

L 2 SO 496/09 ER-B

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Sozialhilfe

Abteilung

2

1. Instanz

SG Freiburg (BWB)

Aktenzeichen

S 6 SO 5744/08 ER

Datum

16.01.2009

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 2 SO 496/09 ER-B

Datum

02.03.2009

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Beschluss

Die Beschwerde des Antragstellers gegen den Beschluss des Sozialgerichts Freiburg vom 16. Januar 2009 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch für das Beschwerdeverfahren nicht zu erstatten.

Der Antrag auf Bewilligung von Prozesskostenhilfe für das Beschwerdeverfahren wird abgelehnt

Gründe:

Die Beschwerde des Antragstellers (Ast) hat keinen Erfolg.

Die statthafte ([§ 172 Sozialgerichtsgesetz - SGG -](#)) frist- und formgerecht ([§ 173 SGG](#)) eingelegte Beschwerde ist in der Sache nicht begründet. Das Sozialgericht (SG) hat den Antrag des Ast, die Beklagte im Wege der einstweiligen Anordnung zu verpflichten, vorläufig die Beiträge zur privaten Krankenversicherung und Pflegeversicherung über den Standardtarif von 193,10 EUR hinaus in Höhe von 679,73 EUR monatlich zu übernehmen, zu Recht abgelehnt.

Nach [§ 86b Abs. 2 Satz 2 SGG](#) kann das Gericht eine einstweilige Anordnung zur Regelung eines vorläufigen Zustandes in Bezug auf ein streitiges Rechtsverhältnis treffen, wenn eine solche Regelung zur Abwendung wesentlicher Nachteile nötig erscheint. Der geltend gemachte Anspruch (Anordnungsanspruch) und die Notwendigkeit der vorläufigen Regelung (Anordnungsgrund) sind glaubhaft zu machen ([§ 86 b Abs. 2 Satz 3 SGG](#) i.V.m. [§§ 920 Abs. 2, 294 Zivilprozessordnung \(ZPO\)](#)). Die betreffende Eilentscheidung kann, wie das Bundesverfassungsgericht in einer Entscheidung im Zusammenhang mit Leistungen nach dem SGB II bzw. Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) betont hat (Beschluss vom 12. Mai 2005, [NVwZ 2005, S. 927](#) ff), sowohl auf eine Folgenabwägung (Folgen einer Stattgabe gegenüber den Folgen bei Ablehnen des Eilantrages) als auch alternativ auf eine Überprüfung der Erfolgsaussichten in der Hauptsache gestützt werden. Bei der Prüfung der Erfolgsaussichten der Hauptsache (Anordnungsanspruch), ergänzt um das Merkmal der Eilbedürftigkeit (Anordnungsgrund), ist das Gericht verpflichtet, die Sach- und Rechtslage summarisch zu prüfen; an den Erfolg des Hauptsacherechtsbehelfs sind umso niedrigere Anforderungen zu stellen, je schwerer die mit der Versagung vorläufigen Rechtsschutzes verbundenen Belastungen wiegen, insbesondere eine endgültige Verhinderung der Grundrechtsverwirklichung droht (Bundesverfassungsgericht a.a.O.). Zwar soll eine Entscheidung im Rahmen eines einstweiligen Rechtsschutzverfahrens grundsätzlich nicht die Hauptsache vorwegnehmen (vgl. Keller in Meyer-Ladwig/Keller/Leitherer, SGG, Kommentar, 9. Aufl., § 86 b Rdnr. 31 m.w.N). Von diesem Grundsatz ist jedoch dann abzuweichen, wenn die Gewährleistung effektiven Rechtsschutzes nach [Art. 19 Abs. 4 Grundgesetz \(GG\)](#) dies erfordert, z.B. bei Leistungen nach dem SGB II etwa dann, wenn wegen einer Notlage über existenzsichernde Leistungen für die Gegenwart und die nahe Zukunft gestritten wird und dem Antragsteller schwere schlechthin unzumutbare Nachteile entstünden, wenn er auf den Ausgang des Hauptsacheverfahrens verwiesen würde (vgl. hierzu Beschluss des Senats vom 18. November 2008 - [L 2 AS 4704/08 ER-B -](#)). Eine Vorwegnahme der Hauptsache liegt dann vor, wenn die angeordnete Maßnahme nachträglich nicht mehr mit Wirkung für die Vergangenheit korrigierbar ist (vgl. Keller, a.a.O., § 86 b Rdnr. 31). Maßgebend für die Beurteilung der Anordnungs Voraussetzungen sind regelmäßig die Verhältnisse im Zeitpunkt der gerichtlichen Entscheidung.

Hiervon ausgehend hat das SG im vorliegenden Fall zu Recht das Vorliegen der Voraussetzungen für den Erlass einer einstweiligen Anordnung verneint. Auch wenn nunmehr - anders als noch vor dem SG - die Bezahlung nicht mehr durch Darlehensgewährung der Eltern des Ast sichergestellt ist, ist derzeit kein Anspruch auf Übernahme höherer Beiträge zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung ersichtlich, d. h. es fehlt bereits am Anordnungsanspruch. Außerdem ist die notwendige ärztliche Behandlung durch die Übernahme der Krankenversicherungsbeiträge jetzt im Basistarif durch den Antragsgegner (Ag) gesichert, sodass es einer gerichtlichen Eilentscheidung

nicht bedarf, d. h. - auch - kein Anordnungsgrund besteht.

Rechtsgrundlage für den geltend gemachten Anspruch des hilfebedürftigen Ast, bei dem dauerhafte volle Erwerbsminderung wohl noch nicht festgestellt ist und der deshalb Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem 3. Kapitel des SGB XII bezieht, ist [§ 32 Abs. 5 Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch \(SGB XII i. d. F. vom 20.7.2007, Art. 1 des Gesetzes vom 27.12.2003, BGBl I S. 3022\)](#). Danach werden die Aufwendungen, soweit sie angemessen und die Voraussetzungen des [§ 19 Abs. 1](#) erfüllt sind, übernommen, wenn eine Krankenversicherung bei einem Versicherungsunternehmen besteht. Besteht die Leistungsberechtigung voraussichtlich nur für kurze Dauer, können zur Aufrechterhaltung einer Krankenversicherung bei einem Versicherungsunternehmen auch höhere Aufwendungen übernommen werden. "Angemessen" in sozialhilferechtlicher Hinsicht sind dabei jeweils die Beiträge im günstigsten Tarif (Gebhardt in BeckOK SGB XII [§ 32](#) Rdnr. 11, Stand 1.12.2008). Das gilt ab 1.1.2009 regelmäßig für die Beiträge für eine "Basisversicherung" im Sinne des [§ 12 Abs. 1a VAG](#) (Bieritz-Harder/Birk in LPK-SGB XII, 8. Aufl. 2008, [§ 32](#) Rdnr. 24), deren Kosten sich bei der Universa Krankenversicherung a.G. für den Ast auf 193,10 EUR im Monat belaufen und die die Ag übernimmt (siehe Bescheide v. 30.10.2008, 12.12.2008, Bl. 383, 391, 473, 493 VA). Weitergehende Ansprüche kann der Ast nicht geltend machen, da Empfänger von Grundsicherung grundsätzlich keinen höheren Anspruch auf Krankenversicherungsschutz haben als ein Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung (Landessozialgericht - LSG - Baden-Württemberg, Beschluss vom 13.6.2007 - [L 7 SO 577/07 ER-B](#)). Beiträge für eine private Krankenversicherung, welche - wie im Falle des Tarifs des Ast mit Wahlleistungen wie auch "Behandlung durch den Chefarzt" und Tagegeldversicherung - Leistungen im Krankheitsfall abdeckt, die über das Leistungsniveau der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehen, sind demgegenüber niemals angemessen. Denn es ist nicht im Sinne einer Sozialhilfeleistung, Leistungen zu gewähren, die über einen typischerweise als für eine menschenwürdige Lebensführung notwendigen Standardbedarf hinausgehen, dementsprechend kann eine hilfeweise gewährleistete Versicherung gegen Krankheit auch nicht über das hinausgehen, was in der gebotenen Typisierung als in der Bundesrepublik Deutschland zu fordernder Standard der Behandlung im Krankheitsfalle anzusehen ist. Dies aber ist der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung, der für den Großteil der Bevölkerung die alleinige Versicherungsleistung im Krankheitsfalle bietet (LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 22.5.2006 - [L 20 SO 11/05 m. w. N.](#)). Diese Leistungen stehen dem Ast über den Basistarif bei seiner Versicherung zur Verfügung. Eine ausnahmsweise davon abweichende Übernahme höherer Beiträge - wie sie [§ 32 Abs. 5 Satz 2 SGB XII](#) im Wege einer Ermessensleistung vorsieht - kommt hier nicht in Betracht, da die Prognose hinsichtlich der Dauer der Leistungsberechtigung gegen eine kurze Dauer spricht. Den aktenkundigen Krankheitsunterlagen ist nicht zu entnehmen, dass mit einer Änderung im Gesundheitszustand, der für die Hilfebedürftigkeit verantwortlich ist, in absehbarer Zeit zu rechnen wäre. Weitere Ausnahmetatbestände, die der individuellen Situation des Ast Rechnung tragen ließen, sind im SGB XII nicht vorgesehen. Auch mit Blick auf [§ 9 Abs. 1 SGB XII](#) ist der geltend gemachte Anspruch nicht zu begründen. Denn das Individualisierungsprinzip wird normativ durch den sozialhilferechtlich anerkannten Bedarf relativiert (vgl. Roscher in LPK-SGB XII [§ 9](#) Rdnr. 4). Dass der sozialhilferechtliche Bedarf für den Antragsteller im Bereich der Krankenversicherung, wie er oben bestimmt ist, nämlich begrenzt auf das Leistungsniveau der gesetzlichen Krankenversicherung, verfassungsrechtlich oder bezogen auf das Würdeprinzip fehlerhaft ist, vermag der Senat nicht zu erkennen. Die im Hinblick auf [§ 9 SGB XII](#) vorgelegten Bescheinigungen des Prof. Dr.W. vom 13.8.2007 und 5.9.2008 (Blatt 8, 9 der SG-Akte S 6 SO 5744/08 ER) erscheinen angesichts der aktenkundigen (Blatt 70 ff der SG-Akte aaO) "höchstpersönlichen" Behandlungsfrequenz durch Prof. Dr. W. - maximal einmal wöchentlich - nicht plausibel. Dem durchaus verständlichen Wunsch des Ast seine Versicherungsanswartschaften zu erhalten, zumal ihm auf Grund des durch die Erkrankung hohen zu versichernden Risikos nach einem etwaigen Ende des Sozialhilfebezugs die Rückkehr in eine entsprechende private Versicherung praktisch ausgeschlossen sein dürfte, kann nicht entsprochen werden. Der Kläger muss sich auf einen etwaigen Wechsel seiner Behandler einstellen, was ihm auch schon in der Vergangenheit bei dem Wechsel von der E. Klinik an die Universitätsklinik F. gelungen ist.

Aus den vorgenannten Gründen war auch der Antrag auf Bewilligung von Prozesskostenhilfe mangels Erfolgsaussicht der beabsichtigten Rechtsverfolgung abzulehnen.

Die Kostenentscheidung ergeht in entsprechender Anwendung des [§ 193 Abs. 1 SGG](#).

Dieser Beschluss ist nicht anfechtbar ([§ 177 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2009-03-03