

L 8 B 321/08 SO ER

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Sozialhilfe

Abteilung

8

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 8 SO 102/08 ER

Datum

25.03.2008

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 8 B 321/08 SO ER

Datum

09.06.2008

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Beschluss

I. Die Beschwerde gegen den Beschluss des Sozialgerichts München vom 25. März 2008 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Der Antrag auf Bewilligung von Prozesskostenhilfe für das Beschwerdeverfahren unter Beiordnung von Rechtsanwalt H. S. , M. , wird abgelehnt.

Gründe:

I.

Im vorliegenden Eilverfahren geht es um die Frage der vorläufigen Verpflichtung der Antragsgegnerin - Ag. - zur Übernahme der privaten Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge für den Antragsteller - Ast. -.

Der 1939 geborene Antragsteller italienischer Staatsangehörigkeit bezieht seit 01.01.2005 laufende Leistungen nach dem 4. Kapitel des Sozialgesetzbuches (SGB) XII, zuletzt mit Bescheid vom 11.12.2007 für die Zeit vom 01.01.2008 bis 31.12.2008 in Höhe von monatlich 703,13 EUR unter Berücksichtigung eines Altersruhegeldes von monatlich 172,38 EUR. Bis zum 31.12.2007 wurden auch die Beiträge zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung sowie der jährliche Eigenanteil in Höhe von 306,00 EUR übernommen.

Mit Schreiben vom 19.03.2007 forderte die Ag. den Ast. auf, die private Krankenversicherung zum nächstmöglichen Zeitpunkt zu kündigen. Gleichzeitig wurde ihm mitgeteilt, dass im Anschluss daran die Übernahme der Kosten im Rahmen des [§ 264 SGB V](#) in Verbindung mit [§ 48 SGB XII](#) erfolge. Der dagegen eingelegte Widerspruch des Ast. wurde mit Widerspruchsbescheid vom 17.10.2007 zurückgewiesen.

Mit Schreiben vom 20.07.2007 forderte die Ag. den Ast. auf, eine Krankenkasse auszuwählen, bei der er gemäß [§ 264 SGB V](#) angemeldet werden solle. Der Aufforderung kam der Ast. nicht nach.

Mit Bescheid vom 11.12.2007 lehnte die Ag. die Übernahme der Versicherungsbeiträge über den 31.12.2007 hinaus ab. Ferner wies die Ag. den Ast. erneut darauf hin, dass ihm Krankenbehandlung gemäß [§ 264 SGB V](#) gewährt werde und forderte den Ast. zur Abgabe der Erklärung zur Wahl einer Krankenkasse auf. Dieser Aufforderung kam der Ast. bisher nicht nach. Gegen den Bescheid vom 11.12.2007 legte der Ast. Widerspruch ein, der mit Widerspruchsbescheid vom 17.03.2008 zurückgewiesen wurde. Gegen diesen Bescheid erhob der Ast. Klage zum SG (Az.: S 8 SO 138/08).

Mit Schreiben vom 26.01.2008 hatte das private Krankenversicherungsunternehmen die fälligen Beiträge für Januar 2008 angemahnt und auf das Recht zur fristlosen Kündigung hingewiesen, wenn der Gesamtbeitrag nicht binnen zwei Monaten beglichen werde.

Mit Schreiben vom 04.03.2008 hat der Ast. einstweiligen Rechtsschutz beim Sozialgericht München - SG - begehrt und ausgeführt, er würde spätestens zum 01.01.2009 bei der privaten Krankenversicherung nach [§ 193 Abs.3 VVG](#) zu einem monatlichen Beitrag von ca. 500,00 EUR pflichtversichert werden. Der Gesetzgeber habe beschlossen, dass jeder innerhalb des SGB entweder in der gesetzlichen oder in der privaten Krankenversicherung pflichtversichert sei. Demgegenüber sei der Ast. gegenwärtig günstig vollversichert. Dies habe die Ag. bei ihrer Ermessensentscheidung nicht hinreichend berücksichtigt. Das Ermessen sei auf Null reduziert. Die Nötigung der Ag., ohne Grund die private Krankenversicherung nicht mehr zu zahlen, sei gegen den gesetzgeberischen Willen, Privatversicherte nicht an die gesetzliche

Krankenversicherung abzuschieben. Die Beiträge seien zumindest teilweise, bis zur angemessenen Höhe zu übernehmen. Die Ablehnung der Übernahme der Beiträge zur privaten Krankenversicherung verstoße gegen die Freizügigkeit und sei europarechtswidrig, da die allein in Deutschland gemäß [§ 264 SGB V](#) bestehende Kostenübernahmemöglichkeit durch die Sozialhilfeträger im Ausland nicht vorhanden sei. Ein Anordnungsgrund sei gegeben, da der Verlust des privaten Krankenversicherungsschutzes zum 26.03.2008 drohe.

Mit Beschluss vom 25.03.2008 hat das SG den Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz abgelehnt und ausgeführt, Anordnungsanspruch und Anordnungsgrund lägen nicht vor. Die Voraussetzungen für die Übernahme der Aufwendungen gemäß [§ 32 Abs.5 Satz 1 SGB XII](#) seien nicht gegeben. Die monatlichen Aufwendungen zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung seien nicht angemessen. Die Aufwendungen des Antragstellers übersteigen die Beiträge eines vergleichbaren gesetzlich Versicherten um das 2,8-fache. Eine teilweise Kostenübernahme sei nicht sachgerecht, da dem Ast. die zusätzlichen Mittel fehlen, um die Verzugsfolgen, die zum Verlust des Versicherungsschutzes führen, zu beseitigen. Die Ablehnung der Kostenübernahme gemäß [§ 32 Abs.5 Satz 2 SGB XII](#) sei rechtmäßig, weil nicht absehbar sei, dass der Ast. Leistungen nur für kurze Zeit beziehen werde. Unabhängig davon werde der Ast. ab 01.01.2009 nicht in der privaten Krankenversicherung versicherungspflichtig, da Leistungsbezieher nach dem 4. Kapitel des SGB XII von der Versicherungspflicht ausgenommen seien. Die Verweisbarkeit auf die Hilfe bei Krankheit nach [§ 48 SGB XII](#) sei nicht europarechtswidrig, da es nicht zum soziokulturellen Existenzminimum gehöre, dass ein Leistungsbezieher auch Krankenversicherungsschutz im Ausland genieße. Darüber hinaus sei kein Anordnungsgrund ersichtlich, weil ein Verlust jeglichen Krankenversicherungsschutzes nicht drohe. Der Status als Privatversicherter sei nicht schützenswert. Die Verweisung auf Hilfe bei Krankheit nach [§ 48 SGB XII](#) sei zumutbar.

Dagegen hat der Ast. Beschwerde zum Bayer. Landessozialgericht - LSG - eingelegt und ausgeführt, er erfülle die Voraussetzungen für die Aufnahme in die gesetzliche Krankenversicherung nicht mehr. Er habe mehrere chronische Erkrankungen. Bei der Angemessenheit der Beiträge sei darauf abzustellen, wie hoch die Krankenkosten in der Vergangenheit gewesen und wie die Prognosen seien. Wenn sich zeige, dass die Krankheitskosten erheblich höher sein würden als die Kosten für die Versicherung, seien die Krankenversicherungsbeiträge angemessen. Es sei medizinisch indiziert, dass sich das Krankheitsbild von Jahr zu Jahr verschlechtern werde. Aufgrund des Umstandes, dass er auch bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt seine private Krankenversicherung nicht gekündigt habe, seien kraft Gesetzes die Beiträge und die für die Pflegeversicherung zu übernehmen. Es seien zumindest die Beiträge, die für eine gesetzliche Krankenkasse anfallen würden und von der Beklagten als angemessen erachtet werden, zu zahlen. Der Standardtarif mache nach seiner Berechnung 525,00 EUR aus, so dass die Kostenübernahme des gegenwärtigen Vollversicherungsvertrages bei der PKV erheblich günstiger sei. Er sei aktuell bei der C. (C.) versichert mit einem KV-Beitrag von 294,66 EUR monatlich und Pflegeversicherung in Höhe von 47,00 EUR pro Monat. Die Krankenkasse habe für die Kalenderjahre 2006 insgesamt 5.192,92 EUR Behandlungskosten erstattet und für das Kalenderjahr 2007 insgesamt 5.638,56 EUR. Der Ast. brachte ferner ein Informationsblatt "Versicherungspflicht für Personen ohne anderweitige Absicherung im Krankheitsfall in der privaten Krankenversicherung vom 19.03.2008" in Vorlage.

Mit Schreiben vom 27.05.2008 hat der Ast. mitgeteilt, dass C. für akut eintretende Krankheitsfälle - so lange die Beiträge nicht bezahlt seien - keine Leistungen übernehme. Es gehe um die medizinische Grundversorgung. Es wäre zumindest sinnvoll, dass die Ag. vorläufig die Leistungen übernehme, die sie sonst doppelt zahlen müsse.

Aus dem beigelegten Schreiben der C. an den Ast. vom 21.05.2008 ergibt sich im Wesentlichen, dass zwischen C. und dem Ast. eine bis einschließlich Juni 2008 befristete Stundungsvereinbarung bezüglich der Beiträge getroffen wurde. Die dem Ast. zugegangene Zahlungserinnerung sei gegenstandslos. Seit 29.03.2008 bestehe für neu eintretende Versicherungsfälle kein Versicherungsschutz. Der nächste Schritt könne nach Ablauf der Stundungsvereinbarung bei weiterer Nichtzahlung nur die Kündigung des Vertrages sein.

Der Ast. beantragt, den Beschluss des Sozialgerichts München vom 25.03.2008 aufzuheben und die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung zu verpflichten, vorläufig bis zum rechtskräftigen Abschluss des Klageverfahrens die Krankenversicherungsbeiträge in Höhe von 294,66 EUR sowie die Pflegeversicherungsbeiträge in Höhe von 47,00 EUR monatlich beginnend ab 01.01.2008 zu übernehmen sowie ihm für das Beschwerdeverfahren Prozesskostenhilfe zu bewilligen und Rechtsanwalt H. S. , M. , beizugeben.

Die Ag. beantragt, die Beschwerde zurückzuweisen.

Sie vertritt die Auffassung, die Höhe der Beiträge sei nicht angemessen, da sie um mehr als das Doppelte über den vergleichbaren Beiträgen der gesetzlichen Krankenkassen lägen. Die Voraussetzungen des [§ 32 SGB XII](#) seien nicht erfüllt. Es sei nicht nur von einem vorübergehenden Hilfebezug auszugehen.

Wegen weiterer Einzelheiten wird auf den Inhalt der beigelegten Akten beider Instanzen Bezug genommen.

II.

Die zulässige Beschwerde ist unbegründet. Zu Recht hat das SG den Eilantrag des Antragstellers auf Erlass der hier statthaf- ten Regelungsanordnung gemäß § 86b Abs.2 Satz 2 Sozialgerichts- gesetz - SGG - abgelehnt. Denn die Voraussetzungen für den Er- lass der beantragten Eilentscheidung liegen nicht vor.

Vorliegend bestehen gegen die Zugrundelegung der einfach-gesetzlichen Maßgaben im Sinne eines Anordnungsanspruches, eines Anordnungsgrundes und der überwiegenden Interessen des Antragstellers keine Bedenken. Denn bei Nichtgewährung von einstweiligem Rechtsschutz im Sinne des oben bezeichneten Antragsinhalts würden dem Ast. jedenfalls keine schweren Rechtsverletzungen im Sinne der zur Existenzsicherung bzw. zu Krankenversicherungsleistungen entwickelten Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG vom 12.05.2005, [1 BvR 569/05](#). = [Breithaupt 2005, 803](#) ff = [NJW 2005, 2982](#) = ASR 2005, 65; BVerfG vom 06.02.2007, [1 BvR 3101/06](#) juris Rn 16,18) drohen. Vorliegend drohen schon deshalb keine schwerwiegenden, mit Eilrechtsschutz zu verhindernde Rechtsverletzungen im Sinne der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts, weil zum einen eine Kündigung der privaten Krankenversicherung durch C. bisher nicht erfolgt und mit dieser eine bis Ende Juni 2008 geltende Stundungsvereinbarung getroffen wurde. Zum anderen hat es der Ast. allein in der Hand, den (auch grundgesetzlich gebotenen) Schutz der Krankenversorgung in Form der Krankenbehandlung gemäß [§ 264 SGB V](#) herbeizuführen. Die Inanspruchnahme dieser Leistung, die den Ast. genauso stellt wie gesetzlich Krankenversicherte (vgl. [§ 264 Abs.4 SGB V](#)), ist - jedenfalls für den hier nur fraglichen Zeitraum bis zur Hauptsacheentscheidung - auch zumutbar. Es bleibt daher bei den einfach

gesetzlichen Voraussetzungen für die Gewährung von einstweiligem Rechtsschutz nach [§ 86b Abs.2 Satz 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG).

Danach setzt der Erlass einer Regulationsanordnung voraus, dass der geltend gemachte Anspruch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zusteht (Anordnungsanspruch), dass ohne Eilrechtsschutz bis zur Entscheidung in der Hauptsache mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine erhebliche Rechtsverletzung droht (Anordnungsgrund) und dass die Interessen des Antragstellers auch sonst überwiegen. Diese Voraussetzungen sind nicht erfüllt.

Ein Anordnungsanspruch ist nicht gegeben. Nach [§ 32 Abs.5 SGB XII](#) werden die Aufwendungen zu einer bestehenden privaten Kranken- und Pflegeversicherung übernommen, soweit sie angemessen sind und die Voraussetzungen des [§ 19 Abs.1 SGB XII](#) erfüllt sind (Satz 1). Besteht die Leistungsberechtigung voraussichtlich nur für kurze Dauer, können zur Aufrechterhaltung einer Krankenversicherung bei einem Versicherungsunternehmen auch höhere Aufwendungen übernommen werden (Satz 2).

Es steht zur vollen Überzeugung des Senats fest, dass die Voraussetzungen des Satzes 1 der genannten Vorschrift nicht vorliegen. Die monatlichen Aufwendungen des Ast. zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung in Höhe von 341,66 EUR zuzüglich der jährlichen Eigenbeteiligung von 306,00 EUR sind nicht angemessen. Der unbestimmte Rechtsbegriff der Angemessenheit, der ohne fachbehördlichen Beurteilungsspielraum der vollen gerichtlichen Nachprüfung unterliegt, muss mangels näherer Erläuterung im Gesetz und in den Gesetzesmaterialien aus der inneren Systematik sowie aus Sinn und Zweck der Vorschrift unter Berücksichtigung der dem SGB XII innewohnenden Zielsetzung ausgelegt werden (vgl. zu [§ 84 SGB X](#) Brühl, in LPK-SGB XII, § 82 Rdnr.74). Die Angemessenheit setzt danach u.a. voraus, dass die freiwilligen Vorsorgeaufwendungen in einem ähnlichen Maße wie die gesetzlich vorgeschriebenen Sozialversicherungen notwendig sind (Oberverwaltungsgericht - OVG - Nordrhein-Westfalen vom 11. Juli 2001 - [12 A 2727/00](#)). Die bezweckte Sicherung darf dabei nach Art und Höhe allenfalls dem entsprechen, was ein vernünftiger und vorausschauend planender Bürger ohne überzogenen Sicherheitsbedürfnis mit einem Einkommen knapp oberhalb der Sozialhilfegrenze in einer ansonsten vergleichbaren Lage für sinnvoll und tragbar erachten würde (OVG Nordrhein-Westfalen, a.a.O.; siehe auch BVerwG vom 28. Mai 2003 - [5 C 8/02](#)). Der nachvollziehbare Wunsch des Ast., sich mittels einer privaten Krankenversicherung zusätzliche Optionen zu erhalten, entspricht hinsichtlich der üblichen Absicherung typischer Risiken des Alltags nicht dem Lebenszuschnitt der Bevölkerungsgruppe, der der Ast. zuzuordnen ist (vgl. dazu Hauck/Noftz, SGB II, Kommentar, § 11 Rdnr.145).

Die Grundgedanken der zum BSHG entwickelten Rechtsprechung können im Übrigen auch bei der Auslegung des SGB XII Anwendung finden. Die entsprechende Vorgängerregelung war § 13 BSHG. Danach konnten in sonstigen Fällen Beiträge für eine freiwillige Krankenversicherung übernommen werden, soweit sie angemessen waren; zur Aufrechterhaltung einer freiwilligen Krankenversicherung waren solche Beiträge zu übernehmen, wenn laufende Hilfe zum Lebensunterhalt voraussichtlich nur für kurze Dauer zu gewähren ist.

Das BVerwG hatte hierzu mit Urteil vom 23.09.1999, [5 C 22/99](#) entschieden, dass in einem Fall, in dem der Betroffene nicht in der Lage ist, die Kosten der Krankenversicherung selbst aufzubringen, - was auch für den Ast. gilt - dieser unter dem Aspekt des § 92a BSHG nicht selbst entscheiden dürfe, ob er die Übernahme der Beiträge zur freiwilligen Krankenversicherung nach § 13 BSHG beantragt oder erst im Bedarfsfall um Krankenhilfe gem. § 37 BSHG nachsucht. Diese Überlegungen gelten für den vorliegenden Fall entsprechend, zumal der Ast. selbst angibt, an einer kostenaufwendigen, hohe Krankenkosten verursachenden Krankheit zu leiden. Gerade deshalb steht es ihm nicht zu, über die notwendige finanzielle Vorsorge zu entscheiden. Da der Ast. die Mittel für eine Versorgung im Krankheitsfall nicht selbst aufbringen kann, obliegt es nicht ihm, zwischen Hilfe nach [§ 32 SGB XII](#) (vormals § 13 Abs.2 BSHG) und Hilfe nach [§ 48 SGB X](#) (vormals § 37 BSHG) zu wählen. Vielmehr muss er es dem Sozialhilfeträger, der die Mittel für seine Versorgung im Krankheitsfall aufbringt, überlassen, ob dieser schon vor Eintritt eines Krankheitsfalles die Beiträge zur freiwilligen Krankenversicherung als Ermessensleistung ([§ 32 SGB XII](#)) übernehmen oder erst im Krankheitsfall Krankenhilfe nach [§ 48 SGB X](#) leisten will (zum Ganzen BVerwG, Urteil vom 23.09.1999, [5 C 22/99](#) juris Rn 16).

Auch wenn als Vergleichsmaßstab - wie vom Kläger angeregt - die Summe der zu erwartenden Aufwendungen des Sozialhilfeträgers gemäß [§§ 264 SGB V](#) i.V.m. [§ 48 SGB XII](#) herangezogen würde, lässt sich Angemessenheit im Sinne des [§ 32 Abs.5 Satz 2 SGB XII](#) nicht bejahen. Denn unter Berücksichtigung des Lebensalters und der bekannten Vorerkrankung des Antragstellers ist nicht zu erwarten, dass der Ersatz der vollen Aufwendungen im Einzelfall und eines angemessenen Teils der Verwaltungskosten der Krankenkasse in Zukunft aufwändiger ist als die Übernahme der Beiträge zur PKV. Liegen die jährlichen Aufwendungen für die Krankenhilfe jedoch voraussichtlich unter den jährlichen Beiträgen zur PKV, ist die Übernahme der Beiträge zur PKV unangemessen, weil der Ast. zumutbar auf die Leistungen der Krankenhilfe verwiesen werden kann. So liegen die Dinge hier.

Entscheidend ist hier, wie hoch die voraussichtlichen Aufwendungen des Sozialhilfeträgers gemäß [§ 264 SGB V](#) i.V.m. [§ 48 SGB XII](#) für ein offensichtlich chronisches Krankheitsbild sind, das die vom Ast. angegebenen privatärztlichen Honorare in Höhe von 5.192,92 Euro (2006) bzw. 5.638,56 Euro (2007) ausgelöst hat. Die zu erwartenden Aufwendungen sind dabei in Bezug zu setzen zu den zu erwartenden zukünftigen Gesamtaufwendungen für die PKV. Da diese Prognose naturgemäß schwierig ist, kann die Entscheidung des Sozialhilfeträgers zugunsten der Krankenhilfe nur dann aufgehoben werden, wenn aufgrund der Höhe der bisherigen Krankheitskosten und der Natur der zu Grund liegenden Erkrankungen (chronische Erkrankungen) offensichtlich zu erwarten ist, dass die Krankenhilfe die teurere Form der Versorgung im Krankheitsfall darstellt. Vorliegend ist jedoch nicht zu erwarten, dass die Krankenhilfe die teurere Form der Versorgung im Krankheitsfall des Klägers ist. Auch bei Zugrundelegung der höheren für 2007 angegebenen, privatärztliche abgerechneten Honoraren (mit dem üblichen 2,3-fachen Satz) in Höhe von 5.638,56 Euro (= 2.451,55 Euro) ist davon auszugehen, dass die Krankenhilfe unter den Jahresaufwendungen für die Beiträge zur PKV ($12 \times 341,66 + 306,00 = 4.405,92$ Euro) liegen dürften.

Auch bis zur Höhe der angemessenen Beiträge besteht kein Anspruch auf eine teilweise Kostenübernahme. Denn die teilweise Kostenübernahme ist nicht sachgerecht. Die Beiträge zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung bleiben nämlich ungedeckt. Dem Ast. fehlen die zusätzlichen Mittel, um die Verzugsfolgen, die zum Verlust des Versicherungsschutzes führen, zu beseitigen. Damit wird das Ziel der staatlichen Hilfeleistung nicht erreicht (dazu OVG Hamburg vom 30.07.1992, Bs IV 299/92).

Auch die Voraussetzungen des Satzes 2 des [§ 32 Abs.5 SGB XII](#) liegen nicht vor. Denn es ist nicht absehbar, dass der Ast. Leistungen nur für kurze Dauer beziehen wird. Der Ast. bezieht bereits seit 01.01.2005 ununterbrochen Leistungen nach dem 4. Kapitel des SGB XII. Ferner bekommt er eine nur sehr kleine Altersrente in Höhe von 172,38 EUR monatlich. Er ist außerdem - wie er selbst vorträgt - chronisch krank,

und daher nicht in der Lage, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Die Tatbestandsvoraussetzungen des Satzes 2 des [§ 32 Abs.5 SGB XII](#) liegen mithin nicht vor. Eine - an die Rechtsfolgenseite der Vorschrift anknüpfende - Ermessensausübung der Antragsgegnerin war daher gar nicht vorzunehmen.

Einen - vom Ast. ohne hinreichende Substantiierung behaupteten - Verstoß gegen europa-rechtliche Vorschriften vermag der Senat nicht zu erkennen, da - wie ausgeführt - die Krankenhilfe zugunsten des Ast. im Hinblick auf die von der Ag. abgegebenen Erklärungen gesichert ist.

Auch ein Anordnungsgrund liegt nicht vor. Nach den Umständen des vorliegenden Falles ist es dem Ast. zumutbar, die Entscheidung in der Hauptsache abzuwarten. Dem Ast. drohen im Interimszeitraum bis zur Hauptsacheentscheidung keine erheblichen Rechtsverletzungen. Insbesondere ist die Krankenversorgung des Ast. derzeit gewährleistet. Mit der privaten Krankenversicherung besteht eine bis Ende Juni 2008 geltende Stundungsvereinbarung. Diese Versicherung ist - wie sich aus dem Schreiben der C. vom 21.05.2008 ergibt - derzeit auch noch nicht gekündigt. Wegen der der C. geschuldeten rückständigen Beiträge steht diese so wie jeder andere Gläubiger auch. Dass die Krankenversorgung gewährleistet ist, ergibt sich auch aus dem vom Ast. vorgelegten Befundbericht des Prof. Dr. K. über einen stationären Aufenthalt des Ast. vom 14.05. bis 15.05.2008 im Klinikum der Universität M ... Die Ag. ist ferner bereit, die Krankenhilfe des Ast. zu übernehmen. Der Ast. kann ohne Weiteres durch einfache Erklärung den gesetzlichen Schutz gegen Krankheit gemäß [§§ 264 SGB V](#) i.V.m. [§ 48 SGB XII](#) herbeiführen. Durch den Verlust des Status als Privatversicherter drohen dem Ast. keine erheblichen Rechtsverletzungen, die mit einer Eilentscheidung verhindert werden müssten (dazu OVG Hamburg vom 30.07.1992, Bs IV 299/92). Vielmehr ist die Verweisung auf Hilfe bei Krankheit nach [§ 48 SGB XII](#) zumutbar (zur Zumutbarkeit im Verhältnis zur Aufnahme in die Krankenversicherung als freiwillig Versicherter LSG Schleswig-Holstein vom 19.09.2006, [L 5 B 376/06 KR ER](#); LSG Niedersachsen-Bremen vom 06.03.2007, [L 1 KR 1/07 ER](#)).

Es ist zwar richtig, dass der Ast. nicht ohne Schutz gegen das Risiko der Krankheit dastehen darf. Eine derartige Absicherung ist von existenzieller Bedeutung und wird dem Grunde nach von dem Recht auf körperliche Unversehrtheit in Verbindung mit der Garantie des Existenzminimums umfasst (Art. 1 Grundgesetz). Insoweit erwachsen sogar unmittelbar aus der Verfassung Ansprüche auf tatsächliche Leistungen (vgl. Jarass/Pieroth, Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland, 3. Auflage, Rdnr.8 zu Art.1). Zumindest besteht ein Anspruch auf sachgerechte Teilhabe an vorhandenen Einrichtungen. Dies steht hier aber gar nicht in Frage. Vielmehr geht es um die Frage der Zumutbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung für den Zeitraum bis zur Hauptsacheentscheidung, deren Schutz der Ast. nicht herbeiführt, obwohl diesbezügliche Hinderungsgründe nicht gegeben sind, weil er den Schutz der kostenintensiveren privaten Krankenversicherung behalten will. Auch die Hilfe bei Krankheit gemäß [§ 48 Satz 1 SGB XII](#), zu der sich die Ag. bereit erklärt hat, gewährleistet jedoch eine hinreichende Absicherung des Ast. gegen das Risiko der Krankheit. Das System der Krankenhilfe sowie der Krankenversicherung ist seit 2005 für Grundsicherungsempfänger - wie den Ast. - nahtlos. Durch die subsidiäre Ausgestaltung des Eintretens der Sozialhilfe entstehen keine Lücken in der Krankenhilfe.

Insofern wird der Ast. ausdrücklich darauf hingewiesen, dass es an ihm liegt, die Erklärung über die Wahl einer Krankenkasse nach [§ 264 Abs.3 Satz 1 SGB V](#) abzugeben. Der Ast. bleibt dann nicht ohne Schutz gegen Krankheit. Gemäß [§ 264 Abs.1 SGB V](#) kann - die Abgabe dieser Erklärung vorausgesetzt - die Krankenkasse für Arbeits- und Erwerbslose, die nicht gesetzlich gegen Krankheit versichert sind, und für andere Hilfeempfänger die Krankenbehandlung übernehmen, sofern der Krankenkasse Ersatz der vollen Aufwendungen im Einzelfall sowie eines angemessenen Teils ihrer Verwaltungskosten gewährleistet wird. Nach Abs. 2 dieser Vorschrift wird die Krankenbehandlung von Empfängern von Leistungen nach dem dritten bis neunten Kapitel des Zwölften Buches, die nicht versichert sind, von der Krankenkasse übernommen. Die Krankenbehandlung des Antragstellers auf diese Weise ist - was zwischen den Beteiligten auch unstreitig ist - sichergestellt.

Es drohen auch keine erheblichen, per Eilrechtsschutz zu verhindernden Rechtsnachteile, wenn der Ast. auf die Hilfe bei Krankheit der Sozialhilfe verwiesen wird. Insbesondere ist diese Absicherung auch unter Berücksichtigung der Gesundheitsstörungen des Ast. nicht in einem solchen Ausmaß minderer Art, dass sie unzumutbar wäre. Dann entspräche im Übrigen schon [§ 48 SGB XII](#) nicht den Anforderungen an ein menschenwürdiges Dasein (vgl. dazu Beschluss des Senats vom 06.02.2008, [L 8 B 799/07 SO ER](#); LSG Schleswig-Holstein vom 19.09.2006, [L 5 B 376/06 KR-ER](#); abweichend LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 07.01.2008, [L 1 B 336/07 KR ER](#)).

Auch eine zusätzliche Abwägung (zum Gebot einer zusätzlichen Interessenabwägung BVerfG, [NJW 1989, 827](#); [1995, 950, 951](#); [1995, 2477](#); vgl. auch BVerfG, [DVBl. 1996, 1367](#), 1368 mwN; BVerfG, [NJW 1980, 35, 36](#) = [BVerfGE 51, 268](#), 280 f., 286; ferner Finkelnburg/Jank, S.5 Rdnr.8; Krodell, NZS 2002, 234, 237 f. mwN) fällt zuungunsten des Antragstellers aus. In diesem Rahmen war insbesondere zu berücksichtigen, dass eine Kündigung der privaten Krankenversicherung zum maßgeblichen Zeitpunkt der Beschwerdeentscheidung - wie sich aus dem Schreiben der C. vom 21.05.2008 ergibt - noch nicht erfolgt ist. Auch die Folgenabwägung im Sinne der sog. Doppelhypothese spricht gegen den Antragsteller. Denn auch bei einer Versagung von Eilrechtsschutz und einem - nach dem zum Anordnungsanspruch Gesagten äußerst unwahrscheinlichen - Obsiegen im Hauptsacheverfahren steht der Ast. für den Zeitraum des Hauptsacheverfahrens da wie ein gesetzlich Versicherter. Im Hinblick darauf ist nicht ersichtlich, dass das Hauptsacheverfahren keinen effektiven Rechtsschutz mehr bieten könnte. Auch dem Aspekt eines eventuellen Verlustes des Status als Privatversicherter kommt kein durchschlagendes Gewicht zugunsten des Ast. zu. Insofern ist nochmals auf die in [§ 193 Abs.3 Satz 2 Nr.4 VVG](#) i.d.F. ab 01.01.2009 zum Ausdruck kommende Wertung des Gesetzgebers hinzuweisen. Mit dem GKV-WSG soll u.a. ein Versicherungsschutz für alle Einwohner ohne Absicherung im Krankheitsfall in der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung gewährleistet werden (zum bisherigen Problem des Krankenversicherungsschutzes für die Gruppe der Menschen, die bisher keinen Krankenversicherungsschutz hatten, vgl. Wendt RdLH 2006, 107, 108). Wenn kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung vorhanden ist und zuletzt Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung bestand, soll dieser zukünftig aufrechterhalten bleiben. Für Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die zuletzt privat krankenversichert waren, werden die privaten Krankenversicherungsunternehmen verpflichtet, einen Versicherungsschutz im Basistarif anzubieten. Fehlt eine Krankenversicherung, werden sie in dem System versichert, dem sie zuzuordnen sind. Die private Krankenversicherung muss hierfür einen dem Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechenden Basistarif mit Kontrahierungszwang zu bezahlbaren Prämien anbieten - ohne Risikozuschläge und ohne Leistungsausschlüsse. Sie ersetzt den bisherigen Standardtarif in der privaten Krankenversicherung ([BR-Drucks 755/06, S 245](#)). Der Gesetzgeber selbst hat aber nach der oben genannten Vorschrift die Personengruppe, zu der der Ast. gehört, in diese Überlegungen im Hinblick auf [§§ 264 SGB V, 48 SGB XII](#) gerade nicht einbezogen. Der Ast. wird auch nicht ab 01.01.2009 verpflichtet sein, sich in der privaten Krankenversicherung zu versichern. Denn nach [§ 193 Abs.3 Satz 2 Nr.4 VVG](#) in der ab 01.01.2009 geltenden Fassung sind ausdrücklich Leistungsbezieher nach dem 4. Kapitel des SGB XII ausgenommen. Dementsprechend besteht auch für den Versicherer gemäß [§ 193 Abs.5 Satz 1 Nr.2 VVG](#) keine Pflicht, Leistungsbeziehern nach dem 4. Kapitel des SGB XII

einen Basistarif anzubieten. Andererseits könnten bei einem Unterliegen im Hauptsacheverfahren während dessen Dauer geleistete Beitragszahlungen aufgrund der finanziellen Situation des Ast. mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht mit Erfolg zurückgefordert werden. Ein Nachteil für den Antragsteller bei Versagung vorläufigen Rechtsschutzes könnte damit allenfalls in der Gleichstellung mit gesetzlich Krankenversicherten gesehen werden. Dieser Abwägungsbelang wiegt jedoch im Vergleich zu der irreversiblen Vorwegnahme der Hauptsache bei einer stattgebenden einstweiligen Anordnung weniger schwer.

Insgesamt ist es dem Ast. zumutbar, Hilfe bei Krankheit nach [§ 264 SGB V](#) i.V.m. [§ 48 SGB XII](#) SGB XII, die den Ast. so stellt wie gesetzlich Krankenversicherte, in Anspruch zu nehmen.

Das SG hat daher den Eilantrag des Ast. zu Recht abgelehnt, so dass die Beschwerde gegen den Beschluss des SG München zurückzuweisen war.

Da der Ast. im Eil- und im Beschwerdeverfahren nicht obsiegt hat, war eine Verpflichtung der Ag. zur Erstattung der außergerichtlichen Kosten nicht auszusprechen, [§ 193 SGG](#) analog.

Auch der Antrag auf Bewilligung von Prozesskostenhilfe - PKH - war abzulehnen.

Nach [§ 73a Abs.1 SGG](#) (i.V.m. [§ 114 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. Ist eine Vertretung durch Anwälte nicht vorgeschrieben, wird der Partei auf ihren Antrag ein zur Vertretung bereiter Rechtsanwalt seiner Wahl beigeordnet, wenn die Vertretung erforderlich erscheint oder der Gegner durch einen Rechtsanwalt vertreten ist ([§ 121 Abs.2 Satz 1 ZPO](#)).

Zur Beurteilung der Erfolgsaussichten kommt es auf den Zeitpunkt der Entscheidung über den Antrag an (vgl. Meyer-Ladewig, Komm. zum SGG, 8.Aufl., Rdnr.7c zu § 73 a). Hinreichende Erfolgsaussichten lagen zu diesem Zeitpunkt bei der gebotenen summarischen Prüfung nicht vor.

Bei der Prüfung der hinreichenden Aussicht auf Erfolg im Rahmen der PKH erfolgt nur eine vorläufige Prüfung. Dabei ist der verfassungsrechtlich gezogene Rahmen (Art. [3 Abs.1](#), [20 Abs.3](#), [19 Abs.4](#) Grundgesetz) zu beachten. Deshalb dürfen keine allzu überspannten Anforderungen gestellt werden (Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 07.04.2000, Az.: [1 BvR 81/00](#), [NJW 2000, 1936](#)). Eine hinreichende Erfolgsaussicht ist anzunehmen, wenn das Gericht den Rechtsstandpunkt des Klägers aufgrund der Sachverhaltsschilderung und der vorliegenden Unterlagen für zutreffend oder zumindest für vertretbar hält und in tatsächlicher Hinsicht von der Möglichkeit der Beweisführung überzeugt ist (Meyer-Ladewig, a.a.O., Rdnr.7, 7a zu § 73a). Denn der Zweck der Prozesskostenhilfe, dem Unbemittelten weitgehend gleichen Zugang zu Gericht wie dem Bemittelten zu gewähren, gebietet lediglich, ihn einem solchen Bemittelten gleichzustellen, der seine Prozessaussichten vernünftig abwägt und dabei auch das Kostenrisiko mitberücksichtigt ([BVerfGE 81, 347](#), 356 ff. = [NJW 1991, 413](#) f.; BVerfG [FamRZ 1993, 664](#), 665). Die beabsichtigte Rechtsverfolgung bietet unter Zugrundelegung dieser Grundsätze vorliegend - wie sich aus den vorstehenden Ausführungen zur Beschwerde des Antragstellers ergibt - nach der gebotenen summarischen Prüfung keine hinreichende Aussicht auf Erfolg.

Dieser Beschluss ist nicht mit der Beschwerde anfechtbar, [§ 177 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2009-04-08