

L 1 KR 290/09 B ER

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Gießen (HES)
Aktenzeichen
S 15 KR 320/09 ER
Datum
13.10.2009
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 1 KR 290/09 B ER
Datum
17.12.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Beschluss
Leitsätze

Es besteht kein Anspruch auf Versicherung in der GKV gemäß [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 b\)](#) SGB V, wenn bereits zu einem früheren Zeitpunkt Mitgliedschaft in der GKV bestanden hat. Insoweit kann dahin stehen, ob die Postbeamtenkrankenkasse eine private Krankenversicherung ist.

Die Beschwerde der Antragstellerin gegen den Beschluss des Sozialgerichts Gießen vom 13. Oktober 2009 wird zurückgewiesen.

Die Beteiligten haben einander keine außergerichtlichen Kosten zu erstatten.

Gründe:

I.

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob die Antragstellerin als Pflichtversicherte einen Anspruch auf vorläufige Gewährung von Krankenversicherungsschutz durch die Antragsgegnerin hat.

Die 1952 geborene Antragstellerin war bis zum 13. Mai 1982 bei der Antragsgegnerin gesetzlich krankenversichert. Anschließend war sie bis zum 31. März 1988 als mitversicherte Ehefrau bei der C. versichert. Vom 1. April 1988 bis 31. März 1995 bestand Pflichtmitgliedschaft als Studentin bei der Antragsgegnerin. Vom 1. April 1995 bis zur Scheidung am 6. April 2009 war sie erneut als mitversicherte Ehefrau bei der C. versichert. Seit dem 22. Mai 2009 ist die Antragstellerin abhängig beschäftigt und erhält einen monatlichen Bruttolohn von 737,00 EUR. Das Beschäftigungsverhältnis wurde zum 31. Januar 2009 gekündigt. Die Antragstellerin erhält von ihrem geschiedenen Ehemann monatlich 900,- EUR Unterhalt.

Mit Schreiben vom 14. Juli 2009 beantragte die Antragstellerin die Mitgliedschaft bei der Antragsgegnerin gemäß [§ 5 Abs. 1 Nr. 13](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung - (SGB V). Sie verwies darauf, dass derzeit keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall bestehe. Mit Schreiben vom 8. September 2009 teilte die Antragsgegnerin mit, dass die Antragstellerin nach [§ 6 Abs. 3a SGB V](#) krankenversicherungsfrei sei. Eine Mitgliedschaft nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) könne nicht eingerichtet werden, weil die Antragstellerin zuletzt bei der C. versichert gewesen sei. Die C. sei zwar nicht als ordentliches Mitglied den privaten Krankenversicherungsunternehmen zuzuordnen. Sie gehöre jedoch als "Verbundpartner" im engeren Sinne dazu. Sie könne als Private Krankenversicherung (PKV) und somit als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall angesehen werden. Seit dem 1. Januar 2009 müssten ehemalige Versicherte zum Basistarif in der PKV versichert werden. Die Antragsgegnerin räumte der Antragstellerin vor abschließender Entscheidung Gelegenheit zur Äußerung bis zum 30. September 2009 ein.

Am 16. September 2009 hat die Antragstellerin beim Sozialgericht Gießen einen Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung gestellt. Sie hat im Wege der einstweiligen Anordnung beantragt festzustellen, dass sie bis zur rechtskräftigen Entscheidung über ihren entsprechenden Antrag bei der Antragsgegnerin nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB](#) pflichtversichert und die Antragsgegnerin vorläufig verpflichtet sei, ihr entsprechenden Versicherungsschutz zu gewähren. Die C. sei keine private Krankenversicherung im Sinne des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB](#). Dies ergebe sich insbesondere aus [§ 291a Abs. 1a Satz 6 SGB V](#). Schließlich sei [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 b\)](#) SGB so auszulegen, dass er alle erfasse, die nicht zuletzt gesetzlich oder privat krankenversichert gewesen seien.

Von Seiten der C. sei ihr mit Schreiben vom 30. April 2009 mitgeteilt worden, dass eine Fortführung des bisherigen Versicherungsschutzes nur möglich sei, wenn kein anderweitiger Krankenversicherungsschutz in einer gesetzlichen Krankenkasse oder bei einem privaten

Krankenversicherungsunternehmen zu zumutbaren Bedingungen erlangt werden könne. Diese Voraussetzung liege nicht vor, da die Antragstellerin seit dem 1. Januar 2009 ein Beitrittsrecht in den Basistarif einer privaten Krankenversicherung habe.

Die Antragstellerin habe sich auch bereits an eine private Krankenversicherung (D.) gewandt. Diese habe jedoch mit Schreiben vom 27. Mai 2009 eine Versicherung der Antragstellerin wegen deren psychotherapeutischen Behandlung abgelehnt.

Zu dem Anhörungsschreiben der Antragsgegnerin vom 14. Juli 2009 hat sich die Antragstellerin nicht geäußert. Mit Schreiben vom 20. Oktober 2009 hat die Antragsgegnerin bei ihr angefragt, ob im Hinblick auf ein am Hessischen Landessozialgericht anhängiges Verfahren mit vergleichbarem Sachverhalt ([L 1 KR 46/08](#)) Einverständnis damit bestehe, die Entscheidung über den Antrag der Antragstellerin bis zum Abschluss des Gerichtsverfahren zurückzustellen. Hierauf hat die Antragstellerin mit Schreiben vom 27. Oktober 2009 mitgeteilt, dass sie damit einverstanden sei, das Widerspruchsverfahren (richtig: das Verwaltungsverfahren) bis zur Entscheidung über das Beschwerdeverfahren ruhen zu lassen.

Mit Beschluss vom 13. Oktober 2009 hat das Sozialgericht Gießen den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung abgelehnt. Ein Anordnungsanspruch liege nicht vor, da eine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB nicht bestehe.

Die Versicherungspflicht gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB scheitere nicht bereits an deren Subsidiarität. Denn die Antragstellerin sei nicht anderweitig - insbesondere nicht aufgrund ihrer an sich versicherungspflichtigen Beschäftigung - abgesichert. Gemäß [§ 6 Abs. 3a SGB V](#) sei sie versicherungsfrei, weil sie in den letzten 5 Jahren vor Eintritt der Versicherungspflicht nicht gesetzlich versichert gewesen sei.

Eine Versicherungspflicht gemäß [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) sei jedoch ausgeschlossen, weil sie zuletzt privat krankenversichert gewesen sei. Die C. unterscheide sich zwar deutlich von sonstigen privaten Krankenversicherungen insbesondere durch den inzwischen geschlossenen Bestand und den Beihilfecharakter der Leistungen. Der Gesetzgeber unterscheide jedoch nur zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung und kenne eine Versicherung dritter Art nicht. Mit [§ 291a Abs. 1a Satz 6 SGB V](#) habe der Gesetzgeber der C. Verpflichtungen übertragen, die er ansonsten nur der privaten Krankenversicherung auferlegt habe. Dies zeige, dass die C. zwar nicht von vornherein als Unternehmen der privaten Krankenversicherung anzusehen, aber dem privatrechtlichen Bereich in diesem Sinne zuzuordnen sei.

Aber selbst wenn die C. keine private Krankenversicherung im Sinne des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) darstelle, folge hieraus keine Versicherungspflicht der Antragstellerin. [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 a](#)) SGB V sei nicht anwendbar, da die Antragstellerin zuletzt jedenfalls nicht gesetzlich krankenversichert gewesen sei. Eine Versicherungspflicht gemäß [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 b](#)) SGB V scheide ebenfalls aus, da hiernach nur die Personen in die Versicherungspflicht einbezogen würden, die bisher zu keinem Zeitpunkt in der gesetzlichen Krankenversicherung oder der privaten Krankenversicherung versichert gewesen seien. Die Antragstellerin sei jedoch bereits gesetzlich krankenversichert gewesen.

Sofern in der Begründung zum Gesetzentwurf formuliert sei, dass ebenfalls die Personen in die gesetzliche Krankenversicherung einbezogen würden, die nicht zuletzt gesetzlich oder privat krankenversichert gewesen seien, gehe dies über den Wortlaut des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 b](#)) SGB V hinaus. Offenbar würden in der Gesetzesbegründung die beiden Varianten des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) vermischt. Jedenfalls sei der Wortlaut des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 b](#)) SGB V eindeutig und keiner erweiternden Auslegung zugänglich.

Gegen diesen dem Prozessbevollmächtigten der Antragstellerin am 14. Oktober 2009 zugestellten Beschluss hat diese am 20. Oktober 2009 Beschwerde eingelegt. Sie hat zur Begründung insbesondere angeführt, dass [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) zu ihren Gunsten auszulegen sei.

Die Antragstellerin beantragt (sinngemäß), unter Aufhebung des Beschlusses des Sozialgerichts Gießen vom 13. Oktober 2009 im Wege der einstweiligen Anordnung festzustellen, dass sie ab Antragseingang bei der Antragsgegnerin vorläufig bis zur rechtskräftigen Entscheidung über den entsprechenden Antrag nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) pflichtversichert ist und dass die Antragsgegnerin vorläufig so lange verpflichtet ist, ihr entsprechenden Versicherungsschutz zu gewähren.

Die Antragsgegnerin beantragt, die Beschwerde zurückzuweisen.

Sie hält den Beschluss für zutreffend.

Wegen des weiteren Vorbringens wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der Behördenakte, der Gegenstand der Beratung gewesen ist, Bezug genommen.

II.

Die Beschwerde ist zulässig, aber unbegründet.

Eine einstweilige Anordnung, wie sie die Antragstellerin begehrt, ist nach [§ 86b Abs. 2 Satz 2 SGG](#) zur Regelung eines vorläufigen Zustands in Bezug auf ein streitiges Rechtsverhältnis zulässig, wenn eine solche Regelung zur Abwendung wesentlicher Nachteile nötig erscheint.

Erforderlich ist insoweit ein Anordnungsanspruch, d.h. ein subjektiv-öffentliches Recht des Antragstellers, für das er einstweiligen Rechtsschutz durch eine vorläufige gerichtliche Regelung begehrt. Neben dem Anordnungsanspruch setzt [§ 86b Abs. 2 SGG](#) einen Anordnungsgrund voraus. Ein solcher ist bei der Dringlichkeit der begehrten Entscheidung gegeben, wenn das Abwarten einer Hauptsacheentscheidung für den Antragsteller nicht zumutbar ist. Bei offenem Ausgang ist eine umfassende Interessenabwägung erforderlich. Abzuwägen sind die Folgen, die auf der einen Seite entstünden, wenn das Gericht die einstweilige Anordnung nicht erließe, sich jedoch im Hauptsacheverfahren herausstellt, dass der Anspruch besteht, und auf der anderen Seite entstünden, wenn das Gericht die einstweilige Anordnung erließe, sich aber im Hauptsacheverfahren herausstellt, dass der Anspruch nicht besteht. Dabei sind in die

Interessenabwägung einzubeziehen die Intensität der drohenden Verletzung von Grundrechten, wirtschaftliche Verhältnisse, unbillige Härte sowie Mitverantwortung des Antragstellers für die entstandene Situation. Erhebliche wirtschaftliche Nachteile können ausreichen (vgl. Keller in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 9. Aufl., § 86b, Rn. 29a).

Fraglich ist, ob ein Anordnungsgrund vorliegt. Denn es ist nicht verständlich, weshalb die Antragstellerin eine Entscheidung der Antragsgegnerin im Verwaltungsverfahren nicht hat abwarten können und andererseits dem Ruhen des Verwaltungsverfahrens bis zum Abschluss des Beschwerdeverfahrens zugestimmt hat. Zudem geht es aus Sicht der Antragstellerin im Verfahren auf Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes allein um die mit der Feststellung der Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) verbundene Absicherung gegen das Risiko einer Krankheit und damit insbesondere das Risiko, dass aus finanziellen Gründen eine notwendige Krankenbehandlung nicht durchgeführt werden könnte. Dem Vortrag der Antragstellerin ist allerdings insoweit nichts zu entnehmen.

Andererseits hat die Antragsgegnerin in ihrem Anhörungsschreiben unmissverständlich ihre Einschätzung der Sach- und Rechtslage mitgeteilt. Daher konnte die Antragstellerin einen für sie günstigen Bescheid nicht erwarten. Zudem ist der Antragstellerin das wirtschaftliche Risiko nicht zuzumuten, über längere Zeit, gegebenenfalls bis zur rechtskräftigen Entscheidung über ihren Antrag gegenüber der Antragsgegnerin - endgültig - ohne Krankenversicherungsschutz zu sein. Für den Fall, dass rechtskräftig entschieden wird, dass die Antragstellerin (bei der Antragsgegnerin) nicht pflichtversichert ist, hätte die Antragstellerin keinen Anspruch darauf, rückwirkend privat krankenversichert zu werden. Etwaige bis dahin angefallene Krankenbehandlungskosten, die sie zunächst begleichen müsste, hätte sie dann auch endgültig selbst zu tragen. Da mit einer rechtskräftigen Entscheidung kurzfristig nicht zu rechnen ist, können - insbesondere bei stationärer Behandlung - Behandlungskosten in erheblicher Höhe anfallen.

Die Antragstellerin kann zur Reduktion dieses Risikos für die Zeit bis zur rechtskräftigen Entscheidung über ihren Antrag auch nicht auf einen vorsorglichen Abschluss eines Versicherungsvertrags mit einer PKV verwiesen werden (vgl. Bayerisches LSG, Beschluss vom 15. Mai 2009 - [L 8 SO 51/09 B ER](#) - juris). Denn die PKV ist nicht verpflichtet, Personen zu versichern, die in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind ([§ 193 Abs. 5 Nr. 2](#) Gesetz über den Versicherungsvertrag, § 12 Abs. 1b Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen - Versicherungsaufsichtsgesetz). Soweit der Antragstellerin dieses Argument von den Unternehmen der PKV entgegen gehalten wird, müsste sie eine Klärung der Vertragsabschlusspflicht im Rahmen eines zivilrechtlichen Verfahrens herbeiführen.

Unabhängig vom Vorliegen eines Anordnungsgrundes ist der Antrag auf einstweilige Anordnung aber jedenfalls unbegründet, da ein Anordnungsanspruch nicht vorliegt.

Zunächst ist festzustellen, dass die Antragstellerin aufgrund ihres Beschäftigungsverhältnisses nicht gemäß [§ 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) pflichtversichert ist. Denn gemäß [§ 6 Abs. 3a Satz 1 SGB V](#) sind Personen, die nach Vollendung des 55. Lebensjahres versicherungspflichtig werden, versicherungsfrei, wenn sie in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Versicherungspflicht nicht gesetzlich versichert waren. Diese Vorschrift soll dem Schutz der Solidargemeinschaft dienen. Versicherungsfreie Personen, die sich frühzeitig für eine Absicherung in der PKV entschieden haben, sollen diesem System auch im Alter angehören ([BT-Drucks. 14/1245 S. 59](#)).

Die Voraussetzungen von [§ 6 Abs. 3a Satz 1 SGB V](#) liegen bei der Antragstellerin vor. Insbesondere ist die C. keine gesetzliche Krankenversicherung (vgl. [BT-Drucks. 16/4247 S. 56](#); SG Kassel, Urteil vom 9. Januar 2008 - [S 12 KR 391/07](#) - juris - mwN; für die Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten s. Bayerisches LSG, Beschluss vom 21. August 2007 - [L 4 B 656/07 KR ER](#) - juris; SG Oldenburg, Urteil vom 1. April 2009 - [S 6 KR 64/09](#) - juris - Revision beim BSG anhängig: [B 12 KR 11/09 R](#)). Auch die Voraussetzungen gemäß [§ 6 Abs. 3a S. 2 SGB V](#) sind gegeben. Zwar war die Antragstellerin selbst nicht versicherungsfrei. Diese Voraussetzung ist gemäß [§ 6 Abs. 3a S. 3 SGB V](#) jedoch auch erfüllt, wenn der Ehegatte in der entsprechenden Zeit versicherungsfrei war (vgl. Baier in: Krauskopf, in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung - Pflegeversicherung, [§ 6 SGB V](#) Rn. 55).

Wie das Sozialgericht zutreffend ausgeführt hat, ist die Antragstellerin auch nicht gemäß [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) versicherungspflichtig.

Die Antragstellerin war zuletzt - wie bereits ausgeführt - nicht gesetzlich krankenversichert. Damit scheidet die Variante des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 a\) SGB V](#) unstreitig aus, ohne dass darüber zu entscheiden wäre, ob die C. eine private Krankenversicherung darstellt.

Die Antragstellerin kann sich zudem nicht auf [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 b\) SGB V](#) berufen. Denn sie war bisher bereits wiederholt bei der Antragsgegnerin gesetzlich krankenversichert. [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 b\) SGB V](#) setzt nicht voraus, dass die Person "unmittelbar zuvor" oder "in letzter Zeit" gesetzlich oder privat krankenversichert war. Vielmehr muss sie "bisher zu keinem Zeitpunkt" gesetzlich oder privat krankenversichert gewesen sein (so auch Baier in: Krauskopf, a.a.O., [§ 5 SGB V](#), Rn. 81; Peters in: Kasseler Kommentar, [§ 5 SGB V](#), Rn. 167; SG Oldenburg, a.a.O.; Felix in: jurisPK-SGB V § 5 Rn. 90).

Etwas anderes folgt auch nicht aus der Gesetzesbegründung ([BT-Drucks. 16/3100 S. 94](#)). Darin wird zwischen den beiden Varianten des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) unterschieden und ausdrücklich formuliert: "zuletzt gesetzlich krankenversichert" bzw. "bisher nicht in Deutschland gesetzlich oder privat krankenversichert". Erst in dem letzten Absatz der entsprechenden Gesetzesbegründung heißt es: "Personen, die nicht zuletzt gesetzlich oder privat krankenversichert gewesen sind". Hieraus folgt nicht, dass nach Auffassung des Gesetzgebers die Begriffe "zuletzt" und "bisher" austauschbar bzw. gleichbedeutend sind.

Der Gesetzgeber wollte mit [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) nur diejenigen erfassen, die "ihrem Status nach" der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen sind ([BT-Drucks. 16/3100 S. 94](#)), so dass hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige oder Beamte keinen Zugang zur Versicherungspflicht in der GKV haben. Diese Personen werden vielmehr der privaten Krankenversicherung zugeordnet (vgl. Felix in: jurisPK-SGB V § 5 Rn. 90). Eine anderweitige Regelung für die Ehegatten dieser Personen hat der Gesetzgeber nicht getroffen.

Dass Personen wie die Antragstellerin, die zunächst pflichtversichert in der Krankenversicherung waren, dann als Familienmitglied bei der C. - bzw. Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten - bis zur Scheidung versichert waren und anschließend wieder einer abhängigen Beschäftigung nachgehen, aus dem Kreis der Pflichtversicherten ausgeschlossen werden, resultiert im Übrigen weniger aus [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) als vielmehr aus [§ 6 Abs. 3a SGB V](#). Diese Vorschrift dient - wie ausgeführt - dem Schutz der Solidargemeinschaft der gesetzlich Krankenversicherten. Daher sollen versicherungsfreie Personen, die sich frühzeitig für eine Absicherung in der PKV entschieden haben,

diesem System auch im Alter angehören.

Für die Antragstellerin hat aufgrund der früheren Pflichtversicherung gemäß [§ 9 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) durchaus die Möglichkeit der freiwilligen Versicherung bei der Antragsgegnerin bestanden. Einen entsprechenden Beitritt gemäß [§ 9 Abs. 2 SGB V](#) hat sie jedoch nicht innerhalb der entsprechenden Frist angezeigt. Damit hat sie sich gegen einen Verbleib in der gesetzlichen Krankenkasse entschieden. Sie hat die Solidargemeinschaft der gesetzlich Krankenversicherten verlassen und für sich eine andere Versicherung gewählt.

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

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2010-03-08