

L 25 AS 43/10 B ER

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Grundsicherung für Arbeitsuchende
Abteilung
25
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 93 AS 34035/09 ER
Datum
09.12.2009
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 25 AS 43/10 B ER
Datum
23.03.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Beschluss

Die Beschwerde der Antragstellerin gegen den Beschluss des Sozialgerichts Berlin vom 9. Dezember 2009 wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten haben die Beteiligten einander auch für das Beschwerdeverfahren nicht zu erstatten.

Gründe:

Die Beschwerde der Antragstellerin ist gemäß [§§ 172 Abs. 1, 173](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) zulässig, aber unbegründet. Mit ihr verfolgt die Antragstellerin bei sachdienlicher Auslegung ihrer Ausführungen ihr bereits in erster Instanz geltend gemachtes Begehren weiter, das angesichts der ihr erteilten Leistungsbewilligungsbescheide sinngemäß darauf gerichtet gewesen ist, den Antragsgegner im Wege der einstweiligen Anordnung zu verpflichten, ihr weitere Zuschüsse zu ihrer privaten Krankenversicherung in Höhe von 98,36 EUR monatlich für die Zeit vom 1. April 2009 bis zum 30. Juni 2009 und von 103,58 EUR monatlich für die Zeit vom 1. Juli 2009 bis zum Ende des aktuell laufenden Bewilligungszeitraums am 31. März 2010 zu zahlen. Dieses Begehren, an dessen zeitlicher Eingrenzung der die "Übernahme der tatsächlichen Krankenversicherungsbeiträge" abstrakt ablehnende Bescheid vom 1. Juli 2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24. September 2009 nichts ändert, weil dieser Bescheid seinerseits jedenfalls durch den Leistungsbewilligungsbescheid vom 2. Dezember 2009 in der Fassung der Änderungsbescheide vom 7. Januar 2010 eine zeitliche Zäsur erfahren hat, hat das Sozialgericht mit dem angegriffenen Beschluss zu Recht abgelehnt.

Wie das Sozialgericht zutreffend entschieden hat, erweist sich der Antrag auf Erlass der begehrten einstweiligen Anordnung jedenfalls als unbegründet. Denn die Antragstellerin hat bereits einen Anordnungsgrund nicht mit der für die Vorwegnahme der Hauptsache erforderlichen hohen Wahrscheinlichkeit glaubhaft gemacht ([§ 86 b Abs. 2 Satz 2 SGG](#)). Auch im Lichte des in [Art. 19 Abs. 4](#) des Grundgesetzes verankerten Gebots effektiven Rechtsschutzes ist es ihr zuzumuten, eine Entscheidung in der – grundsätzlich vorrangigen – Hauptsache abzuwarten. Denn schwere und unwiederbringliche Nachteile, zu deren nachträglicher Beseitigung eine solche Entscheidung nicht mehr in der Lage sein könnte, sind zumindest zum jetzigen Zeitpunkt nicht ersichtlich.

Letzteres gilt im Hinblick auf die von der Antragstellerin für die Zeit vor der Entscheidung des Senats geltend gemachten Ansprüche schon deshalb, weil Beitragsrückstände bis heute offenbar nicht aufgetreten sind. Soweit die Antragstellerin hierzu vorgetragen hat, dass sie Beitragsrückstände bislang nur deshalb habe vermeiden können, weil sie bei dritten Personen Schulden gemacht bzw. auf die ihr gewährten Regelleistungen zurückgegriffen habe, führt dieses Vorbringen zu keinem anderen Ergebnis. Denn diese Umstände sind für sich allein genommen nicht geeignet, eine in die Gegenwart fortwirkende Notlage zu begründen, deren vorübergehende Aufrechterhaltung bis zur Entscheidung in der Hauptsache dem jeweiligen Antragsteller nicht zugemutet werden dürfte. Dass hier Besonderheiten zu beachten sein könnten, lässt sich den Akten nicht entnehmen.

Aber auch für die Zeit ab der Entscheidung des Senats erweist sich die Sache nicht als eilbedürftig. Zutreffend hat die Antragstellerin insoweit zwar darauf hingewiesen, dass sie als unmittelbar vor dem Bezug von Leistungen nach dem Zweiten Buch des Sozialgesetzbuches (SGB II) privat Krankenversicherte während des Bezugs dieser Leistungen verpflichtet ist, sich weiterhin in der privaten Krankenversicherung zu versichern, und ihr nach [§ 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB II](#) in Verbindung mit [§ 12 Abs. 1c Satz 4](#) und 6 des Gesetzes über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen gegen den Antragsgegner nur ein Anspruch auf Gewährung eines Zuschusses zu den Beiträgen für die von ihr unterhaltene private Krankenversicherung zusteht, der angesichts seiner Deckelung auf den für einen gesetzlich krankenversicherten Bezieher von Leistungen nach dem SGB II zu zahlenden Betrag hinter dem tatsächlich entstehenden Beitrag zurückbleibt. Aus diesem Vorbringen lässt sich ein Anordnungsgrund jedoch nicht herleiten. Denn wie auch schon das Sozialgericht hierzu jedenfalls im Ergebnis zutreffend ausgeführt hat, ist es der Antragstellerin zuzumuten, ihre Beitragszahlung vorläufig in Höhe der Differenz zwischen dem tatsächlich geschuldeten Beitrag und dem ihr zu diesem Beitrag gewährten Zuschuss einzustellen. Wesentliche Nachteile, die

den Erlass der begehrten einstweiligen Anordnung nötig erscheinen lassen könnten, entstehen ihr hierdurch nämlich nicht. Insoweit kann hier dahinstehen, ob es – worüber im Streitfall die Zivilgerichte zu entscheiden hätten – im Fall der Antragstellerin nach [§ 193 Abs. 6](#) des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) bei einem Beitragsrückstand mit einem Betrag in Höhe von Prämienanteilen für zwei Monate überhaupt zu einem Ruhen der geschuldeten Versicherungsleistungen kommen kann oder das Bestehen von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II unabhängig vom Zeitpunkt seines Entstehens einem solchen Ruhen schlechterdings entgegensteht. Denn im vorstehenden Zusammenhang darf nicht außer Betracht gelassen werden, dass das private Krankenversicherungsunternehmen der Antragstellerin nach [§ 193 Abs. 6 Satz 6 VVG](#) auch während einer eventuellen Ruhezeit für Aufwendungen zu haften hat, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Durch diese Regelung, die hinsichtlich der zu erbringenden Leistungen den Regelungen in § 4 Abs. 1 und 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes und [§ 16 Abs. 3a](#) des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches entspricht, ist sichergestellt, dass die Antragstellerin in Notfällen die erforderliche Krankenversorgung erhält, über die hinauszugehen im vorläufigen Rechtsschutzverfahren auch im Lichte des Verfassungsrechts kein Anlass besteht. Dass diese Krankenversorgung nicht vom Staat, sondern dem privaten Krankenversicherungsunternehmen zu erbringen ist, ändert hieran nichts (vgl. Landessozialgericht (LSG) für das Land Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 12. Oktober 2009 – [L 7 B 197/09 AS](#) –; a. A. LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss vom 3. Dezember 2009 – [L 15 AS 1048/09 B](#) – sowie LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 18. Januar 2010 – [L 34 AS 2001/09 B ER](#) –, jeweils zitiert nach juris). Dass sie wegen bestehender Besonderheiten im Fall der Antragstellerin nicht ausreichend sein könnte, ist nicht ersichtlich. Denn nach Lage der Akten bestehen schon keine Anhaltspunkte dafür, dass die Antragstellerin aktuell überhaupt auf medizinische Hilfe angewiesen sein könnte.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) und folgt dem Ausgang des Verfahrens in der Sache selbst.

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

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2010-03-26