

L 7 SO 182/09 B ER

Land

Hessen

Sozialgericht

Hessisches LSG

Sachgebiet

Sozialhilfe

Abteilung

7

1. Instanz

SG Frankfurt (HES)

Aktenzeichen

S 20 SO 268/09 ER

Datum

29.09.2009

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

L 7 SO 182/09 B ER

Datum

18.01.2010

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Beschluss

I. Die Beschwerde der Antragsgegnerin gegen den Beschluss des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 29. September 2009 wird mit der Maßgabe zurückgewiesen, dass auf die Verpflichtung, Aufwendungen für die private Krankenversicherung in Höhe von 284,82 EUR und für die private Pflegeversicherung in Höhe von 11,65 EUR monatlich bis zum Abschluss des Widerspruchsverfahrens zu gewähren, bereits geleistete Zahlungen in Höhe von monatlich 142,11 EUR anzurechnen sind.

II. Die Antragsgegnerin trägt auch die Kosten des Beschwerdeverfahrens.

Gründe:

I.

Zwischen den Beteiligten ist streitig die Höhe der von der Antragsgegnerin zu zahlenden Kosten für die private Krankenversicherung des Antragstellers.

Der 1962 geborene Antragsteller bezieht von der Antragsgegnerin Leistungen zum Lebensunterhalt nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch - Sozialhilfe - SGB XII. Darin enthalten sind auch Krankenversicherungsbeiträge. Für den Antragsteller besteht bei der D. Krankenversicherung a.G. (Versicherungsnummer xxxxx) eine private Krankenversicherung mit ambulanter Heilbehandlung, stationärer Heilbehandlung, Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie und Rücktransport aus dem Ausland (Tarif VC2) mit einer Selbstbeteiligung von 360,00 EUR/Jahr, gesetzlicher Zuschlag i.H.v. 10% für die Beitragsentlastung im Alter (Tarif GZN10), Krankenhaustagegeld (Tarif KH) sowie häusliche und stationäre Pflege - Pflegeversicherung - (Tarif PVN) mit einem Beitrag ab 1. Januar 2009 in Höhe von 305,83 EUR.

Mit Schreiben vom 3. März 2009 bat die Antragsgegnerin den Antragsteller wegen der gesetzlichen Änderungen zum Gesundheitsmodernisierungsgesetz bei seiner Krankenkasse den Basistarif zu beantragen.

Auf den Folgeantrag des Antragstellers vom 14. Juli 2009 wurden die Krankenversicherungs- und Pflegeversicherungsbeiträge lediglich noch in Höhe von 124,32 EUR/17,79 EUR berücksichtigt (Bescheid vom 20. Juli 2009). Mit Schreiben vom gleichen Tage teilte die Antragsgegnerin mit, dass nach [§ 12 Abs. 1c](#) Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) lediglich die niedrigeren Beiträge im Basistarif (124,32 EUR/17,79 EUR) anerkannt werden könnten.

Am 4. August 2009 legte der Antragsteller ein Schreiben seiner Krankenkasse vom 17. März 2009 vor, wonach der Beitrag im Basistarif zum 1. April 2009 282,54 EUR/23,29 EUR (Krankenversicherung/Pflegeversicherung) betrage sowie ein weiteres Schreiben der Krankenversicherung vom 21. Juli 2009, wonach ihm ein Selbstbehalt in Höhe von 360,00 EUR für das Jahr 2009 abgezogen worden sei.

Mit Schreiben vom 12. August 2009 teilte die Antragsgegnerin mit, es sei nicht zu erkennen, dass der Antragsteller tatsächlich in den Basistarif gewechselt habe und wies im Übrigen auf die geänderte Rechtslage hin mit der Folge, dass nach ihrer Auffassung im Basistarif lediglich Beiträge in Höhe von 124,32 EUR/17,79 EUR gezahlt werden könnten.

Hiergegen erhob der Antragsteller am 9. September 2009 Widerspruch, über den bislang nicht entschieden worden ist.

Bereits am 3. September 2009 hat der Antragsteller bei dem Sozialgericht Frankfurt am Main im Wege der einstweiligen Anordnung beantragt, die Antragsgegnerin zu verpflichten, die Beiträge für seine private Kranken- und Pflegeversicherung in Höhe von 305,83 EUR zu

übernehmen, hilfsweise in Höhe des Basistarifs in Höhe von 296,47 EUR und ihm den von der D. eingezogenen Jahresselbstbehalt in Höhe von 360,00 EUR zu erstatten.

Mit Beschluss vom 29. September 2009 hat das Sozialgericht Frankfurt am Main die Antragsgegnerin verpflichtet, dem Antragsteller bis zum Abschluss des Widerspruchsverfahrens die Aufwendungen für die private Krankenversicherung in Höhe von 284,82 EUR und für die private Pflegeversicherung in Höhe von 11,65 EUR monatlich zu gewähren. Im Übrigen hat es den Antrag abgelehnt.

In den Gründen hat es ausgeführt: Der Antragsteller habe ab 3. September 2009 Anspruch auf Übernahme der Beiträge zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung für den Basistarif der D. Dies gelte jedoch nicht für die tatsächlichen Beiträge, sondern nur für die angemessenen Beiträge im Sinne von [§ 32 Abs. 5 SGB XII](#). Angemessen sei die Hälfte des aktuellen maßgebenden Höchstbetrages der gesetzlichen Krankenversicherung. Dieser betrage ab Januar 2009 284,82 EUR. Entgegen der Auffassung der Antragsgegnerin sei der maßgebende Betrag zur Krankenversicherung nicht auf den Betrag zu begrenzen, der für Bezieher von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen sei. Diese Bewilligungspraxis der Antragsgegnerin erweise sich als rechtswidrig. Für die Erstattung des Jahresselbstbehaltes in Höhe von 360,00 EUR sei ein Anordnungsgrund nicht glaubhaft gemacht. Dieser Betrag sei bereits vor dem Antrag auf Erlass der einstweiligen Anordnung einbehalten worden. Ein besonderes Eilbedürfnis sei nicht begründet.

Gegen diesen am 2. Oktober 2009 zugestellten Beschluss hat die Antragsgegnerin am 21. Oktober 2009 bei dem Sozialgericht Frankfurt am Main Beschwerde eingelegt. Sie ist weiterhin der Auffassung, dass der Antragsteller lediglich einen Anspruch auf Übernahme in Höhe des Beitrages für die gesetzlich Versicherten habe. Da sie tatsächlich monatliche Beiträge in Höhe von 142,11 EUR für die Krankenversicherung und Pflegeversicherung bezahle, hätte das Sozialgericht sie nicht zur Zahlung von 296,47 EUR verpflichten dürfen, sondern lediglich in Höhe des Differenzbetrages i.H.v. 154,36 EUR (284,82 EUR + 11,65 EUR 142,11 EUR). Letztlich habe der Antragsteller überhaupt keinen Anspruch auf Zahlung der Kosten des Basistarifs, da er nicht im Basistarif versichert sei. Zur weiteren Beschwerdebegründung bezieht sie sich auf einen Beschluss des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen (vom 16. Oktober 2009 - [L 20 B 56/09 SO ER](#)).

Die Antragsgegnerin beantragt, den Beschluss des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 29. September 2009 aufzuheben und den Antrag in vollem Umfang abzulehnen.

Der Antragsteller beantragt, die Beschwerde zurückzuweisen.

Er hält den angefochtenen Beschluss für zutreffend und verweist für seine Auffassung auf Entscheidungen der Landessozialgerichte Niedersachsen-Bremen und Nordrhein-Westfalen. Im Übrigen trägt er vor, dass zwischenzeitlich ein Antrag auf Versicherung im Basistarif gestellt worden sei.

Wegen des weiteren Vorbringens der Beteiligten wird auf den übrigen Akteninhalt Bezug genommen sowie auf den der Akten der Antragsgegnerin, der Gegenstand der Beratung gewesen ist.

II.

Die Beschwerde ist zulässig aber nur im tenorierten Umfang begründet.

Nach [§ 86 b Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (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. Nach S. 2 der Vorschrift sind einstweilige Anordnungen auch zur Regelung eines vorläufigen Zustandes in Bezug auf ein streitiges Rechtsverhältnis zulässig, wenn eine solche Regelung zur Abwendung wesentlicher Nachteile notwendig erscheint. Die Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes setzt in diesem Zusammenhang einen Anordnungsanspruch, also einen materiell-rechtlichen Anspruch auf die Leistung, zu der die Antragsgegnerin im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes verpflichtet werden soll, sowie einen Anordnungsgrund, nämlich einen Sachverhalt, der die Eilbedürftigkeit der Anordnung begründet, voraus.

Dabei stehen Anordnungsanspruch und Anordnungsgrund nicht isoliert nebeneinander, es besteht vielmehr eine Wechselbeziehung der Art, dass die Anforderungen an den Anordnungsanspruch mit zunehmender Eilbedürftigkeit beziehungsweise Schwere des drohenden Nachteils (dem Anordnungsgrund) zu verringern sind und umgekehrt. Anordnungsanspruch und Anordnungsgrund bilden aufgrund ihres funktionalen Zusammenhangs ein bewegliches System (ständige Rechtsprechung des erkennenden Senats, vgl. etwa Beschluss vom 6. Juli 2006 ([L 7 AS 86/06 ER](#) m.w.N.; Keller in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 8. Auflage, § 86 b, Rdnrn. 27, 29). Ist die 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. Ist die Klage in der Hauptsache dagegen offensichtlich begründet, so vermindern sich die Anforderungen an den Anordnungsgrund. In der Regel ist dann dem Antrag auf Erlass der einstweiligen Anordnung stattzugeben, auch wenn in diesem Fall nicht gänzlich auf einen Anordnungsgrund verzichtet werden kann. Bei offenem Ausgang des Hauptsacheverfahrens, wenn etwa eine vollständige Aufklärung der Sach- und Rechtslage im Eilverfahren nicht möglich ist, ist im Wege einer Folgenabwägung zu entscheiden. Dabei sind insbesondere die grundrechtlichen Belange des Antragstellers umfassend in die Abwägung einzubeziehen. Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) müssen sich die Gerichte schützend und fördernd vor die Grundrechte des Einzelnen stellen (BVerfG, Beschluss vom 12. Mai 2005 - [1 BvR 569/05](#) in: info also 2005, 166 ff.).

Sowohl Anordnungsanspruch als auch Anordnungsgrund sind nach [§ 920 Abs. 2](#) der Zivilprozessordnung (ZPO) i.V.m. [§ 86 b Abs. 2 S. 4 SGG](#) glaubhaft zu machen. Dabei ist, soweit im Zusammenhang mit dem Anordnungsanspruch auf die Erfolgsaussichten abgestellt wird, die Sach- und Rechtslage nicht nur summarisch, sondern abschließend zu prüfen (BVerfG a.a.O.). Die Glaubhaftmachung bezieht sich im Übrigen lediglich auf die reduzierte Prüfungsdichte und die nur eine überwiegende Wahrscheinlichkeit erfordernde Überzeugungsgewissheit für die tatsächlichen Voraussetzungen des Anordnungsanspruchs und des Anordnungsgrundes (Beschluss des erkennenden Senats vom 29. Juni 2005 - [L 7 AS 1/05 ER](#); Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, a.a.O., Rdnrn. 16 b, 16 c, 40).

Maßgebend für die Beurteilung der Anordnungsvoraussetzungen sind regelmäßig die Verhältnisse im Zeitpunkt der gerichtlichen Entscheidung (Meyer-Ladewig/Keller/ Leitherer, a.a.O., Rdnr. 42). Deshalb sind auch Erkenntnisse, die erst im Laufe des Beschwerdeverfahrens zu Tage getreten sind, vom Senat zu berücksichtigen (ständige Rechtsprechung des Senats, vgl. etwa Beschluss vom 6. Januar 2006 - [L 7 AS 87/05 ER](#)).

Ausgehend von diesen Grundsätzen ist der Beschluss des Sozialgerichts Frankfurt am Main mit Ausnahme der tenorierten Berichtigung zutreffend.

Das Sozialgericht hat die Antragsgegnerin zu Recht verpflichtet, für den Antragsteller monatlich einen Betrag in Höhe des halbierten Basistarifs seiner privaten Krankenversicherung und Pflegeversicherung zu übernehmen. Der Senat sieht keine Veranlassung, von seiner im Beschluss vom 14. Dezember 2009 ([L 7 SO 165/09 B ER](#)) geäußerten Rechtsauffassung abzuweichen.

"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 S. 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 DKV 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 klar gestellt 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)."

Der Senat hält an dieser Auffassung fest und sieht sich durch die Entscheidungen der Landessozialgerichte Baden-Württemberg (Beschluss vom 8. Juli 2009 - [L 7 SO 2453/09 ER-B](#)), Niedersachsen-Bremen (Beschluss vom 3. Dezember 2009 - [L 15 AS 1048/09 B ER](#)) und Nordrhein-Westfalen (Beschluss vom 18. Dezember 2009 - [L 9 B 49/09 SO ER](#)) bestätigt (siehe auch Klerks, der Beitrag für die private Krankenversicherung im Basistarif bei hilfebedürftigen Versicherungsnehmern nach dem SGB II und dem SGB XII in: info also 2009, 153 ff.).

In der Sache selbst rügt die Antragsgegnerin zu Recht, dass das Sozialgericht sie zur Zahlung von insgesamt 296,47 EUR monatlich verpflichtet habe, obwohl sie monatlich einen Betrag in Höhe von 142,11 EUR leiste. Der Tenor war insoweit zu berichtigen.

Ein Anordnungsgrund ist ebenfalls zu bejahen. Die Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII dienen der Sicherstellung eines menschenwürdigen Lebens, mithin der Erfüllung einer verfassungsrechtlichen Pflicht des Staates, die aus dem Gebot zum Schutz der Menschenwürde in Verbindung mit dem Sozialstaatsgebot folgt (BVerfG, Beschluss vom 12. Mai 2005 - [a.a.O.](#)). Ohne den Erlass einer einstweiligen Anordnung bliebe eine Lücke in den Krankenversicherungs- und Pflegeversicherungsbeiträgen von monatlich 154,36 EUR. Die Konsequenzen für den Antragsteller daraus, insbesondere für seine medizinische Versorgung und seine Ansprüche gegenüber der Krankenkasse, sind derzeit zumindest ungeklärt.

Die Kostenentscheidung beruht auf einer entsprechenden Anwendung von [§ 193 SGG](#) und berücksichtigt, dass die Antragsgegnerin in der Sache unterlegen ist.

Diese Entscheidung kann nicht mit der Beschwerde an das Bundessozialgericht angefochten werden ([§ 177 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2010-05-26