Berlin erhobenen Klage verfolgt der Kläger sein Begehren weiter und macht geltend, er genieße Vertrauensschutz, da er auf der Grundlage des Bescheides vom 19. April 2004 davon ausgegangen sei, dass er keine Zuzahlungen zu leisten habe. Zumindest sei der Widerspruchsbescheid in Höhe von 8,40 EUR rechtswidrig, da der Beklagte zunächst nur 33,00 EUR jährlich gefordert habe.

Den Antrag, ihm für das Verfahren vor dem Sozialgericht Prozesskostenhilfe zu bewilligen, lehnte das Sozialgericht mit Beschluss vom 07. April 2008, dem Kläger am 24. April 2008 zugestellt, ab. Die beabsichtigte Rechtsverfolgung biete keine hinreichende Aussicht auf Erfolg, denn für das Begehren des Klägers auf volle Übernahme der von ihm zu leistenden Selbstbeteiligung bestünde keine Rechtsgrundlage. Die von dem Beklagten gewährten Leistungen zur Grundsicherung nach [§§ 41, 42 SGB XII](#) enthielten auch Beträge für Ausgaben für Gesundheitspflege. Hierzu gehörten auch Zuzahlungen für medizinische Erzeugnisse und therapeutische Geräte und Ausrüstungen. Dies bedeute, dass der Regelsatz, den der Kläger monatlich von dem Beklagten erhalte, bereits einen Anteil für medizinische Zuzahlungen enthalte. Würde der Beklagte dem Kläger die Kosten für die Zuzahlungen unterhalb der Belastungsgrenze ersetzen, würden daher Leistungen doppelt gezahlt worauf der Kläger keinen Anspruch habe.

Mit der am 21. Mai 2008 eingelegten Beschwerde begehrt der Kläger weiter die Bewilligung von Prozesskostenhilfe unter Beordnung seines Rechtsanwaltes für das sozialgerichtliche Verfahren.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der Verwaltungsakte verwiesen, die vorgelegen haben und Gegenstand der Beratung gewesen sind.

II.

Die Beschwerde ist begründet. Das Sozialgericht hat zu Unrecht den Antrag auf Bewilligung von Prozesskostenhilfe PKH - abgelehnt. Nach [§ 73 a 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 nur in Raten aufbringen kann und wenn die beabsichtigte Rechtsverfolgung hinreichende Aussicht auf Erfolg bietet und nicht mutwillig erscheint.

Der Kläger ist nicht in der Lage, die Kosten der Prozessführung auch nur in Raten aufzubringen. Dies folgt aus der Erklärung über die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse für die Gewährung von PKH und daraus, dass er Leistungen der Grundsicherung nach [§ 41 f.](#) SGB XII erhält.

Der Rechtsstreit bietet auch hinreichende Aussicht auf Erfolg und erscheint nicht mutwillig.

An die Prüfung der Erfolgsaussichten dürfen keine überspannten Anforderungen gestellt werden (Bundesverfassungsgericht BVerfG, Kammerbeschluss vom 30. Oktober 1991, 1 BvR 1486/91, [NJW 1992, 889](#)). Eine Rechtsverfolgung ist dann hinreichend Erfolg versprechend, wenn das Gericht nach vorläufiger summarischer Prüfung den Rechtsstandpunkt des Antragstellers unter Berücksichtigung des Vortrages des anderen Beteiligten zumindest für vertretbar und den Prozesserfolg für wahrscheinlich hält. Eine Vorwegnahme der Entscheidung in der Hauptsache erfolgt im Rahmen der Prüfung der Erfolgswahrscheinlichkeit im PKH Verfahren nicht (BVerfG, Beschluss vom 13. März 1990, [2 BvR 94/88, NJW 1991, 413](#)). Bei der Beurteilung der Erfolgsaussicht der Klage ist vom Antrag des Klägers auszugehen, der ggf. auszulegen ist. Der Kläger wehrt sich in der zulässigen kombinierten Anfechtungs- und Verpflichtungsklage gegen die mit Bescheid vom 16. März 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20. September 2006 verfügte Kürzung der monatlichen Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung in Höhe von monatlich 11,00 EUR und zum anderen mit der zulässigen Anfechtungs- und Verpflichtungsklage gegen die mit Bescheid vom 14. Juni 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20. September 2006

verfügte Regelung, dass ein "Eigenanteil" für Leistungen des Gesundheitswesens, den er nach den vertraglichen Bedingungen mit seiner privaten Krankenversicherung für in Anspruch genommene Leistungen des Gesundheitssystems in Höhe von jährlich 306,00 EUR zu leisten hat, von dem Beklagten nur in Höhe von bis zu 264,60 EUR jährlich als zu deckender Bedarf anerkannt wird.

Nach der im PKH Verfahren allein veranlassten summarischen Prüfung, wobei eine abschließende Beurteilung der Erfolgsaussichten nicht erforderlich ist, hat die Klage hinreichende Aussicht auf Erfolg. Der angefochtene Bescheid vom 14. Juni 2006 ist nach summarischer Prüfung rechtswidrig und verletzt den Kläger in seinen Rechten.

Die Beklagte geht dabei zunächst zu Recht davon aus, dass im Rahmen der Hilfe bei Krankheit, die der Kläger begehrt, der Bedarf nur in dem Umfang zu decken ist, in dem Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung nach den Vorschriften des Sozialgesetzbuches Fünftes Buch SGB V gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung Ansprüche haben. Dies ergibt sich aus der Vorschrift des [§ 48 SGB XII](#). Der Kläger kann dem nicht entgegenhalten, dass er nicht gesetzlich, sondern privat krankenversichert ist. Die Vorschrift des [§ 48 SGB XII](#) unterscheidet nämlich nicht zwischen gesetzlich Versicherten oder privat Versicherten, sondern beschränkt den Umfang der Hilfe nach dem SGB XII für alle Anspruchsberechtigten nach dem SGB XII auf den Umfang der Ansprüche nach den Regelungen des SGB V. [§ 52 Abs. 1 Satz 1 SGB XII](#) ordnet insoweit ausdrücklich an, dass die Hilfen nach den [§§ 47](#) 51 SGB XII den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zu entsprechen haben. Zu Recht weist der Beklagte daher insoweit darauf hin, dass nach den Vorschriften des SGB V von Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung Zuzahlungen zu leisten sind, Versicherte also bei Inanspruchnahme von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung mit Kosten für Zuzahlungen und für die Praxisgebühr belastet bleiben. Nach [§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB XII](#) sind daher Leistungsbezieher nach dem SGB XII wie der Kläger ebenfalls nicht von allen Kosten, die bei der Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems entstehen, befreit. Der Beklagte nimmt auch zu Recht an, dass diese Belastungen entsprechend den Regelungen des SGB V begrenzt sind. Nach [§ 62 SGB V](#) haben Versicherte Zuzahlungen nur bis zu einer jährlichen Belastungsgrenze zu leisten, die von dem Beklagten ebenfalls zutreffend berechnet worden ist.

Der Kläger hat danach grundsätzlich keinen Anspruch gegen den Beklagten, dass dieser im Rahmen der Hilfe bei Krankheit nach [§ 48 SGB XII](#) den Kläger auch von den Kosten für Zuzahlungen gänzlich freihält. Diese Belastungen, die nach den Regelungen des SGB XII (und des Sozialgesetzbuches Zweites Buch - SGB II -) zu den Kosten des Lebensunterhalts gehören, sind bereits (bis zur Belastungsgrenze) im Regelsatz nach [§ 41 SGB XII](#) i. V. m. [§ 28 SGB XII](#) eingestellt und werden daher bei der Ermittlung des Bedarfs erfasst. Die im Regelsatz enthaltenen Kosten für die Gesundheitspflege beinhalten auch Kosten für Zuzahlungen (LSG Baden Württemberg vom 01. Februar 2007, [L 7 SO 4267/05](#), FEVS 58, 451 454). Dass Empfänger von Leistungen zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII aus dem Regelsatz Zuzahlungen zu leisten haben, ist auch nicht unvereinbar mit dem Grundgesetz (Bundessozialgericht BSG vom 22. April 2008, [B 1 KR 10/07 R](#), juris; LSG Niedersachsen-Bremen vom 20. April 2006, [L 8 SO 56/05](#), juris).

Die Rechtswidrigkeit des angefochtenen Bescheides folgt jedoch daraus, dass keine gesetzliche Grundlage ersichtlich ist, nach der der Beklagte berechtigt ist, pauschal den von ihm zutreffend errechneten Betrag für Zuzahlungen (bis zur Belastungsgrenze) von den gewährten Leistungen abzusetzen.

Der Beklagte berücksichtigt für den Kläger zutreffend nach [§ 42 Satz 1 Nr. 4](#) i. V. m. [§ 32 Abs. 5 SGB XII](#) die Beiträge zur privaten Krankenversicherung. Daneben hat der Kläger einen Anspruch darauf, dass die von dem privaten Krankenversicherungsschutz (wegen des vertraglich vereinbarten Selbstbehalts) nicht abgedeckten Kosten für in Anspruch genommene Leistungen des Gesundheitssystems, soweit sie dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechen, als Bedarf anerkannt werden.

Da dem Kläger mit dem von dem Beklagten monatlich gewährten Regelsatz Mittel zur Leistung von Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze zur Verfügung gestellt werden, hat der Beklagte im Rahmen des [§ 48 SGB XII](#) - für Zuzahlungen - auch keine weiteren Leistungen zu erbringen.

Es ist jedoch - nach summarischer Prüfung - nicht ersichtlich, dass der Beklagte berechtigt ist, laufende Leistungen wegen zu leistender Zuzahlungen im Hinblick auf zu übernehmende Kosten für Krankenbehandlungen zu kürzen, wie dies mit den angefochtenen Bescheiden geschehen ist. Dass in den dem Kläger aufgrund des privaten Krankenversicherungsvertrages verbleibenden Kosten in Höhe des Selbstbehalts von maximal 306,00 EUR jährlich Beträge für Zuzahlungen enthalten sind, berechtigt den Beklagten nicht zu Kürzungen von laufenden Leistungen. Der Beklagte verkennt, dass Zuzahlungen von Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung nur in den im SGB V gesetzlich normierten Fällen zu leisten sind. Zuzahlungen sind danach zu leisten für Leistungen der stationären Rehabilitation nach [§ 40 Abs. 5 SGB V](#), für die Inanspruchnahme einer Haushaltshilfe ([§ 38 Abs. 5 SGB V](#)), für die Inanspruchnahme einer Soziotherapie ([§ 37 a SGB V](#)), für die häusliche Krankenpflege ([§ 37 Abs. 5 SGB V](#)), für Heil- und Hilfsmittel und Arznei- und Verbandsmittel nach [§§ 31, 32, 33 SGB V](#). Weiter sind Zuzahlungen zu leisten für kieferorthopädische Behandlungen nach [§ 29 Abs. 2 SGB V](#) und für die ärztliche und zahnärztliche Behandlung ([§ 58 Abs. 4 SGB V](#)). Die gesetzlichen Regelungen sehen dabei auch Ausnahmen vor, nach denen nicht in jedem Fall Zuzahlungen anfallen. Für den Anspruch des Klägers auf Krankenhilfe nach [§ 48 SGB XII](#) und der daraus resultierenden Verpflichtung des Beklagten, bedarfsdeckende Leistungen bei Krankheit in dem Umfang des Leistungsanspruchs der gesetzlichen Krankenversicherung zu gewähren, bedeutet dies zwar, dass der Beklagte berechtigt sein könnte, über die AAG eingereichte Arztrechnungen, die wegen des vereinbarten Selbstbehalts von dieser nicht zu begleichen sind, daraufhin zu überprüfen, ob für die jeweiligen Leistungen, für die eine Erstattung beansprucht wird, etwaige Zuzahlungen nach dem SGB V zu leisten wären und ob der Kläger unter Berücksichtigung noch Zuzahlungen zu leisten hat. Ggf. bestünde keine Pflicht zur Übernahme dieser "Anteile" im Rahmen des [§ 48 SGB XII](#). Erhält der Beklagte Rechnungen direkt über das Versicherungsunternehmen zum Ausgleich, so wäre diesem gegenüber der Erstattungsbetrag ggf. zu kürzen, so dass das Versicherungsunternehmen gehalten wäre, diesen Betrag (für Zuzahlungen) direkt vom Kläger zu fordern. Diesem stehen hierfür - wie dargestellt - über den Regelsatz Mittel (bis zur Belastungsgrenze) zur Verfügung. Zutreffend hat der Beklagte den Kläger daher mit dem Bescheid vom 14. Juni 2006 darauf hingewiesen, dass er Quittungen und Rechnungen zum Nachweis geleisteter Zuzahlungen "sammeln" solle, um anzuzeigen, wann die Belastungsgrenze durch Zahlungen seinerseits aus dem Regelsatz erreicht ist. Eine pauschale Kürzung der Übernahme des Selbstbehalts im Rahmen der privaten Krankenversicherung auf einen Betrag von § 264,60 EUR, wie von dem Beklagte mit Bescheid vom 14. Juni 2006 verfügt, ist nicht von einer gesetzlichen Regelung gedeckt.

Soweit der Beklagte meint, nur durch eine pauschalisierte Kürzung sei sichergestellt, dass dem Kläger der im Regelsatz für Zuzahlung enthaltene Betrag auch zweckbestimmt eingesetzt werde, verkennt er, dass auch Hilfeempfänger, deren Anspruch auf Hilfe bei Krankheit

über [§ 264 SGB VI](#) sichergestellt ist, nicht in jedem Fall den im Regelsatz enthaltenen Betrag für Kosten für Gesundheitspflege für Zuzahlungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeben. Der pauschalierte Regelsatz lässt dies zu.

Aus den dargelegten Gründen ist auch der Bescheid des Beklagten vom 16. März 2006 rechtswidrig. Der Beklagte war nicht befugt, monatlich einen Abzug von 11,00 EUR für Zuzahlungen vorzunehmen.

Wie bereits dargestellt, stehen dem Kläger mit dem Regelsatz nach [§ 41 SGB XII](#) i. V. m. [§ 28 SGB XII](#) Mittel zur Begleichung von Zuzahlungen rechtmäßig zur Verfügung. Es ist nicht ersichtlich, dass der Beklagte diese Mittel dem Kläger schon anderweitig geleistet hat. Soweit der Beklagte der Auffassung ist, dass für das Jahr 2006 von dem Kläger noch Zuzahlungen für die Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems zu leisten waren, durfte der Beklagte dem Kläger gerade nicht die im Regelsatz hierfür vorgesehenen Mittel entziehen. Es kann dahingestellt bleiben, ob nach dem Dargestellten vorgelegte Rechnungen für ärztliche Leistungen oder für Arzneimittel - für die nach den Regelungen des SGB V Zuzahlungen zu leisten wären - nur um einen in Höhe der zu leistenden Zuzahlungen gekürzten Betrag an das private Versicherungsunternehmen zu überweisen waren. Für eine Kürzung des Regelsatzes bzw. Kürzung der zu gewährenden Leistungen nach [§ 48 SGB XII](#) war kein Raum.

Nach allem hat die Klage Aussicht auf Erfolg.

Die Vertretung durch einen Rechtsanwalt ist auch erforderlich ([§ 121 Abs. 2 ZPO](#)). Kriterien für die Erforderlichkeit einer Beordnung sind Umfang, Schwierigkeitsgrad und Bedeutung der Sache sowie die Fähigkeit des Antragstellers zur Prozessführung. Aus dem Dargelegten folgt, dass hier die Sache weder tatsächlich noch rechtlich einfach gelagert und eine anwaltliche Unterstützung daher nicht entbehrlich ist.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 73 a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i. V. m. [§ 127 Abs. 4 ZPO](#).

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

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2009-01-12