

L 8 SO 3/10 B ER

Land

Sachsen-Anhalt

Sozialgericht

LSG Sachsen-Anhalt

Sachgebiet

Sozialhilfe

Abteilung

8

1. Instanz

SG Dessau-Roßlau (SAN)

Aktenzeichen

S 10 SO 51/09 ER

Datum

22.12.2010

2. Instanz

LSG Sachsen-Anhalt

Aktenzeichen

L 8 SO 3/10 B ER

Datum

22.03.2010

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Beschluss

Leitsätze

private Krankenversicherung -Beitragszuschuss-Grundsicherung im Alter-einstweiliger Rechtsschutz

1. Die Beschwerde gegen den Beschluss des Sozialgerichts Dessau-Roßlau vom 22. Dezember 2009 wird zurückgewiesen.

Kosten des Beschwerdeverfahrens sind nicht zu erstatten.

2. Der Antrag auf Bewilligung von Prozesskostenhilfe für das Beschwerdeverfahren wird abgelehnt.

Gründe:

I.

Der Antragsteller (Ast.) begehrt im Rahmen des einstweiligen Rechtsschutzes von dem Antragsgegner (Ag.) die vorläufige Übernahme der Beiträge für seine Kranken- und Pflegeversicherung im Basistarif in voller Höhe als Teil der laufenden Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (Sozialhilfe - SGB XII).

Der am 1X. Mai 1942 geborene Ast. ist ledig. Er hat einen im Jahr 1995 geborenen Sohn, der in B. wohnt und für den der Ast. nach seinen Angaben Unterhalt in Höhe von 283,00 EUR monatlich zu leisten hat. Über das Vermögen des Ast. wurde das Insolvenzverfahren eröffnet (Az. 2 IN 9/05 Amtsgericht Dessau-Roßlau). Er ist Geschäftsführer der P. GmbH, die Maßnahmen der beruflichen Aufstiegsfortbildung durchführt. Ausweislich der von ihm vorgelegten Abrechnung der Brutto-Netto-Bezüge erzielte er für diese Tätigkeit zumindest bis Dezember 2008 ein - nach Angaben des Ast. unter Berücksichtigung der Pfändungsgrenze gemäß [§ 850 c](#) Zivilprozessordnung (ZPO) vereinbartes - Geschäftsführergehalt von brutto/netto 840,00 EUR monatlich.

Der Ast. ist bei der S. I. Versicherung AG, im Folgenden S. I., privat kranken- und pflegeversichert. Er hat keine Versicherungszeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung zurückgelegt, sodass er die Voraussetzungen einer Versicherung in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) nicht erfüllt.

Der Ast. beantragte am 27. Januar 2009 bei dem Ag. die Gewährung von laufenden Leistungen nach dem SGB XII. In diesem Zusammenhang legte er u.a. ein Kündigungsschreiben über die Beendigung seiner Geschäftsführertätigkeit bei der P. GmbH zum 31. Dezember 2008 und einen Darlehensvertrag mit der P. GmbH über eine Darlehenssumme von 5.000 EUR vom 30. April 2008 vor. Der Ag. lehnte den Antrag mit Bescheid vom 25. März 2009 mit der Begründung ab, die finanziellen Verhältnisse des Ast. seien ungeklärt. Dieser Bescheid ist - nach Zurückweisung des hiergegen gerichteten Widerspruchs mit Widerspruchsbescheid vom 28. Mai 2009 - Gegenstand des noch nicht abgeschlossenen Hauptsacheverfahrens vor dem Sozialgericht Dessau-Roßlau (Az. [S 10 SO 36/09](#)).

Der Ast. hat am 1. Juli 2009 bei diesem Sozialgericht einen Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung (Az. S 10 SO 35/09 ER) mit dem Ziel gestellt, den Ag. u.a. zu verpflichten, ihm vom 1. Juli bis zum 31. Dezember 2009 vorläufig darlehensweise Leistungen in Höhe von 1.430,71 EUR monatlich zu bewilligen. Dieser Betrag kam unter Berücksichtigung eines von ihm im allgemeinen Tarif - d.h. nicht im Basistarif - zu zahlenden monatlichen Beitrags in Höhe von 467,65 EUR für die Krankenversicherung und in Höhe von 46,94 EUR für die Pflegeversicherung zustande. Er wolle sich nicht im Basistarif versichern und sei gegebenenfalls bereit, die Beiträge, soweit sie den Beitrag im Basistarif überschreiten, aus dem ihm als Regelsatz zu gewährenden notwendigen Lebensunterhalt zu bestreiten. Auf den Antrag gab der Ag. in der nichtöffentlichen Sitzung am 6. August 2009 folgende Erklärung ab:

"Ich gebe ein Teilanerkenntnis ab.

Der Antragsgegner gewährt dem Antragsteller für den Monat Juli 2009 Kosten der Unterkunft in Höhe von 223 Euro zuzüglich der Regelleistung sowie einen Beitrag zur Kranken- und Pflegeversicherung in Höhe von 142,11 Euro. Für den Zeitraum ab August 2009 gewährt der Antragsgegner dem Antragsteller vorläufig monatlich die Regelleistung sowie monatliche Kosten der Unterkunft in Höhe von 150 Euro zuzüglich Betriebskosten in Höhe von 59,40 Euro abzüglich 15 Euro für Strom sowie einen monatlichen Beitrag zur Kranken- und Pflegeversicherung in Höhe von 142,11 Euro.

Der Antragsgegner trägt die Hälfte der außergerichtlichen Kosten des Antragstellers."

Der Ast. erklärte daraufhin durch die Verfahrensbevollmächtigte:

"Ich nehme das Teilanerkenntnis an und erkläre das Verfahren für erledigt."

Der Ag. bewilligte dem Ast. "auf das Teilanerkenntnis" mit Bescheid vom 12. August 2009 Leistungen für Juli 2009 in Höhe von 724,11 EUR und für die Monate ab August 2009 jeweils in Höhe von 695,51 EUR. Für die Aufwendungen des Ast. für seine Kranken- und Pflegeversicherung berücksichtigte der Ag. für den gesamten Zeitraum vom 1. Juli 2009 bis zum 30. April 2010 einen Bedarf in Höhe von insgesamt 142,11 EUR monatlich. In der Rechtsbehelfsbelehrung wird auf die Zulässigkeit des Widerspruchs gegen diesen Bescheid hingewiesen, den der Ast. am 7. September 2009 einlegte. Er machte darin geltend, der Ag. habe die von ihm gezahlten Beiträge zur privaten Krankenversicherung in Höhe von 467,65 EUR und zur Pflegeversicherung in Höhe von 46,94 EUR sowie den jährlichen Selbstbehalt in Höhe von 1.400,00 EUR zu übernehmen und ihm für den Beitragsrückstand bei der S. I. für die Zeit vom 8. August bis zum 1. November 2009 1.284,75 EUR als Darlehen zu bewilligen. Die Regelungen im Gesetz über die Beaufsichtigung von Versicherungsunternehmen (VAG) könnten seinen sich unmittelbar aus dem SGB XII ergebenden Anspruch auf volle Übernahme der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung nicht beschränken. Er legte ein Schreiben der S. I. vom 2. Oktober 2009 über Beitragsrückstände für die Zeit vom 8. August bis zum 1. Oktober 2009 in Höhe von 817,10 EUR und für die Zeit vom 1. Oktober bis zum 1. November 2009 in Höhe von 467,65 EUR vor. Der Ag. lehnte mit Bescheid vom 14. Oktober 2009 die Übernahme von Beitragsrückständen ab. Er habe sich Rahmen des vor dem Sozialgericht abgegebenen Teilanerkenntnisses verpflichtet, ab Juli 2009 monatlich einen Beitrag für die Kranken- und Pflegeversicherung in Höhe von 142,11 EUR (124,32 EUR Beitrag Krankenversicherung, 17,79 EUR Beitrag Pflegeversicherung) zu gewähren. Für die Übernahme von Beitragsschulden bei einer für längere Zeit bestehenden Hilfebedürftigkeit fehle es an einer gesetzlichen Grundlage. Beitragsrückstände beeinträchtigten auf Grund des Kontrahierungszwangs den Fortbestand des Versicherungsschutzes des Ast. nicht.

Der Ag. wies den Widerspruch des Ast. gegen den Bescheid vom 12. August 2009 mit Widerspruchsbescheid vom 19. Oktober 2009 als unbegründet zurück. Nach dem vor dem Sozialgericht abgegebenen Teilanerkenntnis hätten ab Juli 2009 für die Krankenversicherung und Pflegeversicherung monatlich Beträge in Höhe von insgesamt 142,11 EUR (124,32 EUR Beitrag Krankenversicherung, 17,79 EUR Beitrag Pflegeversicherung) als Bedarf berücksichtigt werden sollen. Dem sei in dem angefochtenen Bescheid entsprochen worden. Nach [§ 12 Abs. 1c Satz 4](#) und 6 VAG habe der Sozialhilfeträger nur den auch für Bezieher von Arbeitslosengeld II maßgebenden Betrag zur Kranken- bzw. Pflegeversicherung zu zahlen. Auf Grund der Regelung in [§ 193 Abs. 6](#) des Gesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG) sei sichergestellt, dass bei dem Ast. auch durch einen Beitragsrückstand kein Ruhen seiner Leistungsansprüche eintrete. In § 12 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Basistarif 2009 (im Folgenden Versicherungsbedingungen 2009) sei auch eine Aufrechnung von Beitragsrückständen mit Leistungsansprüchen ausgeschlossen. [§ 12g Abs. 1 Satz 3 VAG](#) sehe einen Ausgleich zwischen den Versicherungsunternehmen für Mehraufwendungen vor, die sich aus der Sicherstellung der Versicherung Hilfebedürftiger im Basistarif ergäben. Für die Beiträge zur privaten Pflegeversicherung gelte Entsprechendes nach [§ 110 Abs. 2](#) Elftes Buch Sozialgesetzbuch (Soziale Pflegeversicherung - SGB XI). Es fehle an einer Rechtsgrundlage für die Übernahme von Beitragsrückständen für die Zeit vor dem Leistungsbezug, da bei dem Ast. ein Hilfebedarf nicht nur für eine voraussichtlich kurze Dauer anzunehmen sei.

Der Ast. hat mit seinem am 18. Oktober 2009 bei dem Sozialgericht Dessau-Roßlau eingegangenen Antrag die Verpflichtung des Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung begehrt, den Bescheid vom 12. August 2009 teilweise aufzuheben und ihm vorläufig monatliche Leistungen für die Kranken- und Pflegeversicherung bei der S. I. in Höhe von 284,76 EUR für die Krankenversicherung sowie in Höhe von 18,04 EUR für die Pflegeversicherung - abzüglich des bereits anerkannten monatlichen Beitragszuschusses in Höhe von 142,11 EUR - für den Zeitraum vom [Antrags-]Eingang bei Gericht bis zum 30. April 2010 bzw. bis zur rechtskräftigen Entscheidung im Hauptsacheverfahren darlehensweise zu bewilligen. Er sei - unabhängig von der Beitragsverpflichtung zur Kranken- und Pflegeversicherung - hilfebedürftig, da er seinen notwendigen Lebensunterhalt weder aus Einkommen noch aus Vermögen bestreiten könne. Ein Beitragszuschuss in der beantragten Höhe entsprechend dem halben Basistarif sei "angemessen" im Sinne des [§ 32 Abs. 5 SGB XII](#). Das VAG diene nur der staatlichen Aufsicht über Versicherungsunternehmen, die nicht Sozialversicherungsträger seien. Auch nach Einbeziehung der privaten Krankenversicherungsunternehmen in die Pflichtversicherung seien die Rechtsbeziehungen zwischen diesen Unternehmen und den dort Versicherten privatrechtlicher Natur, sodass dem VAG keine Regelungen über die Beschränkung von Sozialleistungsansprüchen zu entnehmen seien. Ein Anordnungsgrund ergebe sich daraus, dass er trotz aktueller Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr von seinen Ärzten behandelt werde. Auf die abgerechneten Leistungen zahle er auf Grund einer mit den Ärzten jeweils getroffenen Vereinbarung 10,00 EUR monatlich. Bei einem Abwarten bis zum rechtskräftigen Abschluss des Hauptsacheverfahrens sehe er sich einer monatlich wachsenden Schuldenlast gegenüber. Bei einem Beitragsrückstand in der Pflegeversicherung von sechs Monaten sei der Versicherer gesetzlich verpflichtet, Strafantrag gegen ihn zu stellen.

Er hat ergänzend auf Versicherungen an Eides statt vom 16. Oktober 2009 und vom 6. November 2009 zur Vorlage bei dem Sozialgericht Dessau-Roßlau verwiesen, in denen er seine persönliche Lage schildert. Er sei bis zum 5. April 2001 Geschäftsführer der BZA Bildungszentrum A. und bis zum 14. November 2005 geschäftsführender Gesellschafter der staatlich anerkannten Fach- und Berufsfachschulen BZA in K. gewesen. Sein Arbeitsverhältnis sei zum 31. Dezember 2008 beendet worden. Die Sanierung und spätere Verwertung einer Immobilie im Rahmen der Zwangsversteigerung habe dazu geführt, dass er nun mittellos sei. Schulden bestünden insbesondere aus einem zum 31. Mai 2009 beendeten früheren Mietverhältnis. Er leide an einer toxischen Hepatitis und einem "Morbus Sudek" und sei deshalb auf eine laufende Medikation, eine fortwährende physiotherapeutische Betreuung und eine Behandlung der Hepatozyten angewiesen.

Nachdem die S. I. mit Schreiben vom 25. Mai 2009 auf Grund eines Beitragsrückstands in Höhe von 474,32 EUR das Ruhen der Leistung aus der Krankheitskostenversicherung festgestellt hatte, hat der Ag. dort während des Verfahrens vor dem Sozialgericht eine Bescheinigung vom 12. November 2009 über den Bezug von Leistungen nach dem SGB XII vorgelegt. Die S. I. hat daraufhin die Versicherung des Ast. in

der Kranken- bzw. Pflegeversicherung mit Wirkung zum 1. Juli 2009 auf den Basistarif im Sinne des [§ 12 Abs. 1c Satz 4](#) und 6 VAG umgestellt und mit Schreiben vom 24. November 2009 das Ruhen der Leistungen für beendet erklärt.

Der Ast. verfolgt mit seiner am 19. November 2010 vor dem Sozialgericht Dessau-Roßlau erhobenen Klage in der Hauptsache (Az. S 10 SO 61/09) die Abänderung des Bescheides des Ag. vom 12. August 2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19. Oktober 2009 und die Verurteilung des Ag., ihm für die Zeit vom 1. Juli 2009 bis zum 30. April 2010 Leistungen in Höhe von 899,98 EUR monatlich abzüglich der bereits erbrachten Leistungen zu zahlen. Dieser Betrag beinhaltet einen Beitragszuschuss zur Kranken- und Pflegeversicherung bei der S. I. in Höhe von insgesamt 317,98 EUR monatlich.

Das Sozialgericht hat den dem vorliegenden Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes zugrunde liegenden Antrag des Ast. mit Beschluss vom 22. Dezember 2009 abgelehnt. Es fehle an einem Anordnungsgrund, da der Ast. in vollem Umfang Leistungen aus seiner privaten Kranken- und Pflegeversicherung in Anspruch nehmen könne. Eine Mitarbeiterin der S. I. habe der Vorsitzenden der Kammer des Sozialgerichts telefonisch bestätigt, dass der Krankenversicherungsschutz auch tatsächlich gewährt werde. Der Lebensunterhalt des Ast. sei auch durch das Auflaufen von Schulden nicht gefährdet, da sein Einkommen und Vermögen unter den Pfändungsgrenzen der ZPO liege.

Der Ast. hat am 28. Januar 2010 Beschwerde bei dem Landessozialgericht Sachsen-Anhalt gegen den ihm am 30. Dezember 2009 zugestellten Beschluss des Sozialgerichts eingelegt. Er hat gleichzeitig die Bewilligung von Prozesskostenhilfe unter Beiordnung der Verfahrensbevollmächtigten beantragt. Der Anordnungsgrund für die begehrte Regelung ergebe sich daraus, dass eine optimale Gesundheitsversorgung für ihn besondere Bedeutung habe. Dieser Gesichtspunkt sei zumindest im Rahmen einer Folgenabwägung zu berücksichtigen. Nachdem die S. I. das Ruhen der Leistungen beendet habe, sei auf von ihm dort eingereichte Rechnungen mehrfach eine Erstattung nur mit einem Abzug für die Beitragsrückstände vorgenommen worden. Zwar sei er gleichzeitig belehrt worden, dass er dieser Verrechnung widersprechen könne. Telefonisch habe man ihm aber am 23. November 2009 mitgeteilt, dass ein Rechtsanwalt mit der Beitreibung der rückständigen Beiträge beauftragt worden sei. Mit Schreiben vom 15. Dezember 2009 habe die S. I. ihm erneut das Ruhen der Leistungen seit dem 26. August 2009 mitgeteilt und die Erstattung auf eine Rechnung abgelehnt sowie mit Schreiben vom 1. Februar 2010 Kopien von vier Rechnungen mit dem Hinweis "nicht erstattungsfähig" zurückgesandt. Zahle er die hier streitige Beitragsdifferenz aus dem Regelsatz, sei ihm ein menschenwürdiges Leben nicht möglich. Sein Anordnungsanspruch ergebe sich aus [§ 32 Abs. 5 SGB XII](#). Die Regelung in [§ 12 Abs. 1c VAG](#) sei nicht geeignet, seinen Anspruch auf Beitragszuschüsse zu beschränken. Folge man dieser Auffassung nicht, sei die Regelung in [§ 12 Abs. 1c VAG](#) als verfassungswidrig anzusehen, da sie nicht mit dem Sozialstaatsprinzip, der Menschenwürde und dem Gleichbehandlungsgebot vereinbar sei.

Der Ast. beantragt,

den Beschluss des Sozialgerichts Dessau-Roßlau vom 22. Dezember 2009 aufzuheben und den Antragsgegner im Wege der einstweiligen Anordnung zu verpflichten, ihm vorläufig einen weiteren Zuschuss zu den Beiträgen seiner privaten Kranken- und Pflegeversicherung in Höhe von monatlich 178,53 EUR für den Zeitraum vom 1. Juli 2009 bis zum 30. April 2010 zu gewähren.

Der Ag. beantragt,

die Beschwerde zurückzuweisen.

Er hält den Beschluss des Sozialgerichts für zutreffend. Der Ast. habe zu verantworten, dass er der S. I. die Bescheinigung über seine Hilfebedürftigkeit erst im November 2009 übersandt habe. Es sei nicht erkennbar, dass die S. I. von einem Ruhen der Leistungen für einen Zeitraum nach Eingang der Bescheinigung ausgehe. Die S. I. habe mitgeteilt, von einer Verrechnung von Leistungsansprüchen mit Beitragsrückständen im Fall eines Widersprechens des Ast. abzusehen. Der Vorgang weise insgesamt Eigentümlichkeiten auf, so z.B. den weiteren Postverkehr der S. I. mit dem Ast. unter der nach seinen Angaben nicht mehr gegebenen Wohnanschrift und die nicht nachvollziehbare Aufbringung der finanziellen Mittel für regelmäßige Arztbesuche in B ...

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den Inhalt der Gerichtsakten und der Verwaltungsakten des Ag. Bezug genommen, welche sämtlich Gegenstand der Beratung des Senats gewesen sind.

II.

Die Beschwerde des Ast. gegen den Beschluss des Sozialgerichts Dessau-Roßlau vom 22. Dezember 2009 ist zulässig, aber unbegründet.

Die Beschwerde ist nach [§ 172 Abs. 3 Nr. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthaft. Nach dieser Vorschrift in der ab dem 1. April 2008 geltenden Fassung (eingefügt durch Art. 1 Nr. 29 Buchst. b des Gesetzes zur Änderung des Sozialgerichtsgesetzes und des Arbeitsgerichtsgesetzes (SGGArbGGÄndG) vom 26. März 2008, [BGBl. I 2008, S. 444](#)) ist die Beschwerde ausgeschlossen in Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes, wenn in der Hauptsache die Berufung nicht zulässig wäre. Nach [§ 144 Abs. 1 Satz 1](#) und 2 SGG i.d.F. des SGGArbGGÄndG bedarf die Berufung der Zulassung, wenn der Wert des Beschwerdegegenstandes bei einer Klage, die eine Geld-, Dienst- oder Sachleistung oder einen hierauf gerichteten Verwaltungsakt betrifft, 750,00 EUR nicht übersteigt, soweit die Berufung nicht wiederkehrende oder laufende Leistungen für mehr als ein Jahr betrifft.

Die von dem Ast. vor dem Sozialgericht begehrten Beitragszuschüsse überschreiten die maßgebende Grenze für eine zulassungsfreie Berufung in der Hauptsache. Die Differenz zwischen dem von dem Ag. anerkannten Beitragszuschuss in Höhe von 142,11 EUR monatlich und dem im erstinstanzlichen Verfahren begehrten Beitragszuschuss in Höhe von insgesamt 302,80 EUR monatlich (284,76 EUR Beitrag Krankenversicherung und 18,04 EUR Beitrag Pflegeversicherung) beträgt 160,69 EUR monatlich. Die während des maßgebenden Zeitraums fällig werdenden sechs Monatsbeiträge für November 2009 bis April 2010 entsprechen einem Wert des Beschwerdegegenstands in Höhe von insgesamt 964,14 EUR.

Die Beschwerde ist auch zulässig, soweit das Begehren des Ast. im Beschwerdeverfahren über den vor dem Sozialgericht gestellten Antrag hinausgeht. Dies gilt sowohl für den erweiterten Zeitraum, für den ein höherer Beitragszuschuss begehrt wird, als auch für die nicht mehr

nur als Darlehen begehrten Leistungen. Die Beschwerdebegründung lässt offen, ob eine Erweiterung des Begehrens in Bezug auf einen vor Antragseingang bei dem Sozialgericht liegenden Zeitraum erstrebt wird. Trotz einer Anfrage des Berichterstatters bei der Verfahrensbevollmächtigten des Ast., ob dies klagestellt werden solle, ist der Antrag nicht angepasst worden. Der Senat hat damit über den erweiterten Antrag zu entscheiden. Das Landessozialgericht (LSG) prüft den Streitfall nach [§ 157 Satz 1 SGG](#) im gleichen Umfang wie das Sozialgericht. Nach [§ 153 Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 99 SGG](#) gilt dies auch für einen durch Klageänderung während des Berufungsverfahrens erweiterten Streitgegenstand (vgl. schon Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 18. Januar 1961 - [11 RV 1020/60](#) - juris; Leitherer in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG Kommentar, 9. Aufl. 2008, § 99 RdNr. 12). Da der Ag. die Zurückweisung des erweiterten Antrags beantragt hat, kommt es insoweit nach [§ 99 Abs. 1 und 2 SGG](#) nicht auf die Sachdienlichkeit der Antragsänderung an.

Das Sozialgericht hat zu Recht den Antrag des Ast. auf Erlass einer einstweiligen Anordnung abgelehnt. Auch der erweiterte Antrag des Ast. in der Fassung, in der er vor dem Senat gestellt worden ist, hat keinen Erfolg.

Nach [§ 86 b Abs. 2 Satz 1](#) und 2 SGG kann das Gericht der Hauptsache, soweit nicht die isolierte Anfechtungsklage die zutreffende Klageart ist, auf Antrag eine einstweilige Anordnung in Bezug auf den Streitgegenstand treffen, wenn die Gefahr besteht, dass durch eine Veränderung des bestehenden Zustands die Verwirklichung eines Rechts des Antragstellers vereitelt oder wesentlich erschwert werden könnte; einstweilige Anordnungen sind auch zur Regelung eines vorläufigen Zustands in Bezug auf ein streitiges Rechtsverhältnis zulässig, wenn eine solche Regelung zur Abwendung wesentlicher Nachteile nötig erscheint. Nach Satz 4 dieser Vorschrift gelten die [§§ 920, 921, 923, 926, 928](#) bis [932, 938, 939](#) und [945 ZPO](#) entsprechend. Nach [§ 920 Abs. 2 ZPO](#) sind der Anordnungsanspruch und der Anordnungsgrund glaubhaft zu machen.

Anhaltspunkte für eine Verdichtung des Prüfungsmaßstabs des Senats hin zu einer endgültigen Klärung der Sach- und Rechtslage im Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes sind im vorliegenden Fall nicht erkennbar. Eine über die im Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes in der Regel gebotene summarische Prüfung hinausgehende Feststellung der Sach- und Rechtslage ist nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) zur Gewährung effektiven Rechtsschutzes erforderlich, wenn das einstweilige Rechtsschutzverfahren vollständig die Bedeutung des Hauptsacheverfahrens übernimmt, eine endgültige Verletzung der Rechte eines Berechtigten droht und insoweit Grundrechtspositionen von Gewicht in Rede stehen (vgl. z.B. BVerfG (Kammer), Beschluss vom 28. September 2009 - [1 BvR 1702/09](#) - juris m.w.N.). Der Rechtsprechung des BVerfG ist insbesondere ein Anspruch auf vollumfängliche Prüfung der Rechtssache zur Gewährleistung einer vollwertigen medizinischen Versorgung bei besonders schweren Erkrankungen zu entnehmen (vgl. BVerfG (Kammer), Beschluss vom 22. November 2002 - [1 BvR 1586/02](#) - [NJW 2003, 1236](#) f.).

Diese vorgenannten Voraussetzungen einer Verdichtung des Prüfungsmaßstabs liegen hier nicht vor. Der Ast. hat nicht glaubhaft gemacht, dass ihm erforderliche medizinische Leistungen nicht gewährt werden. Das ergibt sich bereits aus der Vorlage von Rechnungen über während des vorliegenden Verfahrens vom Ast. wahrgenommene ärztliche Behandlungsleistungen. Auch die weitere Vergütung der ärztlichen Behandlungsleistungen ist hier gewährleistet, sodass eine Verweigerung von Behandlungsleistungen durch zugelassene ärztliche Leistungserbringer nicht zu befürchten ist.

Es kann offen bleiben, ob auch die bei einem Ruhen des Leistungsanspruchs nach [§ 193 Abs. 6 Satz 6 VVG](#) vorzunehmende Erstattung von Aufwendungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschutz eine hinreichende Absicherung der Gesundheitsversorgung für die Dauer eines Gerichtsverfahrens in der Hauptsache gewährleistet (bejahend Bayerisches LSG, Beschluss vom 29. Januar 2010 - [L 16 AS 27/10 B ER](#) - juris). Nach [§ 192 Abs. 7 VVG](#) kann der Leistungserbringer bei der Krankheitskostenversicherung im Basistarif seinen Anspruch auf Leistungserstattung auch gegen den Versicherer geltend machen, soweit der Versicherer aus dem Versicherungsverhältnis zur Leistung verpflichtet ist; Versicherer und Versicherungsnehmer haften dann im Gesamtschuldverhältnis. Eine Leistungspflicht aus dem Versicherungsverhältnis ist für den Zeitraum des fortbestehenden Leistungsbedarfs sichergestellt. Das Vertragsverhältnis des Ast. mit der S. I. kann auch im Fall von erheblichen Beitragsrückständen nicht beendet werden. Nach [§ 206 Abs. 1 Satz 1 VVG](#) ist jede Kündigung einer Krankheitskostenversicherung, die der Verpflichtung zur Sicherstellung der Krankenversicherung ([§ 193 Abs. 3 VVG](#)) dient, durch den Versicherer ausgeschlossen. Ein ausreichender Krankenversicherungsschutz ist zumindest dann vorläufig sichergestellt, wenn ein Ruhen des Leistungsanspruchs von Gesetzes wegen ausgeschlossen ist. Nach [§ 193 Abs. 6 Satz 5 VVG](#) endet das Ruhen des Leistungsanspruchs u.a. dann, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des SGB XII wird. Soweit teilweise in der Rechtsprechung eine fehlende Bestimmtheit dieser Regelung beanstandet wird (vgl. LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 8. Juli 2009 - [L 7 SO 2453/09 ER-B](#) - juris), betrifft dies nicht den Fall einer nach Feststellung eines Ruhens der Leistungsansprüche eingetretene Hilfebedürftigkeit. So liegt der Fall hier. Denn erst nach dem mit Schreiben der S. I. vom 25. Mai 2009 festgestellten Ruhen ist eine Hilfebedürftigkeit des Ast. frühestens am 1. Juli 2009 eingetreten.

Im Rahmen der summarischen Prüfung sprechen überwiegende Gesichtspunkte gegen einen Erfolg des Ast. in der Hauptsache, sodass ein Anordnungsanspruch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gegeben ist.

Bedenken im Hinblick auf einen Erfolg der Hauptsache ergeben sich bereits aus formellen Gründen. Der Bescheid vom 12. August 2009 dürfte als bloßer Ausführungsbescheid anzusehen und damit nur anfechtbar sein, soweit es die Umsetzung des Teilanerkenntnisses betrifft. Die als Antragsrücknahme zu wertende einseitige Erledigungserklärung des Anspruchstellers nach Abgabe eines Teilanerkenntnisses des Sozialleistungsträgers bewirkt in der Regel einen Verlust des materiellen Anspruchs durch Verzicht (vgl. z.B. LSG Hamburg, Urteil vom 1. Februar 2007 - [L 6 R 93/06](#) - juris). Der Ag. hat sich in dem vorangegangenen Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes in der nichtöffentlichen Sitzung vor dem Sozialgericht Dessau-Roßlau in dem Verfahren S 10 SO 35/09 ER am 6. August 2009 im Rahmen eines Teilanerkenntnisses zur Gewährung eines endgültigen Beitragszuschusses für den Monat Juli 2009 und vorläufiger Beitragszuschüsse für die Monate August 2009 bis April 2010 (nur) in Höhe von 142,11 EUR verpflichtet. Damit dürfte der Bescheid des Ag. vom 12. August 2009 einer gerichtlichen Nachprüfung nicht unterliegen, soweit der Ast. nun einen höheren Beitragszuschuss verlangt. Denn auf einen solchen Anspruch hat er durch die Antragsrücknahme im Übrigen in der nichtöffentlichen Sitzung vor dem Sozialgericht wirksam verzichtet.

Soweit man in der Hauptsache zur Prüfung der Rechtmäßigkeit der Leistungsversagung ab Januar 2009 gelangt, wäre diese nicht isoliert für den Bedarf für die Aufrechterhaltung der privaten Kranken- und Pflegeversicherung vorzunehmen. Es wäre dann auch zu prüfen, ob der Ast. überhaupt hilfebedürftig im Sinne des SGB XII ist.

Die Frage, ob im Rahmen dieser Prüfung rechtlich eine grundsätzliche Erstattungspflicht des Sozialhilfeträgers für Beiträge zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung in voller tatsächlich gezahlter Höhe zugrunde zu legen ist, kann zurzeit nicht eindeutig beantwortet werden. Ausgehend von dem Rechtsstandpunkt des Ag. wäre allerdings für die im Jahr 2010 fällig werdenden Beiträge ein Beitragszuschuss in Höhe von 144,09 EUR, d.h. ein um 1,98 EUR monatlich höherer Beitragszuschuss konsequent.

Mehrere Landessozialgerichte haben einen Anspruch des Hilfebedürftigen auf volle Übernahme der von ihm geschuldeten Beiträge zur Kranken- bzw. Pflegeversicherung bei einem privaten Versicherungsunternehmen bejaht (LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 30. Juni 2009 - [L 2 SO 2529/09 ER-B](#) - juris und Beschluss vom 8. Juli 2009 - [L 7 SO 2453/09 ER-B](#) - juris, Hessisches LSG, Beschluss vom 14. Dezember 2009 - [L 7 SO 165/09 B ER](#) - juris; vgl. zu [§ 26](#) Zweites Buch Sozialgesetzbuch (Grundsicherung für Arbeitsuchendes - SGB II): LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 18. Januar 2010 - [L 34 AS 2001/09 B](#) - juris). Diese Rechtsauffassung ist allerdings nach der derzeitigen Gesetzeslage nicht zwingend. In der Hauptsache wäre ggf. insoweit eine höchstrichterliche Klärung erforderlich. Die weitere Gesetzesentwicklung kann nach dem Urteil des BVerfG vom 9. Februar 2010 (- [1 BvL 1/09](#), [1 BvL 3/09](#), [1 BvL 4/09](#) - [NJW 2010, 505](#) ff.), in welchem dem Gesetzgeber ein Auftrag zur Überprüfung der Bedarfssätze für Hilfebedürftige nach dem SGB II und SGB XII erteilt wurde, für den Zeitraum bis zum Abschluss des Hauptsacheverfahrens nicht prognostiziert werden.

Die Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung umfassen nach [§ 42 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB XII](#) die Übernahme von Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen entsprechend [§ 32 SGB XII](#). Besteht eine Krankenversicherung bei einem Versicherungsunternehmen, werden die Aufwendungen nach [§ 32 Abs. 5 Satz 1 SGB XII](#) übernommen, soweit sie angemessen sind. Besteht die Leistungsberechtigung voraussichtlich nur für kurze Dauer, können zur Aufrechterhaltung einer Krankenversicherung bei einem Versicherungsunternehmen auch höhere Aufwendungen übernommen werden (a.a.O. Satz 2). Soweit nach den Sätzen 1 und 2 Aufwendungen für die Krankenversicherung übernommen werden, werden auch die Aufwendungen für die Pflegeversicherung übernommen (a.a.O. Satz 4). Die Leistungsberechtigung des Ast. im Sinne des [§ 32 Abs. 5 SGB XII](#) für die Dauer des Verfahrens des einstweiligen Rechtsschutzes kann hier auf Grund des den begehrten Zeitraums der Anordnung umfassenden Teilerkenntnisses des Ag. unterstellt werden.

Die Einschätzung des Ag., dass sich die Prüfung der Aufwendungen, die zu übernehmen sind, allein nach [§ 32 Abs. 5 Satz 1 SGB XII](#) und nicht nach Satz 2 dieser Vorschrift richtet, ist nicht zu beanstanden. Es kann deshalb offen bleiben, in welchem Umfang eine Ermessensausübung durch das Gericht im Rahmen des einstweiligen Rechtsschutzes überhaupt einer Überprüfung unterliegt. Eine voraussichtlich nur für "kurze Dauer" bestehende Leistungsberechtigung im Sinne des [§ 32 Abs. 5 Satz 2 SGB XII](#) liegt in der Regel nur vor, wenn der Hilfebedarf voraussichtlich nicht länger als sechs Monate andauert (vgl. Bieritz-Harder/Birk in: Lehr- und Praxiskommentar zum SGB XII Sozialhilfe (LPK), 8. Aufl. 2008, § 32 RdNr. 15 und 26). Dem im Jahr 1942 geborenen Ast. steht der allgemeine Arbeitsmarkt nicht mehr offen. Aus seiner Geschäftsführertätigkeit vermag er nach seinen Angaben keine Einkünfte zu erzielen, sodass eine Verbesserung seiner finanziellen Situation nicht zu erwarten ist. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass über sein Vermögen ein Insolvenzverfahren eröffnet wurde.

Als Rechtsgrundlage für einen höheren Beitragszuschuss kann auch nicht auf [§ 73 SGB XII](#) zurückgegriffen werden, der die Hilfe in "sonstigen Lebenslagen" regelt. Der Gesetzgeber hat durch die Regelung in [§ 32 Abs. 5 SGB XII](#) gegenüber dieser Vorschrift vorrangige Regelungen bezüglich des Bedarfs für die Aufrechterhaltung eines Versicherungsschutzes in der Kranken- und Pflegeversicherung getroffen. Die Beitragszahlungen sind Teil des Lebensunterhalts (vgl. Dauber in: Mergler/Zink, SGB XII und Asylbewerberleistungsgesetz, Stand Mai 2009, § 32 RdNr. 2).

Der unbestimmte Rechtsbegriff der "Angemessenheit" der Aufwendungen zur Kranken- und Pflegeversicherung im Sinne des [§ 32 Abs. 5 Satz 1 SGB XII](#) ist zunächst dadurch zu konkretisieren, dass nicht mehr als die tatsächlich von dem Versicherten geschuldeten Beiträge zu übernehmen sind. Gleichzeitig bezieht sich die Angemessenheit nicht unmittelbar auf die tatsächlichen Aufwendungen, wie dies etwa für die Kosten für Unterkunft und Heizung gesetzlich geregelt ist ([§ 29 Abs. 1 Satz 1](#) und 2 SGB XII, [§ 22 Abs. 1 Satz 1](#) Zweites Buch Sozialgesetzbuch (SGB II)). Fehlt es an einer gesetzlichen Grundlage für eine Forderung, sind entsprechende Aufwendungen nicht angemessen (vgl. zu [§ 22 Abs. 1 SGB II](#): BSG, Urteil vom 19. Februar 2009 - [B 4 AS 48/08 R](#) - [BSGE 102, 274](#), 276 f.). Damit bilden die von der S. I. geforderten Beiträge nur die Obergrenze für die als angemessen anzusehenden Aufwendungen. Die Frage, ob die geforderten Beiträge in vollem Umfang zu übernehmen sind, richtet sich im Übrigen danach, ob der Gesetzgeber eine einschlägige Regelung getroffen hat. Fehlt eine solche Norm, muss ein nach allgemeinen Kriterien gebildeter Vergleichsmaßstab herangezogen werden.

Der Ast. hat vorgetragen, die S. I. fordere von ihm den halben Höchstbeitrag in der Kranken- und Pflegeversicherung im Basistarif. Eine aktuelle Beitragsrechnung der S. I. nach Umstellung des Tarifs liegt dem Senat nicht vor. Der in dem Beschwerdeverfahren von dem Ast. wohl für den gesamten Zeitraum vom 1. Juli 2009 bis zum 30. April 2010 geforderte weitere Beitragszuschuss in Höhe von 178,53 EUR entspricht der Differenz zwischen dem von dem Ag. anerkannten Beitragszuschuss und dem halben Höchstbeitrag im Basistarif in der Kranken- und Pflegeversicherung im Jahr 2009. Die entsprechende Beitragsdifferenz für das Jahr 2010 würde 185,08 EUR betragen, wird aber vom Ast. auch für die Monate Januar bis April 2010 nicht geltend gemacht. Der Aufforderung des Berichterstatters, eine aktuelle Beitragsrechnung der S. I. vorzulegen, ist durch den Ast. nicht entsprochen worden. Es sind deshalb Zweifel an der tatsächlichen Beitragsforderung der S. I. in Höhe des halben Höchstbeitrages angebracht. Bereits damit scheidet ein Anordnungsanspruch hier aus.

Der Beitrag zur Krankenversicherung im Basistarif wird nach § 8a der Versicherungsbedingungen 2009 in Verbindung mit § 12 Abs. 1c VAG berechnet. Er richtet sich nach dem vom Versicherten gewählten Selbstbehalt (zwischen 0,00 EUR und 1.200 EUR), dem Versicherungsumfang, dem Geschlecht und dem Eintrittsalter der versicherten Person sowie ggf. zu berücksichtigenden Altersrückstellungen. Der zu zahlende Beitrag für die Krankenversicherung im Basistarif ist nach oben auf die Höhe des Höchstbetrages der gesetzlichen Krankenversicherung begrenzt; dieser errechnet sich aus dem allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen vom 1. Januar des Vorjahres bzw. für das Jahr 2009 aus dem am 1. Januar 2009 geltenden allgemeinen Beitragssatz und der Beitragsbemessungsgrenze (§ 8a Abs. 5 Satz 1 der Versicherungsbedingungen 2009 i.V.m. § 12 Abs. 1c Satz 1 VAG). Besteht unabhängig von der Höhe des zu zahlenden Beitrags Hilfebedürftigkeit nach dem SGB II oder SGB XII, vermindert sich der Beitrag um die Hälfte (§ 8a Abs. 6 Satz 2 der Versicherungsbedingungen). Die Versicherungsbedingungen gehen für die Beitragsbemessung im Vertragsverhältnis der Regelung in

[§ 12 Abs. 1c Satz 6 Halbs. 1 VAG](#) vor, da das VAG unmittelbar zwischen Versicherungsnehmer und Versicherung keine Anwendung findet (vgl. Bundesverwaltungsgericht (BVerwG), Urteil vom 16. Juli 1968 - [1 A 5/67](#) - NJW 1968, 2259; Grimm, Kommentar zu den Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen, 4. Aufl. 2006, Vor 1 RdNr. 12).

Die Beitragshöhe für die private Pflegepflichtversicherung ergibt sich aus [§ 110 SGB XI](#). In der privaten Pflegeversicherung darf für Personen, die im Basistarif nach [§ 12 VAG](#) versichert sind und deren Beitrag zur Krankenversicherung sich nach [§ 12 Abs. 1c Satz 6 VAG](#) vermindert, nach [§ 110 Abs. 2 Satz 3 SGB XI](#) der Beitrag zur Pflegeversicherung 50 v.H. des sich nach [§ 110 Abs. 1 Nr. 2 Buchst. e SGB XI](#) ergebenden Höchstbetrags der sozialen Pflegeversicherung nicht übersteigen.

Der Höchstbeitrag im Basistarif in der Krankenversicherung errechnet sich für das Jahr 2009 aus dem am 1. Januar 2009 geltenden allgemeinen Beitragssatz von 15,5 Prozent ([§ 241 Abs. 1](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (Gesetzliche Krankenversicherung - SGB V) i.V.m. § 1 der Verordnung zur Festlegung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-BSV) vom 28. Oktober 2008, [BGBl. I, S. 2109](#)) und der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze in Höhe von 3.675,00 EUR ([§ 232 Abs. 1](#) i.V.m. [§ 6 Abs. 7 SGB V](#) und § 4 Abs. 2 der Verordnung über maßgebende Rechengrößen der Sozialversicherung (SVBezGrV) 2009 vom 2. Dezember 2008, [BGBl. I, S. 2336](#)). Für das Jahr 2010 bleibt der am 1. Januar 2009 geltende allgemeine Beitragssatz weiter maßgebend. Die monatliche Beitragsbemessungsgrenze beträgt nun 3.750,00 EUR ([§ 232 Abs. 1](#) i.V.m. [§ 6 Abs. 7 SGB V](#) und § 4 Abs. 2 SVBezGrV 2010 vom 7. Dezember 2009, [BGBl. I, S. 3846](#)).

Der Höchstbetrag in der Pflegeversicherung ergibt sich aus dem Produkt des Beitragssatzes in Höhe von 1,95 Prozent - für Personen, die nicht als "kinderlos" gelten - und der Beitragsbemessungsgrenze für das jeweilige Jahr ([§ 55 Abs. 1](#) und 2 SGB XI).

Der monatliche Beitrag für Hilfebedürftige Sinne des SGB XII für eine private Krankenversicherung beträgt entsprechend höchstens 284,81 EUR für das Jahr 2009 ((15,5/100 x 3675,00): 2) und 290,63 EUR für das Jahr 2010 ((15,5/100 x 3.750,00): 2). Der Beitrag in der Pflegeversicherung beträgt für diese Personen höchstens 35,83 EUR für das Jahr 2009 ((1,95/100 x 3675,00): 2) und 36,56 EUR für das Jahr 2010 ((1,95/100 x 3.750,00): 2). Die Beitragsdifferenz zu den von dem Ag. anerkannten Beitragszuschuss beträgt höchstens im Jahr 2009 monatlich insgesamt 178,53 EUR (284,81 + 35,83 - 142,11) und im Jahr 2010 monatlich insgesamt 185,08 EUR (290,63 + 36,56 - 142,11). Die Differenz kann in Abhängigkeit von den genannten Berechnungselementen aber u.a. unter Berücksichtigung von Altersrückstellungen auch wesentlich geringer sein. Der Versicherte behält durch die Wahl des Selbstbehaltes eine gewisse Dispositionsfreiheit.

Im Rahmen der summarischen Prüfung ist nicht abschließend zu klären, ob aus [§ 12 Abs. 1c Satz 6 Halbs. 2 VAG](#) eine Regelung zu entnehmen ist, die geeignet ist, den Anspruch eines Hilfebedürftigen im Sinne des [§ 32 Abs. 5 Satz 1 SGB XII](#) näher zu konkretisieren (verneinend insoweit z.B. LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 30. Juni 2009 - [L 2 SO 2529/09 ER-B](#) - juris und Beschluss vom 8. Juli 2009 - [L 7 SO 2453/09 ER-B](#) - juris; Hessisches LSG, Beschluss vom 14. Dezember 165/09 B ER - juris). Nach dieser Vorschrift zahlt der zuständige Träger den Betrag (nicht Beitrag), der auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen ist. Rückschlüsse auf die Angemessenheit von Aufwendungen könnten sich aus dieser Regelung indes auch dann ergeben, wenn die Vorschrift nicht unmittelbar das Rechtsverhältnis zwischen dem Ast. und dem Ag. regelt.

Für Bezieher von Arbeitslosengeld II gelten nach [§ 232 a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) der dreißigste Teil des 0,3450-fachen der monatlichen Bezugsgröße im Sinne des [§ 18 Abs. 1](#) Viertes Buch Sozialgesetzbuch. Diese betrug im Jahr 2009 monatlich 2.520,00 EUR und im Jahr 2010 monatlich 2.555,00 EUR (§ 2 SVBezGrV 2009 bzw. 2010). Maßgebend ist der seit dem 1. Juli 2009 geltende ermäßigte Beitragssatz von 14,3 Prozent ([§ 246](#) i.V.m. [§ 243 Abs. 1](#) und 2 SGB V, § 2 GKV-BSV in der Fassung des Art. 14 Nr. 1 des Gesetzes vom 2. März 2009, [BGBl. I, S. 416](#)). Für die Monate Juli bis November 2009 war für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II ein monatlicher Beitrag in Höhe von 124,32 EUR (14,3/100 x 2.520 x 0,3450), für die Zeit seit dem 1. Januar 2010 ist ein monatlicher Beitrag in Höhe von 126,05 EUR zu leisten (14,3/100 x 2.555 x 0,3450).

Für die "Aufbringung der Mittel" der nach [§ 110 Abs. 2 Satz 3 SGB XI](#) verminderten Beiträge gilt nach Satz 4 dieser Vorschrift [§ 12 Abs. 1c Satz 5 oder 6 VAG](#) entsprechend; dabei gilt [§ 12 Abs. 1c Satz 6 VAG](#) mit der Maßgabe, dass der zuständige Träger den Betrag zahlt, der auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der sozialen Pflegeversicherung zu tragen ist. Für die Bezieher von Arbeitslosengeld II beträgt der Beitrag das 0,3620-fache der jeweiligen Bezugsgröße und der Berücksichtigung des Beitragssatzes von 1,95 Prozent, d.h. für das Jahr 2009 17,79 EUR (1,95/100 x 2.520 x 0,3620) und 18,04 EUR für das Jahr 2010 (1,95/100 x 2.555 x 0,3620).

Verneint man eine Konkretisierung der Regelung in [§ 32 Abs. 5 Satz 1 SGB XII](#) im Sinne eines durch den Gesetzgeber in [§ 12 Abs. 1c VAG](#) festgelegten Maßstabs der Angemessenheit, wäre allerdings nicht zwingend auf die Beitragsforderung in tatsächlich gezahlter Höhe als "angemessen" im Sinne des [§ 32 Abs. 5 Satz 1 SGB XII](#) abzustellen.

Auf Grund der Entscheidung des Ast. gegen eine Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung und der gesetzlichen Rentenversicherung ist auch die Auffassung vertretbar, dass er als Hilfebedürftiger in einem gewissen Umfang verpflichtet ist, den Versicherungsschutz auch aus seinem Regelsatz zu bestreiten. Aus [Art. 1 Abs. 1](#) und [Art. 20 Abs. 1](#) Grundgesetz (GG) lässt sich ableiten, dass dem Hilfebedürftigen insgesamt finanzielle Mittel in existenzsichernder Höhe zu gewähren sind (vgl. BVerfG, Urteil vom 9. Februar 2010, [a.a.O.](#) S. 507). Teilweise werden die Beiträge zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung nur als angemessen angesehen, soweit sie die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigen (vgl. Dauber in: Mergler/Zink, a.a.O. RdNr. 21). Da das Gleichbehandlungsgebot keinen den Maßstab der Existenzsicherung weiter konkretisierenden Gehalt hat (vgl. BVerfG, Urteil vom 9. Februar 2010, [a.a.O.](#), S. 509), ist es näher liegend, darauf zurückzugreifen, in welchem Umfang der Regelsatz in anderen Leistungsbereichen gekürzt werden kann. Diesbezügliche Berechnungsgrundlagen stehen derzeit zur Überprüfung, sodass hier keine Festlegung erfolgen kann. Es ist festzustellen, dass auf Grund der tatsächlichen Leistungen im Basistarif der Krankenversicherung ein unabweisbarer Bedarf aktuell nicht gegeben ist.

Im Übrigen hat der Ast. auch einen Anordnungsgrund nicht hinreichend glaubhaft gemacht. Ein Anordnungsgrund wird durch die Eilbedürftigkeit der Regelung zur Abwendung wesentlicher Nachteile begründet. Das Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes hat vor dem Hintergrund des [Art. 19 Abs. 4 GG](#) die Aufgabe, in den Fällen effektiven Rechtsschutz zu gewährleisten, in denen eine Entscheidung in dem grundsätzlich vorrangigen Verfahren der Hauptsache zu schweren und unzumutbaren, nicht anders abwendbaren Nachteilen führen würde, zu deren nachträglicher Beseitigung die Entscheidung in der Hauptsache nicht mehr in der Lage wäre (vgl. BVerfG (Kammer),

Beschluss vom 22. November 2002, [a.a.O.](#), S. 1236 und Beschluss vom 12. Mai 2005 - [1 BvR 569/05](#) - [Breithaupt 2005, S. 803](#)). Das bedeutet gleichzeitig, dass es an einem Anordnungsgrund fehlt, wenn die vermutliche Zeitdauer des Hauptsacheverfahrens keine Gefährdung für die Rechtsverwirklichung und -durchsetzung bietet, wenn also dem Ast. auch mit einer späteren Realisierung seines Rechts geholfen ist (vgl. z.B. LSG Sachsen-Anhalt, Beschluss vom 11. Januar 2010 - [L 5 AS 216/09 B ER](#) - juris).

An einem Anordnungsgrund für einen höheren Beitragszuschuss für vor dem 1. November 2009 fällig gewordene Versicherungsbeiträge fehlt es bereits, weil es sich insoweit um Leistungen für einen Zeitraum vor Eingang des Antrags auf Erlass einer einstweiligen Anordnung bei dem Sozialgericht am 18. Oktober 2009 handelt. Für in der Vergangenheit liegende Zeiträume fehlt es an einer besonderen Dringlichkeit einer gerichtlichen Entscheidung.

Im vorliegenden Fall ist auch bezüglich eines höheren Beitragszuschusses für die Monatsbeiträge von November 2009 bis April 2010 bei einem Zuwarten bis zur rechtskräftigen Entscheidung in der Hauptsache keine wesentliche Verschlechterung der Rechtsposition des Ast. zu erwarten.

Soweit der Ast. behauptet, die S. I. käme ihren gesetzlichen Verpflichtungen nicht nach, lässt sich daraus ein Anspruch auf einen höheren Beitragszuschuss nicht herleiten. Die Rechtsbeziehungen des Ast. zu dem Unternehmen, bei dem seine private Krankenversicherung im Basistarif geführt wird, fallen nicht in die Zuständigkeit der Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit ([§ 51 Abs. 1 Nr. 2 SGG](#)). Soweit der Rechtsschutzsuchende nicht über die erforderlichen finanziellen Mittel verfügt, effektiven Rechtsschutz vor einem Zivilgericht in Anspruch zu nehmen, sieht die ZPO die Gewährung von Prozesskostenhilfe als besondere Form der Sozialhilfe (vgl. hierzu z.B. Oberlandesgericht Rostock, Beschluss vom 20. Oktober 2009 - [5 W 55/09](#) - juris) vor. Gründe für die Annahme, dass die Anrufung des zuständigen Gerichts unzumutbar sein könnte, sind nicht erkennbar (a.A. unter Hinweis auf die Kostenpflicht z.B.: LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 30. Juni 2009 - [L 2 SO 2529/09 ER-B](#) - juris; Hessisches LSG, Beschluss vom 14. Dezember 2009 - [L 7 SO 165/09 B ER](#) - juris) Dem Ast. steht im Übrigen bei einem vertragswidrigen Verhalten eines Versicherungsunternehmens die Möglichkeit offen, sich an die entsprechenden Aufsichtsbehörden zu wenden.

Die in [§ 192 Abs. 7 VVG](#) vorgesehene direkte Abrechnung der Leistungen mit dem Versicherer lässt auch eine Beschränkung des Leistungsangebots nicht befürchten, da der Versicherer dann in die gesamtschuldnerische Haftung eintritt. Für zugelassene Leistungserbringer im deutschen System der Krankenversicherung ist die Kostenerstattung durch den Patienten die Ausnahme, sodass der Ast. auch in der Praxis keine unzumutbare Einschränkung des Leistungsangebots zu befürchten hat. Eine Kostenerstattung für die von ihm bisher überwiegend in Anspruch genommenen Leistungen von Privatpraxen scheidet - unabhängig von der Gewährung eines weiteren Beitragszuschusses durch den Ag. - hier bereits auf Grund der Versicherung im Basistarif aus. Erstattungsfähig im Basistarif sind nur die Aufwendungen für ärztliche Leistungen durch Vertragsärzte im Sinne des SGB V nach bestimmten Höchstsätzen (Versicherungsbedingungen 2009, Abschnitt Leistungen des Versicherers).

Im vorliegenden Fall ist im Übrigen die von dem Ast. behauptete Weigerung der S. I., ihm Kosten für erforderliche medizinischen Leistungen zu erstatten, nicht hinreichend belegt. Der Ast. hat dem Senat u.a. Rechnungen von nicht zur vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten vorgelegt, hat aber gegenüber dem Ag. bereits mit Schreiben vom 19. Februar 2009 auf den "drastisch verschlechterten Leistungsumfang" im Basistarif hingewiesen. Er hat also volle Kenntnis von den Beschränkungen, die die Versicherung im Basistarif im Hinblick auf die erstattungsfähigen Leistungen enthält, und dennoch nicht erstattungsfähige Behandlungsleistungen in Anspruch genommen. Im Übrigen lässt sich den zu dem Antrag auf Bewilligung von Prozesskostenhilfe zur Akte gereichten Unterlagen eine Gutschrift für Leistungen der S. I. vom 14. Januar 2010 entnehmen.

In welchem Umfang der Ast. mit Schulden belastet wird, vermag der Senat nicht zu beurteilen. Folgt man den Angaben des Ast., bestand bereits bei seinem Übertritt in den Basistarif ein erheblicher Beitragsrückstand, der im Rahmen des Verfahrens des einstweiligen Rechtsschutzes nicht ausgeglichen werden kann. Damit käme es im Fall einer Beendigung des Hilfebedarfs auch bei höheren Beitragszuschüssen des Ag. zu einem Ruhen der Leistungen. Der Gesetzgeber hat mit der Regelung in [§ 32 Abs. 5 Satz 2 SGB XII](#) für einen nur für voraussichtlich kurze Dauer bestehenden Hilfebedarf einen besonderen Schutz vorgesehen, der ein Ruhen der Leistungen bei Beendigung des kurzzeitigen Hilfebedarfs vermeidet. Es lässt sich auch nicht allgemein feststellen, dass mit Beendigung des Hilfebedarfs keine Mittel zur Abdeckung von Beitragsrückständen vorhanden sein werden (a.A. für [§ 26 SGB II](#) Brünner in: LPK SGB II, 3. Aufl. 2009, § 26 RdNr. 23).

Die Ausführungen des Ast. zu von ihm mit den behandelnden Ärzten getroffenen Tilgungsvereinbarungen lassen im Übrigen befürchten, dass er bei einer vollen Kostenerstattung der S. I. teilweise Zahlungen erhält, die er nicht zur Begleichung von Rechnungen verwendet.

Im Übrigen nimmt der Ast. medizinische Leistungen in B. in Anspruch, die ihn - soweit die Angaben zu seinem Wohnsitz zutreffen - mit erheblichen Fahrkosten belasten dürften und deren Kosten zum Teil von einer Erstattung ausgeschlossen sind, weil es sich nicht um zugelassene Leistungserbringer handelt und ein nicht im Basistarif zulässiger Gebührensatz abgerechnet wird. Allein aus den Rechnungen von Dr. Sch. vom 12. Januar 2010, von Dr. S. und Kollegen vom 14. Januar 2010 und von Dr. Z. vom 11. Januar 2010 gehen nicht in die Erstattungspflicht der S. I. fallende ärztliche Forderungen in Höhe von 129,76 EUR, 70,78 EUR und 286,12 EUR (insgesamt 486,66 EUR) hervor.

Bezüglich des geltend gemachten höheren Beitragszuschusses für die Pflegeversicherung bei der S. I. fehlt es aus den vorgenannten Erwägungen ebenfalls an einem Anordnungsgrund. Ob die Voraussetzungen der Bußgeldvorschrift in [§ 121 Abs. 1 Nr. 6 SGB XI](#), nach der ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder leichtfertig mit der Entrichtung von sechs Monatsprämien zur privaten Pflegeversicherung in Verzug gerät, auch bei fehlenden finanziellen Mitteln, die Beiträge zu zahlen, erfüllt sein können, hat der Senat deshalb nicht klären müssen.

Die Kostenentscheidung für das Beschwerdeverfahren beruht auf einer entsprechenden Anwendung des [§ 193 SGG](#).

Der Ast. hat keinen Anspruch auf Bewilligung von Prozesskostenhilfe für das Beschwerdeverfahren.

Nach [§ 114 Satz 1 ZPO](#) erhält ein Beteiligter, der nach seinen persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen die Kosten der Prozessführung

nicht, nur zum Teil oder nur in Raten aufbringen kann, auf Antrag Prozesskostenhilfe, wenn die beabsichtigte Rechtsverfolgung hinreichende Aussicht auf Erfolg bietet und nicht mutwillig erscheint.

Bei der Prüfung der hinreichenden Aussicht auf Erfolg im Rahmen der Prozesskostenhilfe erfolgt lediglich eine vorläufige Prüfung vor dem Hintergrund des verfassungsrechtlichen Rahmens der [Art. 3 Abs. 1](#), [20 Abs. 3](#) und 19 Abs. 4 GG. Hinreichende Erfolgsaussicht ist gegeben, wenn das Gericht den Rechtsstandpunkt des Antragstellers auf Grund seiner Sachverhaltsschilderung und der vorliegenden Unterlagen für zutreffend oder zumindest für vertretbar hält und in tatsächlicher Hinsicht von der Möglichkeit der Beweisführung überzeugt ist (vgl. Leitherer in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, a.a.O., § 73a RdNr. 7 f. m.w.N.). Aus Gründen der Waffengleichheit zwischen den Beteiligten sind keine überspannten Anforderungen zu stellen (vgl. BVerfG, Beschluss vom 7. April 2000 - [1 BvR 81/00](#) -, [NJW 2000, S. 1936](#)). Prozesskostenhilfe kommt demgegenüber nicht in Betracht, wenn ein Erfolg in der Sache zwar nicht gänzlich ausgeschlossen, die Erfolgchance aber nur eine entfernte ist (vgl. BSG, Urteil vom 17. Februar 1989 - [B 13 RJ 83/97 R](#) - SozR 1500, § 72 Nr. 19).

Soweit sich hier in Hinblick auf das Hauptsacheverfahren ein Ergebnis noch nicht prognostizieren lässt, begründet dies keine hinreichende Erfolgchance im vorgenannten Sinne für die Verfolgung des einstweiligen Rechtsschutzes in einer zweiten Instanz. Das Sozialgericht hat auf die hier wesentlichen Umstände bereits in seinem Beschluss vom 22. Dezember 2009 hingewiesen.

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

Rechtskraft

Aus

Login

SAN

Saved

2011-01-14