L 7 SO 165/09 B ER

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Sozialhilfe
Abteilung
7
1. Instanz
SG Frankfurt (HES)
Aktenzeichen
S 20 SO 232/09 ER
Datum
01.09.2009
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 7 SO 165/09 B ER
Datum
14.12.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Beschluss
Leitsätze
Zur Höhe der Übernahme von Beiträgen zur privaten Krankenversicherung im halbierten Basistarif durch den Sozialhilfeträger.
Begriff der "Angemessenheit" in § 32 Abs. 5 SGB 12; keine weitere Deckelung bis zur Höhe der Kosten für gesetzlich krankenversicherte Bezieher von Alg II.
I. Auf die Beschwerden der Beteiligten wird der Beschluss des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 1. September 2009 abgeändert. Der Antragsgegner wird im Wege der einstweiligen Anordnung verpflichtet, dem Antragsteller im Rahmen der Leistungsgewährung nach dem SGB XII ab dem 31. Juli 2009 bis zum 31. Dezember 2009 die Aufwendungen für die private Krankenversicherung bei der C. im Basistarif in Höhe von 284,82 EUR monatlich zu übernehmen. Im Übrigen werden die Beschwerden zurückgewiesen.

II. Für das Beschwerdeverfahren haben die Beteiligten einander keine Kosten zu erstatten.

Gründe:

I.

Zwischen den Beteiligten ist streitig, in welcher Höhe der Antragsgegner im Wege des einstweiligen Rechtsschutzverfahrens die Kosten des Antragstellers für die private Krankenversicherung zu tragen hat.

Der 1971 geborene Antragsteller erhält von dem Antragsgegner seit dem 30. November 2005 laufende Leistungen in Gestalt von Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII). Er ist seit dem 1. September 1998 bei der C. privat kranken- und pflegeversichert. Es handelt sich um eine Krankheitskostenvollversicherung, wonach Aufwendungen für ärztliche Leistungen sowie Heil-, Hilfs- und Arzneimittel zu 100 % und Aufwendungen für Zahnkronen, Kieferorthopädie zu 75 % sowie sonstige zahnärztliche Leistungen zu 100 % erstattet werden. Zum 1. Januar 2008 zahlte der Antragsteller einen monatlichen Beitrag in Höhe von 295,35 EUR (253,59 EUR Krankenversicherung; 16,40 EUR Pflegeversicherung; 25,36 EUR gesetzlicher Zuschlag). Den jährlichen Selbstbehalt in Höhe von 1.180 EUR überwies der Antragsgegner ausweislich des Schreibens vom 18. Februar 2008 unter gleichem Datum auf das Konto des Antragstellers. Mit Schreiben ebenfalls vom 18. Februar 2008 führte die C. aus, dass die Jahres-Selbstbeteiligungsgrenze erreicht sei. Die Aufwendungen für den Selbstbeteiligungsbetrag wurden in den Jahren 2006 bis 2008 von dem Antragsgegner nach § 48 SGB XII vollständig erstattet.

Mit Schreiben vom 12. November 2008 teilte der Antragsgegner mit, dass durch die Gesundheitsreform ab dem 1. Januar 2009 der neue Basistarif in der privaten Krankenversicherung eingeführt werde. Er bat den Antragsteller diesbezüglich um Beantragung des Wechsels in den Basistarif seiner Krankenkasse und um Vorlage eines entsprechenden Nachweises über die Antragstellung. Mit Schreiben vom 19. November 2008 führte der Antragsteller diesbezüglich aus, dass der Beitrag zu dem Basistarif deutlich über dem bisher zu leistenden Beitrag zur Kranken- und Pflegeversicherung liegen werde. Deswegen werde er nicht den Wechsel in den Basistarif beantragen. Vielmehr beantragte er wiederum die Übernahme des jährlichen Selbstbehaltes bei dem Antragsgegner.

Mit Schreiben vom 17. November 2008 teilt die C. mit, dass der monatliche Beitrag ab 1. Januar 2009 bei 313,79 EUR (269,23 EUR Krankenversicherung; 17,63 EUR Pflegeversicherung; 26,93 EUR gesetzlicher Zuschlag) liege. Zusätzlich sei im Jahr 2009 eine Selbstbeteiligung in Höhe von 1.280 EUR zu zahlen.

Mit Bescheid vom 3. Dezember 2008 bewilligte der Antragsgegner für November 2008 Leistungen in Höhe von 1.118,62 EUR und für Dezember 2008 in Höhe von 1.061,57 EUR. Hierbei berücksichtigte er neben dem Regelbedarf und den Kosten für Unterkunft und Heizung

einen Bedarf für Kranken- und Pflegeversicherung nach § 32 SGB XII in Höhe von 296,58 EUR als Bedarf des Antragstellers. In dem Bescheid heißt es, dass ab dem 1. Januar 2009 der angegebene Beitrag zur privaten Krankenkasse für den Basistarif als Bedarf für angemessene Beiträge für die Kranken- und Pflegeversicherung anerkannt werde. Weiter heißt es: "Sofern sich keine Änderungen der persönlichen und/oder wirtschaftlichen Verhältnisse ergeben, erfolgt die Bewilligung für den jeweiligen Folgemonat durch die Auszahlung der Leistung zum Monatswechsel". Unter dem 1. Januar 2009 erhob der Antragsteller Widerspruch hiergegen. Mit Widerspruchsbescheid vom 16. März 2009 wies der Antragsgegner den Widerspruch als unbegründet zurück.

Hiergegen hat der Antragsteller am 1. April 2009 vor dem Sozialgericht Frankfurt am Main Klage erhoben (Az.: S 20 SO 108/09).

Mit weiterem Bescheid vom 22. Januar 2009 bewilligte der Antragsgegner monatliche Leistungen in Höhe von 1.067,44 EUR für die Zeit ab Januar 2009. Hierbei berücksichtigte er nunmehr einen Beitrag zur Krankenversicherung in Höhe von 284,82 EUR monatlich und zur Pflegeversicherung in Höhe von 17,63 EUR monatlich. Auch hiergegen erhob der Antragsteller unter dem 9. Februar 2009 Widerspruch.

Mit Schreiben vom 6. April 2009 erinnerte der Antragsteller an eine Entscheidung betreffend den Antrag auf Übernahme des Selbstbehaltes ab dem 1. Januar 2009. Hierauf reagierte der Antragsgegner mit Schreiben vom 15. April 2009 und führte aus, dass ein Selbstbehalt nicht übernommen werden könne, da sich im Basistarif ein solcher Selbstbehalt nicht finde.

Unter dem 22. April 2009 hat der Antragsteller erstmals einen Eilantrag bei dem Sozialgericht Frankfurt am Main (SG) gestellt. Ihm sei ein Wechsel in den Basistarif nicht zumutbar. Dies hätte für ihn unumkehrbare gesundheitliche Auswirkungen im Sinne einer drastischen Verschlechterung. Auch sei die Fortführung seiner Behandlung bei den betreffenden Fachärzten nicht gewährleistet. Darüber hinaus sei ein späterer Wiedereintritt in seine jetzige Versicherung (100 % Vollversicherung ohne Zuzahlung) nur eingeschränkt beziehungsweise gar nicht mehr möglich.

Mit Beschluss vom 23. Juni 2009 lehnte das SG den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab. Die hiergegen erhobene Beschwerde wurde zwischenzeitlich mit Beschluss des erkennenden Senats vom 10. Dezember 2009 (L 7 SO 119/09 B ER) zurückgewiesen.

Während des vorgenannten einstweiligen Rechtsschutzverfahrens hat der Antragsgegner mit Bescheid vom 19. Juni 2009 Hilfe zum Lebensunterhalt für den Monat 07/09 nur noch in Höhe von insgesamt 915,10 EUR bewilligt. Ausweislich der Bedarfsberechnung hat er den Bedarf des Antragstellers für die Krankenversicherung vom 1. Juli 2009 an bis auf Weiteres in Höhe von nur noch 124,32 EUR und für die Pflegeversicherung in Höhe von 17,79 EUR festgesetzt. In dem Bescheid heißt es, dass ein Anspruch auf Leistungen unabhängig von der Höhe des zu zahlenden Kranken- und Pflegeversicherungsbeitrages bestehe und nach § 12 Abs. 1c Satz 6 VAG vom Sozialhilfeträger die Beiträge zu zahlen seien, welche auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen seien und der Beitragssatz dementsprechend bei dem Antragsteller angepasst worden sei. Den dagegen eingelegten Widerspruch hat der Antragsgegner durch Widerspruchsbescheid vom 9. Juli 2009 zurückgewiesen. Auch hiergegen hat der Antragsteller beim SG Klage erhoben (Az.: S 20 SO 205/09).

Mit Bescheid vom 29. Juli 2009 lehnte der Antragsgegner darüber hinaus auch die darlehensweise Übernahme der offenen Beiträge zur privaten Krankenversicherung ab dem 1. Juli 2009 ab. Die Voraussetzungen für eine darlehensweise Leistungsgewährung nach §§ 34, 37 und 38 SGB XII lägen nicht vor. Den Widerspruch vom 31. Juli 2009 hiergegen wurde mit Bescheid vom 14. August 2009 als unbegründet zurück gewiesen.

Unter dem 31. Juli 2009 hat die Prozessbevollmächtigte des Antragstellers erneut den Erlass einer einstweiligen Anordnung beim SG beantragt. Die Aufwendungen des Antragstellers für den derzeitigen Krankenversicherungsschutz seien angemessen im Sinne von § 32 Abs. 5 Satz 1 SGB XII. Der Wechsel in den Basistarif sei für ihn unzumutbar, da ein späterer Wechsel zurück in den Vollversicherungstarif aufgrund seiner multiplen Erkrankungen nicht mehr möglich sei. Darüber hinaus seien im Rahmen des Basistarifs Zuzahlungen zu Arznei- und Verbandsmitteln sowie zu Heil- und Hilfsmitteln zu zahlen. Auch müsse er bei der ersten Inanspruchnahme eines Leistungserbringers im Quartal eine Zuzahlung in Höhe von 10 EUR zahlen. Insgesamt müsse der Antragsteller Zuzahlungen im Umfang wie in der gesetzlichen Krankenversicherung zahlen. Der Wechsel in den Basistarif hätte zur Folge, dass die behandelnden Fachärzte die Behandlung nicht weiterführen würden. Beantragt wurde daher im Hauptantrag, den Antragsgegner zu verpflichten, die Aufwendungen des Antragstellers für die bei der C. bestehende Krankheitskostenvollversicherung in tatsächlicher Höhe ab dem 1. Juli 2009 bis zum rechtskräftigen Abschluss des Hauptsacheverfahrens zu übernehmen und dem Antragsteller die ihm aufgrund der in den Monaten Januar 2009 bis April 2009 entstandenen Aufwendungen für die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen und für den Bezug von Arzneimitteln in Höhe von 1.280 EUR bis zum rechtskräftigen Abschluss des Hauptsacheverfahrens zu erstatten. Hilfsweise wurde beantragt, den Antragsgegner im Wege der einstweiligen Anordnung zu verpflichten, im Rahmen der Leistungsgewährung nach dem SGB XII ab dem 1. Juli 2009 bis zum rechtskräftigen Abschluss des Hauptsacheverfahrens die Aufwendungen für eine Versicherung im Basistarif in vollständiger Beitragshöhe zum Basistarif bei der C. für den Antragsteller zu übernehmen.

Durch Beschluss vom 1. September 2009 hat das SG – bei Ablehnung des Antrags im Übrigen – den Antragsgegner im Wege der einstweiligen Anordnung verpflichtet, dem Antragsteller im Rahmen der Leistungsgewährung nach dem SGB XII ab dem 1. Juli 2009 bis zum rechtskräftigen Abschluss des Hauptsacheverfahrens (S 20 SO 205/09) die Aufwendungen für die private Krankenversicherung bei der C. im Basistarif in Höhe von 273,79 EUR monatlich zu übernehmen. Zur Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt: Anordnungsanspruch und Anordnungsgrund im Sinne des § 86b Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) betreffend die Hauptanträge seien nicht glaubhaft gemacht. Es bestehe kein Anspruch auf Übernahme der tatsächlichen monatlichen Beiträge zur privaten Krankenversicherung bei der C. in den Tarifen AM3, ZM3 und SM6 sowie R10. Auch sei kein Anordnungsgrund für das Erstattungsbegehren glaubhaft gemacht. Allerdings sei der Hilfsantrag erfolgreich. Ein diesbezüglicher Anordnungsanspruch und Anordnungsgrund sei glaubhaft gemacht. Es bestehe ab dem 1. Juli 2009 ein Anspruch auf Übernahme der Beiträge für den Basistarif der C. gegen den Antragsgegner. Nach § 32 Abs. 5 SGB XII würden die Aufwendungen hierfür übernommen, wenn eine Krankenversicherung bei einem Versicherungsunternehmen bestehe, soweit sie angemessen und die Voraussetzungen des § 19 Abs. 1 SGB XII erfüllt seien. Bestehe die Leistungsberechtigung voraussichtlich nur für kurze Dauer, könnten zur Aufrechterhaltung einer Krankenversicherung bei einem Versicherungsunternehmen auch höhere Aufwendungen übernommen werden. § 82 Abs. 2 Nr. 2 und 3 SGB XII sei insoweit nicht anzuwenden. Soweit hiernach Aufwendungen für die Krankenversicherung übernommen würden, würden auch die Aufwendungen für eine Pflegeversicherung übernommen. Hiernach würden

auch die Beiträge zu einer privaten Kranken- und Pflegeversicherung vom Sozialhilfeträger als Pflichtleistung übernommen. Allerdings sei die Übernahme der Höhe nach auf die angemessenen Beiträge beschränkt. Angemessen in sozialhilferechtlicher Hinsicht seien dabei jeweils die Beiträge im günstigsten Tarif. Als Ausnahme von dieser Einschränkung könnten auch höhere Beiträge vorübergehend übernommen werden, wenn die Leistungsberechtigung voraussichtlich nur für kurze Dauer bestehe und nur dadurch die Aufrechterhaltung der Versicherung sichergestellt werden könne. Danach seien die Sozialhilfeträger verpflichtet, die Beiträge für die private Krankenversicherung zu übernehmen, soweit sie angemessen seien. Das gelte ab dem 1. April 2007 bis 31. Dezember 2008 für solche Beiträge aus Verträgen im Standarttarif nach § 315 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). Ab dem 1. Januar 2009 gelte dies sodann regelmäßig für Beiträge für eine "Basisversicherung" im Sinne des § 12 Abs. 1a Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG). Vorliegend sei der Antragsteller in einem höheren Tarif als dem Basistarif krankenversichert. Bei den tatsächlichen Beiträgen zur privaten Krankenversicherung bei der C. im derzeitigen Tarif handele es sich nicht um angemessene Beiträge im Sinn von § 32 Abs. 5 SGB XII. Der Beitrag für den Basistarif ohne Selbstbehalt und in allen Selbstbehaltsstufen dürfe nach § 12 VAG den Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigen; dieser Höchstbeitrag errechne sich aus dem allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen vom 1. Januar des Vorjahres und der Beitragsbemessungsgrenze; abweichend davon werde im Jahr 2009 zur Berechung des Höchstbeitrags der allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen vom 1. Januar 2009 zugrunde gelegt. Entstehe allein durch die Zahlung des Beitrags nach § 12 Abs. 1c Satz 1 VAG oder § 12 Abs. 1c Satz 3 VAG Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II oder SGB XII, vermindere sich der Beitrag für die Dauer der Hilfebedürftigkeit um die Hälfte; die Hilfebedürftigkeit sei vom zuständigen Träger nach dem SGB II oder SGB XII auf Antrag des Versicherten zu prüfen und zu bescheinigen. Bestehe auch bei einem nach § 12 Abs. 1c Satz 4 VAG verminderten Beitrag Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II oder SGB XII, beteilige sich der zuständige Träger nach dem SGB II oder SGB XII auf Antrag des Versicherten im erforderlichen Umfang, soweit dadurch Hilfebedürftigkeit vermieden werde. Bestehe unabhängig von der Höhe des zu zahlenden Beitrags Hilfebedürftigkeit nach dem SGB II oder SGB XII, gelte § 12 Abs. 1c Satz 4 VAG entsprechend; der zuständige Träger zahle den Betrag, der auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Krankenversicherung zu zahlen sei. Der aktuelle, maßgebende Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung betrage ab 1. Juli 2009 547,58 EUR monatlich. Eine Halbierung dieses monatlichen Beitrages ergebe sich sodann aus § 12 Abs. 1c Satz 6 HS 1 i.V.m. § 12 Abs. 1c Satz 4 VAG. Bei dem Antragsteller bestehe unabhängig von der Höhe des zu zahlendes Beitrages Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB XII. Dies ergebe sich aus den vorgelegten Berechnungsbögen zu den maßgebenden Bewilligungsbescheiden. Der aktuelle Beitrag zur privaten Krankenversicherung im bisherigen Tarif AM3, ZM3, SM6 und R10 in Höhe von monatlich 269,23 EUR zzgl. 26,93 EUR gesetzlicher Zuschlag (296,16 EUR insgesamt für die private Krankenversicherung) stelle insoweit keine angemessenen Aufwendungen im Sinn von § 32 SGB XII dar, da die monatliche Zahlung höher als der zu entrichtende Beitrag im Basistarif (273,79 EUR) sei. Allerdings sei der für den Antragsteller maßgebende Beitrag zur Krankenversicherung darüber hinaus nicht auf den Betrag zu begrenzen, der für Bezieher von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen sei. Insoweit erweise sich die Bewilligungspraxis des Antragsgegners seit dem 1. Juli 2009 als rechtswidrig. Der Antragsgegner könne die als angemessen anzusehenden Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge nach dem SGB XII nicht auf den Pflichtversicherungsbeitrag eines Arbeitslosengeld II Empfängers begrenzen (Verweis auf LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 30. Juni 2009, Az: L 2 SO 2529/09). Angemessen könnten nur Beiträge sein, die der Hilfebedürftige auch schuldet. Der Beitragssatz, den der Versicherungsgeber vom Versicherungsnehmer im Falle der Hilfebedürftigkeit verlangen könne, werde in § 12 Abs. 1c Satz 4 VAG geregelt und sehe allenfalls die Halbierung des Beitrags vor. Durch Satz 6 werde also die Beitragsschuld des Versicherungsnehmers gegenüber dem Versicherungsunternehmen nicht reduziert, was durch die entsprechende Anwendung von Satz 4 klargestellt werde und auch aus der sich nach dem 1. Januar 2009 anschließenden politischen Debatte um Sicherstellung der Schließung einer möglichen Finanzierungslücke sowie entsprechenden Empfehlungen von Verbänden zur Ergänzung von § 12 Abs. 1c Satz 6 VAG deutlich werde. Der derzeitigen Regelung sei nicht zu entnehmen, dass damit eine weitere Kostenbelastung der privaten Versicherungsunternehmen einhergehen solle, die dann die Beitragslücke zwischen dem halbierten Basistarif und dem gemäß § 12 Abs. 1c Satz 6 VAG vom Grundsicherungsträger zu tragenden Anteil zu übernehmen hätten. Dass in dem hier maßgeblichen Basistarif die Verpflichtung zu Zuzahlungen für Medikamente etc. für den Antragsteller entstehe, ändere nichts an diesem Ergebnis. Die erforderlichen Zahlungen habe der Antragsteller, wie im Übrigen auch die gesetzlich gegen Krankheit versicherten Leistungsempfänger, aus seinem Regelsatz zu bestreiten. Nach § 2 Abs. 2 Nr. 5 der Regelsatzverordnung umfasse der Regelsatz auch Mittel der Gesundheitspflege. Soweit die Prozessbevollmächtigte vortrage, dass die anfallenden Zuzahlungen im Basistarif dazu führten, dass dieser insgesamt ungünstiger werde, so könne dies letztlich dahin stehen. Maßgebend für die Zuordnung zur Krankheitskostenvollversicherung oder zum Basistarif seien einzig die einschlägige gesetzliche Regelung und nicht ergänzende wirtschaftliche Betrachtungsweisen. Soweit darüber hinaus angeführt werde, dass der Antragsteller nach einem Wechsel in den Basistarif nicht zurück in die Krankheitskostenvollversicherung wechseln könne, so bedinge dies ebenso keine andere Einschätzung der Rechtslage. Derzeit sei kein Ende des Leistungsbezuges nach dem SGB XII erkennbar. Vielmehr sei – trotzt des jungen Alters des Antragstellers – zunächst von einem weitergehenden Leistungsbezug auszugehen. Ob der Antragsteller zukünftig wieder derartige finanzielle Mittel zur Verfügung habe, um seinen Lebensunterhalt und die Kosten für die Krankheitskostenvollversicherung selbständig zu decken, erscheine fraglich und entbehre jeglicher Auswirkung auf die jetzige Entscheidung. Ein darüber hinausgehender Sachverhalt, der ein besonderes Eilbedürfnis begründe, sei sodann nicht ersichtlich. Auch der Antrag auf Erstattung der 1.280 EUR sei weiterhin abzulehnen. Ein Anordnungsgrund sei insoweit auch im vorliegenden Eilverfahren nicht glaubhaft gemacht. Aus der mit den Eheleuten D. geschlossenen Darlehensvereinbarung vom 2. Januar 2009 folge kein Sachverhalt, der ein besonderes Eilbedürfnis begründe. Die erste Rate habe der Antragsteller am 14. Juli 2009 in Höhe von 20 EUR gezahlt. Eine Kündigungsmöglichkeit bestehe erst bei 3-monatigem Zahlungsverzug und sei weder vorgetragen, noch geltend gemacht worden. Eine Vollstreckung aus dieser Vereinbarung stehe nicht unmittelbar bevor.

Gegen diesen ihm am 3. September 2009 zugestellten Beschluss wendet sich der Antragsteller mit seiner am 29. September 2009 eingegangenen teilweisen Beschwerde. Zur Begründung trägt er vor: Er befinde sich in einem sehr schlechten gesundheitlichen Zustand, der eine konsequente regelmäßige ärztliche Behandlung sowie eine begleitende psychotherapeutische Behandlung – ohne Unterbrechungen – erfordere. Er benötige zahlreiche Therapiemaßnahmen, die nur in dem derzeitigen Krankenvollversicherungsschutz in dieser Form gewährt würden. So benötige er unter anderem eine regelmäßige Vitamin-C-Hochdosisinfusionstherapie, da er mit sämtlichen Lebensvaccien nicht geimpft werden dürfe. Würde er in den Basistarif wechseln, so würde unter anderem diese Therapie und die Kosten nicht übernommen werden, mit der Folge, dass er diese Kosten aus dem Regelsatz bestreiten müsse, was aufgrund der finanziellen Lage tatsächlich nicht möglich wäre. Auch könnte er die psychologische Psychotherapie bei Frau E. in dieser Form nicht weiter fortführen. Soweit das SG ausführe, der aktuelle Beitrag zur privaten Krankenversicherung stelle keine angemessene Aufwendung im Sinne des § 32 Abs. 5 SGB XII dar, da die monatlichen Zahlungen höher als der zu entrichtende Beitrag im Basistarif seien, könne dem nicht gefolgt werden. Zudem gehe das SG hier von falschen Beitragszahlungen aus. Zwar sei zutreffend, dass der aktuelle Höchstbeitrag zur Krankenversicherung ab dem 1. Juli 2009 durch das Konjunkturpaket II reduziert worden sei, er betrage daher ab dem 1. Juli 2009 in der Tat 547,58 EUR; der Beitrag für den Basistarif

betrage jedoch entsprechend § 12 Abs. 1c Satz 1 2. Halbsatz VAG nach wie vor 569,63 EUR, da dieser sich aus dem allgemeinen Beitragssatz der Krankenkasse vom 1. Januar des Vorjahres errechne. Der hälftige Beitrag betrage daher weiterhin 284,82 EUR. Unabhängig von der Höhe des Beitrags seien für die Frage der Angemessenheit aber auch die Folgen eines Wechsels in den Basistarif zu berücksichtigen. Insoweit stelle der Basistarif für den Antragsteller bereits deshalb keinen günstigeren Tarif dar, da vorliegend nicht berücksichtigt worden sei, dass im Basistarif zahlreiche Zuzahlungen des Antragstellers zu leisten seien. Diese Zuzahlungen seien bei einem Vergleich der Tarife zu berücksichtigen, was seitens des Antragsgegners und des Gerichts jedoch nicht erfolgt sei. Die Zuzahlungen, die dem Antragsteller bei einem Wechsel in den Basistarif entstehen würden, fielen bei dem derzeitigen Versicherungstarif nicht an. Das SG habe auch nicht berücksichtigt, dass bei einem Wechsel in den Basistarif eine Risikoprüfung der Versicherten erfolge. Diese Risikoprüfung nach § 203 Abs. 1 Satz 3 VVG i.d.F. vom 1. Januar 2009 erfolge im Hinblick auf den Risikoausgleich nach § 12g VAG oder für einen späteren Tarifwechsel. Diese Risikoprüfung habe bei dem Antragsteller aufgrund seiner zahlreichen Erkrankungen zur Folge, dass er aus dem Basistarif nicht mehr in einen anderen Vollversicherungstarif einer privaten Krankenversicherung wechseln könne. Die beim Wechsel in den Basistarif durchgeführte Gesundheitsprüfung führe also dazu, dass dem Antragsteller dauerhaft ein Rückwechsel in den "normalen" Krankenvollversicherungstarif unmöglich gemacht werde. Auch dies sei bei der Frage der Angemessenheit der Beiträge zu berücksichtigen. Das Gericht habe ferner nicht berücksichtigt, dass der Antragsteller dringend auf die Weiterführung der psychotherapeutischen Behandlung – ohne Unterbrechung – bei Frau Dr. E. angewiesen sei. Die Therapie könne in diesem Umfang bei einem Wechsel in den Basistarif nicht fortgeführt werden. Die Leistungszusage sei an den derzeitigen vereinbarten ambulanten Vollversicherungstarifschutz gebunden. Bei einem Wechsel in den Basistarif würde diese psychotherapeutische Behandlung bei Frau E. nicht mehr weitergeführt werden. Es würde daher zwangsläufig zu einer Pause oder Beendigung der therapeutischen Behandlung kommen, die für den Antragsteller mit unzumutbaren gesundheitlichen Beeinträchtigungen einhergehen würde. Das Gericht habe des Weiteren nicht berücksichtigt, dass der Antragsteller auf die regelmäßige Einnahme zahlreicher Medikamente angewiesen sei, deren Aufwendungen seitens des Basistarifes von den Krankenversicherungen nicht übernommen würden. Die Angemessenheit der Aufwendungen für die private Krankenversicherung ergebe sich daher aus einer Gesamtbetrachtung der konkreten Umstände des Einzelfalles. Die Bestreitung der Zuzahlungen aus dem Regelsatz sei dem Antragsteller nicht möglich. Er müsse bereits ein Darlehen in Höhe von monatlich 20 EUR aus dem Regelsatz zurückzahlen. Ein Antrag auf Gewährung eines Mehrbedarfs wegen Ernährung und Hygiene sei von dem Antragsgegner mit Bescheid vom 19. August 2009 abschlägig beschieden worden. Auch der Antrag auf eine darlehensweise Übernahme der Krankenversicherungsbeiträge sei vom Antragsgegner mit Bescheid vom 29. Juli 2009 bzw. Widerspruchsbescheid vom 14. August 2009 abgelehnt worden. Zudem habe das Landessozialgericht Baden-Württemberg in zwei Entscheidungen vom 30. Juni 2009 sowie vom 8. Juli 2009 bereits zur Auslegung des Angemessenheitsbegriffes in diesem Kontext entschieden, wobei zu beachten sei, dass vorliegend der Antragsteller – anders als in den dort entschiedenen Fällen – noch nicht in den Basistarif gewechselt sei.

Der Antragsteller beantragt,
den Beschluss des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 1. September 2009 abzuändern und den Antragsgegner im Wege der einstweiligen Anordnung zu verpflichten, im Rahmen der Leistungsgewährung nach dem SGB XII

1. die Aufwendungen des Antragstellers für die bei der C. bestehende Krankheitskostenvollversicherung in den Tarifen AM 3, ZM 3 sowie SM 6 zuzüglich des gesetzlichen Zuschlags R10 in tatsächlicher Höhe ab dem 1. Juli 2009 bis zum rechtskräftigen Abschluss des Hauptsacheverfahrens zu übernehmen und
2. dem Antragsteller die ihm aufgrund der in den Monaten Januar 2009 bis April 2009 entstandenen Aufwendungen für die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen und für den Bezug von Arzneimitteln in Höhe von 1.280,00 EUR bis zum rechtskräftigen Abschluss des Hauptsacheverfahrens zu erstatten,
sowie
3. hilfsweise, dem Antragsteller im Rahmen der Leistungsgewährung nach dem SGB XII ab dem 1. Juli 2009 bis zum rechtskräftigen Abschluss des Hauptsacheverfahrens S 20 SO 205/09 die Aufwendungen für die private Krankenversicherung bei der C. im Basistarif in Höhe von 284,82 EUR monatlich zu übernehmen.

Der Antragsgegner hat gegen den ihm am 7. September 2009 zugestellten Beschluss des SG vom 1. September 2009 seinerseits am 1. Oktober 2009 Beschwerde erhoben.

Der Antragsgegner beantragt,
die Beschwerde des Antragstellers zurückzuweisen sowie

den Beschluss des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 1. September 2009 – S 20 SO 232/09 ER – insoweit teilweise aufzuheben, als darin der Antragsgegner verpflichtet wurde, dem Antragsteller im Rahmen der Leistungsgewährung nach dem SGB XII ab dem 1. Juli 2009 bis zum rechtskräftigen Abschluss des Hauptsacheverfahrens Aufwendungen für die private Krankenversicherung bei der C. im Basistarif in Höhe von 273,79 EUR zu gewähren und den Antrag auf Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes auch insoweit abzulehnen.

Zur Begründung hat er ausgeführt, dass seiner Ansicht nach für den ab dem 1. Juli 2009 vom Antragsteller geltend gemachten Anspruch auf Übernahme des Beitrages in Höhe des Basistarifs schon kein Anordnungsgrund bestehe. Eine Verpflichtung des Antragsgegners hinsichtlich der vom Antragsteller begehrten Leistung sei nur in einem Umfang notwendig, der unerlässlich wäre, um Gesundheit und Leben des Antragstellers zu schützen. Dieser Schutz von Leben und Gesundheit sei gegenwärtig gewährleistet. Selbst wenn es zu Beitragsrückständen käme, die grundsätzlich gemäß § 193 Abs. 6 Satz 2 VVG zum Ruhen des Krankenversicherungsschutzes führen könnten, treffe diese Folge den Antragsteller deshalb nicht, weil gemäß § 193 Abs. 6 Satz 6 VVG das Ruhen der Leistungspflicht ende, wenn der Versicherungsnehmer hilfebedürftig im Sinne des SGB XII werde. Die Vorschrift gelte erst recht, wenn schon Hilfebedürftigkeit bestehe. Ohnehin stehe, selbst im Falle des Ruhens, dem Antragsteller ein auf die Behandlung akuter Fälle und Schmerzzustände begrenzter Krankenversicherungsschutz zur Verfügung. Zudem komme der Antragsteller seinen versicherungsvertraglichen Zahlungspflichten nahezu vollständig nach, so dass das Beitragskonto zum 19. Oktober 2009 lediglich einen Beitragsrückstand in Höhe von 59,27 EUR ausweise und damit nicht in einem Umfang, bei dem der Antragsteller ein ohnehin aus Rechtsgründen nicht mögliches Ruhen seines Krankenversicherungsschutzes befürchten müsse. Soweit das Begehren des Antragstellers sich auch auf Zeiträume vor Eingang des entsprechenden Antrages bei Gericht (31. Juli 2009) beziehe, fehle es insoweit bereits an einem Anordnungsgrund. Überdies bestehe auch und jedenfalls kein Anordnungsanspruch. Die Übernahme der Versicherungsbeiträge lediglich in Höhe der Beträge, wie sie für gesetzlich versicherte Bezieher von Arbeitslosengeld II zu erbringen seien, entspreche der gesetzlichen Regelung des § 12 Abs. 1c Satz 6 VAG. Der Gesetzgeber habe mit dieser Regelung, die sowohl

auf das SGB II als auch das SGB XII Bezug nehme, konkretisiert, in welcher Höhe Aufwendungen im Sinne von § 32 Abs. 5 SGB XII angemessen sind. Es entspreche dem Willen des Gesetzgebers, dass die Versicherungsunternehmen ihren Teil zur Solidargemeinschaft erbringen. Das Bundesverfassungsgericht habe das Reformpaket für verfassungsgemäß erachtet. Insofern sei die in § 12 Abs. 1c Satz 6 VAG enthaltene Regelung dahingehend zu verstehen, dass den in der privaten Kranken- und Pflegeversicherung versicherten Hilfebedürftigen gegen ihr Versicherungsunternehmen ein Anspruch zustehe, ihnen den Basistarif zu einem Beitrag anzubieten, der demjenigen Betrag entspricht, der für Bezieher von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden ist. Denn es bestehe keine Rechtfertigung, privaten Kranken/Pflegeversicherungen für eine gleichgelagerte Leistung an Hilfebedürftige im Vergleich zu gesetzlichen Krankenversicherung einen höheren Beitrag zuzugestehen. Dass der Antragsteller gegenwärtig nicht im Basistarif versichert sei, könne gleichwohl nicht dazu führen, ihn von der Anwendung dieser Norm auszunehmen, als ihm sonst ein ungerechtfertigter Vorteil gegenüber jenen Leistungsbeziehern zuteil würde, die einen entsprechenden Wechsel in den Basistarif bereits vorgenommen hätten. Nicht zu leugnen sei, dass für den Antragssteller, selbst wenn er im entsprechenden Basistarif versichert wäre, eine Deckungslücke entstehe. Zum Schließen dieser Lücke könne jedoch nicht der Antragsgegner verpflichtet werden. Insoweit mache sich der Antragsgegner die Ausführungen des Sozialgerichts Frankfurt am Main in dessen Beschluss vom 7. September 2009 zum Aktenzeichen S 26 AS 1228/09 ER zu Eigen, mit denen dieses der gegenteiligen Auffassung des Landessozialgerichts Baden-Württemberg (Beschluss vom 8. Juli 2009 - Az.: L 7 SO 2543/09) entgegen getreten sei. Der Antragsgegner folge dieser Auffassung und halte diese für den Bereich des SGB XII auch für übertragbar.

Was die Beschwerde des Antragstellers betreffe, so sei diese bereits teilweise unzulässig und im Übrigen unbegründet. Der Antrag zu Ziffer 2 der Beschwerde sei bereits wegen bestehender doppelter Rechtshängigkeit unzulässig. Insoweit sei nämlich das Begehren identisch mit jenem Begehren zu Ziffer 2 des unter dem Aktenzeichen L 7 SO 119/09 B ER zuvor bereits anhängig gemachten weiteren Beschwerdeverfahrens. Im Übrigen sei die Beschwerde unbegründet. Zu Unrecht nehme der Antragsteller zudem an, der Wechsel in den Basistarif habe für ihn unzumutbare Leistungseinschränkungen zur Folge. Das Leistungsniveau im Basistarif entspreche vielmehr demjenigen der gesetzlichen Krankenversicherung. In diesem Basistarif würde dem hilfebedürftigen Antragsteller daher Gesundheitsversorgung in qualitativ gleicher Weise zu teil, wie dem knapp unter der Versicherungspflichtgrenze Arbeitsentgelt erzielenden Arbeitnehmer. Maßnahmen der Psychotherapie in angemessenem und medizinisch notwendigem Umfang könne der Antragsteller auch nach Maßgabe der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung im Basistarif erhalten.

Im Hinblick auf die Beschwerde des Antragsgegners verweist der Antragsteller auf die Beschlüsse des Bayerischen Landessozialgerichtes vom 10 Juli 2009 zum Aktenzeichen L 7 AS 323/09 ER sowie des LSG Rheinland-Pfalz vom 9. Oktober 2009 zum Aktenzeichen L 1 ER 247/08 AL. Im Übrigen ergebe sich ein Beitragsrückstand bei der C. bis zum 30. November 2009 in Höhe von 81,48 EUR, der erst im Laufe des Beschwerdeverfahrens auf diesen Betrag reduziert werden konnte, nachdem der Antragsgegner entsprechende Nachzahlungen angewiesen habe.

Er beantragt daher (sinngemäß),
die Beschwerde des Antragsgegners als unzulässig zu verwerfen.

Durch die Bescheide vom 22. September und 7. Oktober 2009 sowie die entsprechenden Nachzahlungen sei der Antragsgegner dem positiven Beschluss des SG vom 1. September 2009 nachgekommen, so dass ein Rechtsschutzbedürfnis für das Beschwerdeverfahren seitens des Antragsgegners nicht mehr zu bejahen sei.

Dieser Einschätzung vermag der Antragsgegner nicht zu folgen. Allein durch Erlass des den streitgegenständlichen Beschluss des SG vom 1. September 2009 umsetzenden Bescheides vom 22. September 2009 werde die Leistungsverpflichtung nicht bereits erfüllt, sondern erst durch fortlaufende monatliche Übernahme der Aufwendungen im tenorierten Umfang bis zum Abschluss des entsprechenden Hauptsacheverfahrens. Es bestehe sehr wohl ein Rechtsschutzbedürfnis für die Beschwerde. Der Antragsgegner sieht sich insoweit auch durch eine Entscheidung des LSG Berlin-Brandenburg vom 18. März 2009 (L 5 AL 21/09 B ER, in juris) bestätigt.

Mit Beschluss vom 20. Oktober 2009 hat der Vorsitzende des Senats den Antrag des Antragsgegners, die Vollstreckung aus dem Beschluss des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 1. September 2009 auszusetzen, zurückgewiesen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts sowie des Vortrags der Beteiligten im Übrigen wird auf den Inhalt der Gerichtsakten sowie der Akten des Antragsgegners, die bei der Beratung vorgelegen haben, Bezug genommen.

II.

Die frist- und formgerecht eingelegten Beschwerden der Beteiligten sind – soweit sie zulässig sind – nur im tenorierten Umfang begründet.

Nach § 86 b Abs. 2 Satz 1 SGG kann das Gericht auf Antrag eine einstweilige Anordnung in Bezug auf den Streitgegenstand treffen, wenn die Gefahr besteht, dass durch eine Veränderung des bestehenden Zustandes die Verwirklichung eines Rechts des Antragstellers vereitelt oder wesentlich erschwert werden könnte (Sicherungsanordnung). Einstweilige Anordnungen sind nach Satz 2 dieser Bestimmung auch zur Regelung eines vorläufigen Zustandes in Bezug auf ein streitiges Rechtsverhältnis zulässig, wenn eine solche Regelung zur Abwendung wesentlicher Nachteile nötig erscheint (Regelungsanordnung). Bildet ein Leistungsbegehren des Antragstellers den Hintergrund für den begehrten einstweiligen Rechtsschutz, ist dieser grundsätzlich im Wege der Regelungsanordnung gemäß § 86 b Abs. 2 Satz 2 SGG zu gewähren. Danach muss die einstweilige Anordnung erforderlich sein, um einen wesentlichen Nachteil für den Antragsteller abzuwenden. Ein solcher Nachteil ist nur anzunehmen, wenn einerseits dem Antragsteller gegenüber dem Antragsgegner ein materiell-rechtlicher Leistungsanspruch in der Hauptsache zusteht (Anordnungsanspruch) und es ihm andererseits nicht zuzumuten ist, die Entscheidung über den Anspruch in der Hauptsache abzuwarten (Anordnungsgrund). Das Abwarten einer Entscheidung in der Hauptsache darf nicht mit wesentlichen Nachteilen verbunden sein; d.h. es muss eine dringliche Notlage vorliegen, die eine sofortige Entscheidung erfordert (Hessisches LSG, Beschluss vom 22. September 2005, Az: L 9 AS 47/05 ER; Conradis in LPK – SGB II, 2. Aufl., Anhang Verfahren Rn. 119). Eine solche Notlage ist vor allem bei einer Gefährdung der Existenz oder erheblichen wirtschaftlichen Nachteilen zu bejahen (Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 8. Aufl., § 86b Rn. 28). Anordnungsanspruch und Anordnungsgrund stehen dabei in einer Wechselbeziehung zueinander, nach der die Anforderungen an den Anordnungsanspruch mit zunehmender Eilbedürftigkeit bzw. Schwere des drohenden

Nachteils zu verringern sind und umgekehrt. Anordnungsanspruch und Anordnungsgrund bilden nämlich aufgrund ihres funktionalen Zusammenhangs ein bewegliches System (Hessisches LSG, Beschluss vom 29. Juni 2005, Az: L 7 AS 1/05 ER; Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, a.a.O., Rn. 27 und 29 m.w.N.): Wäre eine Klage in der Hauptsache offensichtlich unzulässig oder unbegründet, so ist der Antrag auf einstweilige Anordnung ohne Rücksicht auf den Anordnungsgrund grundsätzlich abzulehnen, weil ein schützenswertes Recht nicht vorhanden ist. Wäre eine Klage in der Hauptsache dagegen offensichtlich begründet, so vermindern sich die Anforderungen an den Anordnungsgrund, auch wenn in diesem Fall nicht gänzlich auf einen Anordnungsgrund verzichtet werden kann.

Unter Beachtung der vorstehenden Grundsätze hat das SG im angefochtenen Beschluss zu Recht den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung im Hinblick auf die Gewährung höherer Krankenversicherungsbeiträge sowie Übernahme des Selbstbehaltes in Höhe von 1.280 EUR abgelehnt. Ebenso zu Recht hat es jedoch den Antragsgegner zur weiteren Übernahme des sog. "halbierten Basistarifs" verpflichtet. Dabei hat das SG jedoch verkannt, dass dieser Betrag für das gesamte Jahr 2009 bei monatlich 284,82 EUR liegt und einstweiliger Rechtsschutz grundsätzlich erst ab Eingang des Eilantrages – mithin ab 31. Juli 2009 – zu gewähren ist. Im Einzelnen ergibt sich dies aus folgenden Erwägungen:

1. Teilweise Beschwerde des Antragstellers

Die am 29. September 2009 bei dem SG eingelegte teilweise Beschwerde des Antragstellers ist nur in Bezug auf den Hilfsantrag begründet.

Bedenken im Hinblick auf die Zulässigkeit könnten sich vorliegend allenfalls im Hinblick auf den Antrag zu Ziffer 2 ergeben (Erstattung der 1.280 EUR Selbstbehalt). Insoweit hat der Antragsgegner zutreffend ausgeführt, dass dieser Antrag wortlautidentisch bereits als Antrag zu Ziffer 2 in dem parallel hier rechtshängig gewesenen Verfahren unter dem Aktenzeichen L 7 SO 119/09 B ER gestellt wurde. Danach wäre der Antrag zu Ziffer 2 wegen doppelter Rechtshängigkeit bereits unzulässig. Eine andere Auffassung ließe sich nur dann vertreten, wenn man zugunsten des Antragstellers den Betrag in Höhe von 1.280 EUR als jährlichen Selbstbehalt ansieht, dessen Nichtübernahme durch den Antragsgegner auch für den Zeitraum ab 1. Juli 2009 für den Antragsteller belastende Wirkung entfaltet. Die Frage kann im Ergebnis offen bleiben, da der Antrag insoweit in jedem Fall unbegründet ist. Bereits im Beschluss vom 10. Dezember 2009 betreffend das o.a. Parallelverfahren hat der Senat einen Anordnungsgrund im Hinblick auf die Geltendmachung dieses Betrages verneint. Aus dem vom Antragssteller mit den Eheleuten D. am 2. Januar 2009 geschlossenen Darlehensvertrag folgt auch für das vorliegende Eilverfahren kein Sachverhalt, der ein besonderes Eilbedürfnis begründet.

Die Beschwerde des Antragstellers ist auch nicht nach § 172 Abs. 3 Nr. 1 i.V.m. § 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG ausgeschlossen. Der maßgebliche Beschwerdewert in Höhe von 750 EUR wird unter Berücksichtigung des Antrags zu Ziffer 2 ohne Weiteres überschritten. Dass der Antrag zu Ziffer 2 dabei – wie oben ausgeführt – ggf. unzulässig ist, führt jedoch nicht dazu, ihn schon bei der Ermittlung des Wertes des Beschwerdegegenstandes nicht zu berücksichtigen. Der Wert des Beschwerdegegenstandes ist vielmehr danach zu bestimmen, was das Sozialgericht dem Rechtsmittelführer versagt hat und was von diesem mit seinen Anträgen im Rechtsmittelverfahren weiter verfolgt wird (vgl. Leitherer, in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 9. Auflage 2008, § 144 Rdn. 14). Es ist auch nicht erkennbar, dass der Antragsteller rechtsmissbräuchlich schon vor dem Sozialgericht Anträge willkürlich nur gestellt hat, um Berufungs- bzw. Beschwerdefähigkeit zu erreichen (vgl. hierzu Leitherer, aaO, § 144 Rdn. 14a).

Der Antrag des Antragstellers ist nur in der Fassung seines Hilfsantrages zu 3 begründet. Insoweit ist das SG rechtsirrig davon ausgegangen, dass sich durch die Senkung des allgemeinen Beitragssatzes zur Krankenversicherung ab dem 1. Juli 2009 durch das Konjunkturpaket II (Gesetz zur Sicherung von Beschäftigung und Stabilität in Deutschland vom 2. September 2009, BGBl. 2009 Teil I, 416 ff.; dort Artikel 14) auf 14,9 % auch der Beitrag für den Basistarif geändert hat. Nach § 12 Abs. 1c Satz 1 Halbsatz 2 VAG errechnet sich der diesbezügliche Höchstbeitrag jedoch aus dem allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen vom 1. Januar des Vorjahres und der Beitragsbemessungsgrenze. Nach dem Halbsatz 3 der gleichen Vorschrift wird abweichend davon im Jahr 2009 zur Berechnung des Höchstbeitrags der allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen vom 1. Januar 2009 (also 15,5 %) und nicht vom 1. Juli 2009 (14,9 %) zu Grunde gelegt. Unter Berücksichtigung der Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung für das Jahr 2009 (44.100 EUR jährlich = 3.675 EUR monatlich) errechnet sich ein monatlicher Höchstbeitrag in Höhe von 569,63 EUR (15,5 % x 3.675 EUR). Der halbierte Beitrag ergibt folglich einen Betrag in Höhe von 284,82 EUR, der für das gesamte Jahr 2009 gilt. Auch für das Jahr 2010 ist nach dem Wortlaut der Vorschrift (Halbsatz 2) von dem allgemeinen Beitragssatz vom 1. Januar 2009 - mithin ebenfalls von 15,5 % - auszugehen. Da in 2010 jedoch die Beitragsbemessungsgrenze angehoben wird (auf 45.000 EUR jährlich bzw. 3.750 EUR monatlich) ergibt sich dennoch ab 2010 ein höherer Beitrag. Die Anträge zu Ziffer 1 und 2 des Antragstellers sind nicht begründet. Insoweit hat der Antragsteller weder einen Anordnungsanspruch noch einen Anordnungsgrund glaubhaft gemacht. Dies hat der Senat bereits in seinem Beschluss vom 10. Dezember 2009 in dem auf den Zeitraum bis 30. Juni 2009 beschränkten Beschwerdeverfahren (L 7 SO 119/09 B ER) entschieden. Danach kann mit der Einführung des Basistarifs zum 1. Januar 2009 der Begriff der Angemessenheit in § 32 Abs. 5 Satz 1 SGB XII nur noch so verstanden werden, dass damit der Beitrag im Basistarif gemeint ist. Gestützt wird diese Auslegung auch durch § 32 Abs. 5 Satz 2 SGB XII, wonach bei voraussichtlich kurzer Dauer der Hilfebedürftigkeit zur Aufrechterhaltung einer Krankenversicherung bei einem Versicherungsunternehmen auch höhere Aufwendungen übernommen werden können (so auch Klerks, Der Beitrag für die private Krankenversicherung im Basistarif bei hilfebedürftigen Versicherungsnehmers nach dem SGB II und dem SGB XII, in: info also 4/2009, 153, 157). Von einer solchen "voraussichtlich kurzen Dauer" kann jedoch im Falle des Antragstellers nicht mehr ausgegangen werden, zumal der zuletzt vorgelegten Stellungnahme zur psychologischen Psychotherapie der Dipl.-Psychologin E. vom 23. November 2009 zu entnehmen ist, dass der Antragsteller eine Erwerbstätigkeit aus derzeitiger Sicht frühestens mit Ablauf der psychotherapeutischen Begleittherapie (ca. Ende 2011 / Anfang 2012) aufnehmen könne.

Auch die im Basistarif vom Antragsteller (bis zur Belastungsgrenze) zu tragenden Zuzahlungen und Praxisgebühren rechtfertigen keine andere Betrachtungsweise. Im Gegenteil würde eine Weiterfinanzierung des bisherigen Tarifs den Antragsteller anderen – in den Basistarif gewechselten – Antragstellern gegenüber in einem Maße bevorzugen, wofür es seit Einführung des Basistarifs keine vernünftige Rechtfertigung mehr gibt. Insoweit ist der Antragsteller auf die ihm gewährte Regelleistung zu verweisen. Dieser Regelleistung werden ausdrücklich auch die Aufwendungen zugerechnet, die ein gesetzlich Versicherter nach dem SGB V ebenfalls selbst tragen muss, also z.B. die Kosten für Praxisgebühr, Zuzahlungen zu Medikamenten und Verbandmitteln, nicht verschreibungspflichtige Medikamente sowie Fahrtkostenanteile (vgl. BT-Drucks. 15/1516, Seite 56; Däubler, NZS 2005, 225, 229; Schwabe, ZfF 2007, 25, 28 f. sowie Däubler, in: Mergler/Zink, Handbuch der Grundsicherung und Sozialhilfe, Stand September 2008, § 27 Rdn. 5 und § 28 Rdn. 15). Will der Antragsteller

demgegenüber weiterhin unter allen Umständen die "Vorzüge" einer privaten Krankheitskostenvollversicherung mit Selbstbehalt genießen, wofür es zweifellos nachvollziehbare Gründe gibt, so muss er die hierdurch entstehenden Mehraufwendungen – ggf. unter Inkaufnahme von Einschränkungen an anderer Stelle – selbst tragen. Im Übrigen entspricht das Leistungsniveau im Basistarif demjenigen der gesetzlichen Krankenversicherung. Dass es ihm mit diesem Leistungsniveau letztlich nicht möglich erscheint, ein Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht (vgl. § 1 Satz 1 SGB XII), wird der Antragsteller nicht ernsthaft behaupten wollen. Von diesem Maßstab haben die Sozialhilfeträger bei der Gewährung von Leistungen jedoch zunächst auszugehen. Ein darüber hinaus gehendes Begehren lässt sich mit dem existenzsichernden Charakter von Sozialhilfeleistungen nicht in Einklang bringen. Dies steht auch mit den verfassungsrechtlichen Vorgaben (Art. 20 Abs. 1. i. V. m. Art. 1 des Grundgesetzes) in Einklang. Danach beinhaltet die Pflicht zur Sicherung des Existenzminimums auch die Pflicht zur Fürsorge für den Fall von Krankheit im Umfang einer die grundlegenden Bedürfnisse abdeckenden Minimalversorgung. Eine solche wäre jedoch auch in dem für den Antragsteller seit dem 1. Januar 2009 möglichen Basistarif gewährleistet.

2. Beschwerde des Antragsgegners

Die Beschwerde des Antragsgegners ist zulässig, jedoch nur teilweise begründet. Soweit der Antragsgegner sich gegen die Verpflichtung zur Zahlung des Beitrages in Höhe des halbierten Basistarifs wendet, ist seine Beschwerde unbegründet. Erfolg hat die Beschwerde jedoch insoweit, als Beginn und Ende des Anordnungszeitraumes neu festzustellen sind.

Bedenken hinsichtlich der Zulässigkeit der Beschwerde des Antragsgegners bestehen zur Überzeugung des Senats nicht. Ein Rechtsschutzbedürfnis ist insbesondere nicht deshalb zu verneinen, weil er – entsprechend den Vorgaben im angefochtenen Beschluss des SG vom 1. September 2009 – monatlich die entsprechenden Aufwendungen an den Antragsteller erbringt. Dass der Antragsgegner dies nicht "freiwillig", im Sinne eines Anerkenntnisses, tut, zeigt schon die Tatsache, dass er sogar einen Antrag auf Aussetzung der Vollstreckung bei dem erkennenden Gericht gestellt hatte, der jedoch mit Beschluss des Vorsitzenden des Senats vom 20. Oktober 2009 zurückgewiesen wurde. Zudem ist der Antragsgegner – anders als in dem von dem Antragsteller angegebenen Beschluss des Bayerischen Landessozialgerichts vom 10. Juli 2009 – der Anordnung des SG auch noch nicht vollständig nachgekommen. Das SG hat in seinem Beschluss vom 1. September 2009 insoweit eine Leistungsverpflichtung bis zum rechtskräftigen Abschluss des Hauptsacheverfahrens ausgesprochen. Das Hauptsacheverfahren (S 20 SO 205/09) ist jedoch noch nicht abgeschlossen, erst recht nicht rechtskräftig. Im Übrigen fehlt es am Rechtsschutzbedürfnis im Allgemeinen nur dann, wenn das Rechtsmittel für den Rechtsmittelführer offensichtlich keinerlei rechtliche oder tatsächliche Vorteile bringen kann. Die Nutzlosigkeit muss also eindeutig sein (vgl. Bundessozialgericht - BSG -, Urteil vom 24. August 2008, B 9/9a SB 8/06 R m. w. N.). Es lässt sich nicht feststellen, dass in Fällen der vorliegenden Art eine Beschwerde des Leistungsträgers gegen die ihn zur Leistung verpflichtende einstweilige Anordnung offensichtlich keinerlei Vorteile bringen kann. Denn der Leistungsträger ist auch schon durch die Verpflichtung zur vorläufigen Leistungserbringung beschwert. Dabei ist zu berücksichtigen, dass ein Hauptsacheverfahren erfahrungsgemäß mehrere Jahre in Anspruch nehmen kann und für die Dauer eines solchen Verfahrens eine Rückforderung der vorläufig erbrachten Leistungen auch dann ausgeschlossen ist, wenn die einstweilige Anordnung zu Unrecht ergangen ist. Dies kann im Einzelfall dazu führen, dass ein nach der materiellen Rechtslage an sich gegebener Rückforderungsanspruch nicht mehr realisiert werden kann, wenn sich die Einkommens- oder Vermögensverhältnisse des Leistungsbeziehers im Laufe des Hauptsacheverfahrens maßgeblich verschlechtern. Auch kann ein Rechtsschutzinteresse des Leistungsträgers an einer Überprüfung der einstweiligen Anordnung darin liegen, dass die erstinstanzlich entschiedene Rechtsfrage auch für zukünftige Leistungsansprüche des Antragstellers entscheidungserheblich ist. Eine Bestätigung der Rechtsauffassung des erstinstanzlichen Gerichts durch das Beschwerdegericht kann dazu führen, dass der Leistungsträger Leistungen für Folgezeiträume entsprechend der Regelung des Gerichts - zumindest vorläufig - weiterzahlt, so dass weitere Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes vermieden werden. Unter Umständen kann sich auch das Hauptsacheverfahren durch eine Beschwerdeentscheidung erledigen. Nach alledem lässt sich ein Rechtsschutzinteresse des Leistungsträgers an einer Beschwerdeentscheidung nicht verneinen (so auch LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss vom 29. Oktober 2009, L 15 AS 327/09 B ER, in juris).

Das Sozialgericht hat den Antragsgegner zu Recht verpflichtet, dem Antragsteller auch weiterhin – wie bereits in den Monaten Januar bis Juni 2009 auch – monatlich einen Betrag in Höhe des halbierten Basistarifs für seine private Krankenversicherung zu übernehmen. Die hiergegen gerichtete Beschwerde verspricht keinen Erfolg.

In Frage steht das Verhältnis von § 12 Abs. 1c Satz 6 VAG zum Anspruch des Hilfebedürftigen nach § 32 Abs. 5 SGB XII, insbesondere, ob der "halbierte Basistarif" als angemessen im Sinne von § 32 Abs. 5 SGB XII anzusehen ist, oder ob sich aus der Regelung des § 12 Abs. 1c Satz 6 VAG ergibt, dass nur der – nochmals geringere – Kranken- und Pflegeversicherungsbeitrag als angemessen zu betrachten ist, der für Bezieher von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Krankenversicherung und sozialen Pflegeversicherung zu tragen wäre, wodurch sich für Hilfebedürftige eine Finanzierungslücke ergäbe.

Zur Überzeugung des Senats wird der Begriff der Angemessenheit in § 32 Abs. 5 Satz 1 SGB XII nicht durch die Vorschrift des § 12 Abs. 1c Satz 6 VAG auf den im Verhältnis zum halbierten Basistarif nochmals nahezu halbierten Beitrag für Alg-II Bezieher in der gesetzlichen Krankenversicherung begrenzt. Mit dem Sozialgericht kann der Begriff der Angemessenheit seit Einführung des Basistarifs nur so verstanden werden, dass damit der (halbierte) Beitrag im Basistarif gemeint ist.

Auszugehen ist dabei zunächst von dem im SGB XII geregelten und näher ausgestalteten Sozialleistungsverhältnis zwischen dem Antragsteller und dem Antragsgegner. Anders als in § 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB II und § 110 Abs. 2 Satz 3 und 4 SGB XI findet § 12 Abs. 1c Satz 6 VAG in § 32 Abs. 5 SGB XII – der für den Antragsteller maßgeblichen Anspruchsgrundlage – gerade keine ausdrückliche Erwähnung. Der Wortlaut sowohl des § 26 Abs. 2 Nr. 2 SGB II als auch des § 32 Abs. 5 SGB XII beruht dabei auf der Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit vom 31. Januar 2007. Angesichts der unterschiedlichen Regelungen in den beiden Leistungssystemen ist somit davon auszugehen, dass § 32 Abs. 5 Satz 1 SGB XII eine Regelung treffen soll, die sich von der Regelung des § 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB II unterscheidet (so auch Klerks, aaO, S. 157 mit Hinweis auf BT-Drucks. 16/4200). § 12 Abs. 1c Satz 6 VAG ist auch nicht mittelbar auf das Sozialhilfeleistungsverhältnis anwendbar. Dem stehen erkennbar der Zweck und die Systematik des Gesetzes entgegen. Das VAG regelt die staatliche Aufsicht über private Versicherungsunternehmen. Es regelt insbesondere die Gründung, Rechtsnatur, Kapitalausstattung der Versicherungsunternehmen und die Befugnisse der Aufsichtsbehörde. In § 12 VAG wird den Versicherungsunternehmen das Recht zum Angebot einer substitutiven Krankenversicherung eingeräumt, dessen nähere Ausgestaltung im VVG geregelt ist. Im Rahmen der substitutiven Krankenversicherung besteht nunmehr die Verpflichtung der Versicherungsunternehmen zum Angebot von Basistarifen. § 12

VAG regelt somit das Verhältnis zwischen privater Krankenversicherung und (potentiellen) Versicherungsnehmern. Normzweck des VAG ist es nicht, das Rechtsverhältnis zwischen Beziehern von Sozialleistungen und den Sozialleistungsbehörden zu regeln. Dies ist Aufgabe des SGB II bzw. SGB XII (so auch LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 30. Juni 2009, L 2 SO 2529/09 ER-B, juris Rdn. 15).

Damit bleibt es bei der für den Antragsteller maßgeblichen Anspruchsgrundlage des § 32 Abs. 5 SGB XII, wonach die angemessenen Aufwendungen für die Kranken- und Pflegeversicherung zu übernehmen sind. Angemessen können dabei – wie schon das SG zutreffend unter Verweis auf die Entscheidung des LSG Baden-Württemberg vom 30. Juni 2009, aaO) ausgeführt hat – nur Beiträge sein, die der Hilfebedürftige auch schuldet; bzw. für den Antragsteller, den man zum Tarifwechsel nicht zwingen kann, also die Beiträge, die er schulden würde, wenn er von seinem noch bestehenden "Normaltarif" in den Basistarif der C. wechseln würde. Der Beitragssatz, den der Versicherungsgeber vom Versicherungsnehmer im Falle der Hilfebedürftigkeit verlangen kann, wird in § 12 Abs. 1c Satz 4 VAG geregelt und sieht allenfalls die Halbierung des Beitrags vor. Durch Satz 6 wird also die Beitragsschuld des Versicherungsnehmers gegenüber dem Versicherungsunternehmen nicht reduziert, was durch die entsprechende Anwendung von Satz 4 klargestellt wird (vgl. BT-Drs. 16/4247 zu Abs. 1c Satz 6, S. 69) und sich auch aus der nach dem 1. Januar 2009 anschließenden politischen Debatte um Sicherstellung der Schließung einer möglichen Finanzierungslücke (BT-Drs. 16/12677 v. 22. April 2009 Nr. 48, S. 17, Aufforderung des Bundesrats gesetzgeberisch Finanzierungslücke auszuschließen) sowie entsprechenden Empfehlungen von Verbänden zur Ergänzung von § 12 Abs. 1c Satz 6 VAG deutlich wird (vgl. Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e.V. "zur Stellungnahme des Bundesrates BT-Drs. 16/12677" v. 4. Mai 2009, Nr. 5 S. 7 f und Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge in seinem Positionspapier aaO. S. 3; Vorschlag: "In § 12 Abs. 1c Satz 6 VAG wird der Punkt am Satzende durch ein Semikolon ersetzt und folgender Text angefügt: der Versicherer kann in diesem Fall nur einen Beitrag in dieser Höhe verlangen."). Der derzeitigen Regelung ist nicht zu entnehmen, dass damit eine weitere Kostenbelastung der privaten Versicherungsunternehmen einhergehen soll, die dann die Beitragslücke zwischen dem halbierten Basistarif und dem gem. § 12 Abs. 1c Satz 6 VAG vom Grundsicherungsträger zu tragenden Anteil zu übernehmen hätten.

Somit besteht für den Antragsteller ein Anspruch auf Übernahme eines Betrages in Höhe des halbierten Beitrags im Basistarif, wie er von seinem privaten Krankenversicherungsunternehmen bei Wechsel in den Basistarif gefordert würde. Allein dies entspricht den angemessenen Kosten im Rahmen des § 32 Abs. 5 SGB XII. In dieser Auffassung sieht sich der Senat auch durch das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) bestätigt, das in seiner Entscheidung vom 10. Juni 2009 offensichtlich auch von einer vollen Übernahme des halbierten Basistarifs durch den SGB XII-Träger ausging und die in § 12 Abs. 1c Satz 4 bis 6 VAG vorgesehenen Beitragsbegrenzungen bei Hilfebedürftigkeit verfassungsrechtlich nicht beanstandet hat. Es hat ausgeführt, dass diese Grenzen der eingeschränkten Leistungsfähigkeit dieser Personengruppe Rechnung tragen. Es hat weiter ausgeführt, dass bei Hilfebedürftigkeit im sozialhilferechtlichen Sinne ein Anspruch gegen den Sozialhilfeträger besteht, die Aufwendungen für die private Krankenversicherung zu übernehmen, und hierzu nur auf § 32 Abs. 5 Satz 1 SGB XII und - anders als bei den Hilfebedürftigen nach dem Recht der Grundsicherung nach dem SGB II - nicht auf § 12 Abs. 1c Sätze 5 und 6 VAG Bezug genommen (BVerfG, Urteil vom 10. Juni 2009 – 1 BvR 706/08, 1 BvR 814/08, 1 BvR 819/08, 1 BvR 832/08, 1 BvR 837/08, Rdn. 184, 195, juris).

Selbst wenn man zu einer anderen Auslegung des o.a. Normengefüges gelangt, dürfte in den Fällen, in denen infolge einer Beitragsversorgungslücke für Hilfebedürftige nach dem SGB XII eine ausreichende gesundheitliche Versorgung (trotz bestehender privater Krankenversicherung) faktisch nicht mehr gewährleistet wäre, aus verfassungsrechtlich-sozialstaatlichen Gründen eine verfassungskonforme Auslegung des genannten Normengefüges dahingehend zu erfolgen haben, dass die gesetzlich vorgesehenen hälftigen Beiträge im Basistarif doch als Hilfeleistung zu übernehmen sind (so schon angedeutet durch LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 16. Oktober 2009, L 20 B 56/09 SO ER, juris-Rdn. 29).

Es ist auch ein Anordnungsgrund dahingehend gegeben, dass dem Antragsteller nicht zuzumuten ist, auf den (rechtskräftigen) Abschluss des Hauptsacheverfahrens verwiesen zu werden. Gemäß § 193 Abs. 6 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) in der Fassung des Gesetzes vom 23. November 2007 (Bundesgesetzblatt I 2631) kann die private Krankenversicherung das Ruhen der Leistungen der Krankenversicherung feststellen. Nach § 193 Abs. 6 Satz 2 VVG stellt der Versicherer, wenn zwei Wochen nach Zugang der Mahnung der Rückstand noch höher als der Prämienanteil für einen Monat ist, das Ruhen der Leistungen fest. Während der Ruhenszeit haftet der Versicherer ausschließlich für Aufwendungen, die zur Behandlung akuter Erkrankung und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Beendet ist das Ruhen nach § 193 Abs. 6 Satz 4 Alternative 2, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch wird. Die Verwendung des Wortes "wird" zeigt jedoch, dass diese Vorschrift (möglicherweise) nur gilt, wenn jemand, der bisher nicht hilfebedürftig war, Beitragsrückstände in der privaten Krankenversicherung hat und nunmehr erstmalig anspruchsberechtigt nach dem SGB II oder SGB XII wird und nicht für Versicherte, die bereits im Leistungsbezug nach dem SGB II oder SGB XII stehen. Jedenfalls ist noch ungeklärt, ob § 193 Abs. 6 Satz 4 Alternative 2 auch für den Fall gilt, dass jemand bereits im Leistungsbezug nach dem SGB II und SGB XII steht und dann durch Beitragsschulden das Ruhen der Leistung in Betracht kommt. Es ist dem Antragsteller jedoch nicht zuzumuten, gegebenenfalls gegen seine Krankenversicherung im Zivilrechtsweg vorzugehen, um die Auslegung des § 193 Abs. 6 Satz 4 Alternative 2 VVG feststellen zu lassen. Der Senat verkennt nicht, dass aktuell keine insoweit relevanten Beitragsschulden aufgelaufen sind; dies jedoch nur deshalb nicht, weil das SG in dem angefochtenen Beschluss vom 1. September 2009 den Antragsgegner verpflichtet hat, den Beitrag bis zum halbierten Basistarif zu übernehmen. Eine Finanzierungslücke von monatlich 160,50 EUR (284,82 EUR halbierter Basistarif abzüglich 124,32 EUR Beitrag, den der Antragsgegner zu tragen bereit war) hätte jedoch zu einer fortlaufenden Bedarfsunterdeckung und damit sicher zur Anhäufung von Beitragsrückständen bzw. weiteren Schulden geführt.

Der Senat vermag auch nicht der Ansicht zu folgen, wonach ein Anordnungsgrund nicht besteht, da der Antragsteller trotz einer etwaigen Deckungslücke nicht mit dem Verlust seines Versicherungsschutzes rechnen müsse. Auch wenn der Antragsteller bei Nichtzahlung der vollständigen Beiträge seinen Versicherungsschutz nicht verliert, droht ihm jedoch, von der ärztlichen Behandlung ausgeschlossen zu sein, da er als privat Versicherter zunächst die ärztliche Behandlung selbst bezahlen muss und auf den Weg der Kostenerstattung angewiesen ist. Die C. könnte zudem wegen Beitragsrückständen gegen die Erstattungsansprüche des Klägers aufrechnen (§§ 387 ff, 394 Satz 2 des Bürgerlichen Gesetzbuches). Mangels ausreichender finanzieller Mittel wäre ihm damit eine ausreichende medizinische Versorgung als Teil des von Art. 20 Abs. 1 und Art. 1 Abs. 1 GG geschützten Existenzminimums (vgl. insoweit BSG SozR 4-2500 § 62 Nr. 6) nicht möglich (vgl. LSG Baden-Württemberg vom 16.09.2009 - L 3 AS 3934/09 ER-B -, SG Karlsruhe vom 10.08.2009 - S 5 AS 2121/09 - und vom 29. Oktober 2009 – S 1 SO 3118/09, alle in juris, sowie BT-Drucks. 16/12677, Seite 17). Ob eine derartige Aufrechnung in Anbetracht der Regelung des § 394 S. 1 BGB und der Rechtsprechung des Bundesgerichtshof hierzu (vgl. BGHZ 123,49) zivilrechtlich zulässig wäre, muss für die vorliegende Entscheidung außer Acht bleiben, da es dem Antragsteller insoweit auch nicht zuzumuten wäre, zunächst eine Entscheidung im

gerichtskostenpflichtigen Zivilrechtsweg einzuholen. Die Regelung des § 12 Abs. 1 c Satz 6 VAG stellt eine politische Konzession dar, um das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) mit der erforderlichen Stimmenmehrheit beschließen und in Kraft setzen zu können. Bereits im Gesetzgebungsverfahren war erkannt worden, dass mit der jetzigen Formulierung des Gesetzestextes die Gefahr von Versicherungslücken für Hilfebedürftige im Sinne des SGB XII im Hinblick auf ihren Krankenversicherungsschutz besteht. Auf die deshalb ausgesprochene Bitte des Bundesrates, im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens durch geeignete Regelungen diese Gefahr zu beseitigen, hat die Bundesregierung in ihrer Gegenäußerung darauf hingewiesen, dass zurzeit geprüft werde, wie dem bestehenden Problem abgeholfen werden könne (vgl. BT-Drucks. 16/12677, Seiten 17 und 23). Eine abschließende Lösung dieser Problematik ist bislang indes nicht erreicht. Vor diesem Hintergrund geht es jedoch nicht an und ist es dem Antragsteller nicht zuzumuten, den politischen Konflikt auf seinem Rücken als schwächstem Glied der Kette austragen zu lassen (vgl. schon LSG Baden-Württemberg vom 08. Juli 2009, L 7 SO 2453/09 ER-B, in juris). Auch das BVerfG hat sich in seiner Entscheidung vom 10. Juni 2009 (NJW 2009, 2033) mit dieser Problematik nicht auseinandergesetzt, sondern allein ausgeführt, dass die in § 12 Abs. 1 c Sätze 4 bis 6 VAG vorgesehenen Beitragsbegrenzungen bei Hilfebedürftigen verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden seien (vgl. Rdn. 184 der Entscheidung), und in Rdn. 195 der Entscheidung lediglich den Gesetzeswortlaut wiederholt.

Anders als in dem angefochtenen Beschluss des SG setzt die Verpflichtung zur Leistungserbringung erst mit dem Eingang des Rechtschutzantrages – vorliegend also mit dem 31. Juli 2009 – ein. Eine Verpflichtung zur Leistungserbringung im einstweiligen Rechtsschutzverfahren für zurückliegende Zeiträume vor Eingang des Rechtschutzantrags kommt demgegenüber nur in Betracht, wenn eine Nicht- oder Minderleistung in der Vergangenheit noch andauernde Auswirkungen für Gegenwart und Zukunft begründet. Derartige Anhaltspunkte sind jedoch vorliegend nicht erkennbar. Die Dauer der einstweiligen Anordnung war bis zum 31. Dezember 2009 zu befristen. Eine Anordnung bis zum rechtskräftigen Abschluss des Hauptsacheverfahrens S 20 SO 205/09 kommt vorliegend nicht in Betracht, da sich zum einen die Höhe des Basistarifs im Jahr 2010 ändern wird, zum anderen der Fortbestand der Hilfebedürftigkeit über den 31. Dezember 2009 hinaus abzuwarten ist. Sollte der Antragsteller sich über den 31. Dezember 2009 hinaus – wovon derzeit jedoch auszugehen ist – im Leistungsbezug befinden, so wird dem Antragsgegner nahe gelegt, auch ohne ausdrückliche gerichtliche Anordnung weiterhin – bis zu einer Klärung der Rechtsfrage – den dann gültigen halbierten Basistarif als Aufwendung für den Antragsteller zu übernehmen. Andernfalls ist es dem Antragsteller unbenommen, beim SG rechtzeitig einen erneuten Eilantrag auf Übernahme der Kosten für die private Krankenversicherung zu stellen.

Die Kostenentscheidung beruht auf einer entsprechenden Anwendung des § 193 SGG. Sie berücksichtigt, dass die Beteiligten mit ihren jeweiligen Begehren im Beschwerdeverfahren im Wesentlichen nicht durchgedrungen sind.

Dieser Beschluss ist gemäß § 177 SGG unanfechtbar.
Rechtskraft
Aus
Login
HES
Saved
2010-03-08