

L 5 B 376/06 KR ER

Land

Schleswig-Holstein

Sozialgericht

Schleswig-Holsteinisches LSG

Sachgebiet

Sonstige Angelegenheiten

Abteilung

5

1. Instanz

SG Schleswig (SHS)

Aktenzeichen

S 8 KR 13/06 ER

Datum

11.08.2006

2. Instanz

Schleswig-Holsteinisches LSG

Aktenzeichen

L 5 B 376/06 KR ER

Datum

19.09.2006

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Beschluss

Auf die Beschwerde wird der Beschluss des Sozialgerichts Schleswig vom 11. August 2006 aufgehoben. Der Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung wird abgelehnt. Die Kosten für beide Instanzen trägt die Beigeladene.

Gründe:

I.

Die Antragstellerin begehrt im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes die Aufnahme in die gesetzliche Krankenversicherung als freiwillig Versicherte und Gewährung entsprechender Leistungen der Krankenversicherung.

Die 1963 geborene Antragstellerin bezog vom 1. Januar 2005 bis 31. April 2006 Leistungen nach dem Zweiten Buch des Sozialgesetzbuches (SGB II) vom Jobcenter Kiel und war während dieses Zeitraums bei der Antragsgegnerin pflichtversichert. Die Aufhebung der Leistungen nach dem SGB II erfolgte durch Bescheid des Jobcenters Kiel vom 3. April 2006 mit Wirkung vom 1. Mai 2006. Zur Begründung war der Wegfall der Erwerbsfähigkeit angegeben. Auf Grund ihres Antrags vom 29. März 2006 gewährte die Beigeladene der Antragstellerin mit Bescheid vom 12. April 2006 laufende Leistungen nach dem Zwölften Sozialgesetzbuch (SGB XII) - Drittes Kapitel (Hilfe zum Lebensunterhalt) -. Mit Schreiben vom 11. April 2006 hatte die Beigeladene die Antragsgegnerin um Übersendung eines Antrags auf freiwillige Weiterversicherung gebeten, da die Antragstellerin aus gesundheitlichen Gründen selbst nicht in der Lage sei, den Antrag persönlich zu stellen. Die Antragsgegnerin nahm Ermittlungen insbesondere zu der Frage auf, ob, und wenn ja ab wann Erwerbsfähigkeit bei der Antragstellerin vorlag. Von der Beigeladenen erhielt sie Anfang Mai 2006 den von der Antragstellerin unterschriebenen Antrag auf freiwillige Mitgliedschaft. Mit Schreiben vom 23. Mai 2006 erklärte sich die Beigeladene der Antragsgegnerin gegenüber bereit, Beiträge zur freiwilligen Krankenversicherung ab Mai 2006 zu übernehmen. Mit Schreiben vom 17. Juli 2006 wies die Beigeladene die Antragstellerin darauf hin, dass die Antragsgegnerin immer noch nicht über den Antrag auf freiwillige Krankenversicherung entschieden habe. Da sie zur Zeit ohne Krankenversicherungsschutz sei, werde sie gebeten, bei Gericht im Wege der einstweiligen Anordnung zu erwirken, dass die Antragsgegnerin sie vorläufig bis zur bestandskräftigen Entscheidung über eine freiwillige Versicherung als freiwillig Versicherte führe und Leistungen der Krankenversicherung gewähre. Sie solle ihr Tätigwerden bis zum 26. Juli 2006 nachweisen und sie über den aktuellen Sachstand informieren.

Am 31. Juli 2006 hat die Antragstellerin beim Sozialgericht Schleswig die vorläufige Aufnahme als freiwilliges Mitglied und die Gewährung von Leistungen der Krankenversicherung im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes beantragt. Sie hat zur Begründung auf das Schreiben der Beigeladenen vom 17. Juli 2006 hingewiesen und darauf, dass sie auf Grund ihres Gesundheitszustandes dringend auf Krankenversicherungsleistungen angewiesen sei. Sie sei nämlich gezwungen, erneut eine psychotherapeutische Behandlung zu beginnen, da sie unter schweren Depressionen leide. Des Weiteren habe sie schwere chronische Schmerzen auf Grund eines Knochenleidens. Ein Anordnungsanspruch bestehe. Sie habe nämlich die für die freiwillige Versicherung notwendige Vorversicherungszeit durch den Bezug der Leistungen nach dem SGB II erlangt.

Die Antragsgegnerin hat vorgetragen, dem Anordnungsanspruch stehe entgegen, dass nach der Neufassung des § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) ein Anspruch auf freiwillige Versicherung nicht bestehe, wenn Leistungen nach dem SGB II zu Unrecht bezogen worden seien. Für sie, die Antragsgegnerin, sei nicht erkennbar, seit wann mangelnde Erwerbsfähigkeit vorliege und für welchen Zeitraum daher Leistungen nach dem SGB II zu Unrecht bezogen worden seien. Das medizinische Gutachten habe sie immer noch nicht einsehen können. Das Jobcenter Kiel habe telefonisch mitgeteilt, dass es sich um die Übersendung des Gutachtens kümmern werde, sobald die Antragstellerin ihr Einverständnis dazu erklärt habe. Da die Antragstellerin angegeben habe, unter schweren Depressionen zu leiden, sei

von einer längerfristigen Erwerbsunfähigkeit auch in der Vergangenheit auszugehen. Auch das Sozialgericht Lübeck habe in seinem Beschluss vom 10. April 2006 bestätigt, dass es unerheblich sei, für welchen Zeitraum Leistungen nach dem SGB II gezahlt worden seien. Entscheidend sei die rechtmäßige Zahlung dieser Leistung. Darüber hinaus fehle es an einem Anordnungsgrund, weil die Antragstellerin seit Mai 2006 Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII erhalte und der Versicherungsschutz somit über die Bestimmung des [§ 264 SGB V](#) sichergestellt sei.

Das Sozialgericht hat mit Beschluss vom 11. August 2006 die Antragsgegnerin im Wege der einstweiligen Anordnung verpflichtet, die Antragstellerin bis zur bestandskräftigen Entscheidung über eine freiwillige Versicherung ab 31. Juli 2006 als freiwillige Versicherte zu führen und ihr Leistungen der Krankenversicherung zu gewähren. Zur Begründung hat es ausgeführt, dass entgegen der Entscheidung des Sozialgerichts Lübeck der Gesetzgeber den Krankenkassen kein eigenes Prüfrecht hinsichtlich der Erwerbsfähigkeit in die Hand gegeben habe. Der Entscheidung des zuständigen SGB II-Trägers komme vielmehr Tatbestands- bzw. Legalisierungswirkung zu, so dass andere Behörden die rechtliche Existenz des entsprechenden Verwaltungsaktes als maßgeblich akzeptieren müssten. Danach könne nicht davon ausgegangen werden, dass die Antragstellerin die Leistungen zu Unrecht bezogen habe. Unter Berücksichtigung der Erfolgsaussicht im Hauptsacheverfahren habe das Gericht an den Anordnungsgrund bzw. die drohenden Nachteile, die eine vorläufige Regelung erforderlich machten, entsprechend geringere Anforderungen zu stellen. Insoweit habe die Antragstellerin glaubhaft gemacht, akut behandlungsbedürftig zu sein und unter Berücksichtigung der Erfolgsaussichten der Klage sei es nicht zumutbar, sie auf den gegebenenfalls bestehenden Anspruch gemäß [§ 264 Abs. 2 SGB V](#) bzw. nach [§ 48 SGB XII](#) auf Übernahme der Krankenbehandlung zu verweisen. Die Interessen der Antragsgegnerin seien angemessen auf Grund der entsprechenden Beitragsleistungen gewahrt.

Gegen den ihr am 15. August 2006 zugestellten Beschluss richtet sich die Beschwerde der Antragstellerin, eingegangen beim Sozialgericht Schleswig am 21. August 2006. Darin wiederholt die Antragsgegnerin im Wesentlichen ihr bisheriges Vorbringen. Das Sozialgericht hat der Beschwerde nicht abgeholfen und sie dem Schleswig-Holsteinischen Landessozialgericht zur Entscheidung vorgelegt. Der Senat hat die Landeshauptstadt Kiel zum Verfahren beigelegt und bei den Beteiligten mit Verfügung vom 31. August 2006 angefragt, ob sie mit einer vergleichweisen Beendigung des Verfahrens des vorläufigen Rechtsschutzes dergestalt einverstanden seien, dass die Krankenversicherung zunächst über [§ 264 Abs. 2, 7 SGB V](#) erfolge, wobei die Entscheidung, ob die Antragstellerin freiwilliges Mitglied der Antragsgegnerin sei, von diesem Verfahren unberührt bleibe. Die Antragstellerin und die Antragsgegnerin haben sich mit dieser Vorgehensweise einverstanden erklärt. Die Beigeladene hat eine solche vergleichsweise Erledigung abgelehnt und zur Begründung ausgeführt, dass im Falle der Erledigung des anhängigen Verfahrens durch den vorgeschlagenen Vergleich die Beigeladene keine Möglichkeit hätte, den Status der Antragstellerin im Krankenversicherungsverhältnis einer rechtlichen Prüfung im Hauptsacheverfahren zuzuführen. Betriebe die Antragstellerin das Hauptsacheverfahren nicht, bliebe es dauerhaft bei der Feststellung, dass die Antragstellerin nicht versichert sei. Die Hauptsacheentscheidung wäre zu Lasten der Beigeladenen vorweggenommen. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) seien Entscheidungen über die Versicherteneigenschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung nämlich Statusentscheidungen, die nur gegenüber den am Versicherungsverhältnis Beteiligten ergehen könnten. Auch im Wege der Feststellungsklage hätte die Beigeladene nicht die Möglichkeit, die Statusentscheidung herbeizuführen. Würde der Antragstellerin nicht zugemutet, das Statusverfahren jetzt fristgerecht zu betreiben, müsste die Beigeladene vermutlich für alle Zukunft Krankenhilfeleistungen erbringen und die Antragsgegnerin wäre von ihrer Leistungspflicht auf Kosten der Beigeladenen befreit. Im Übrigen treffe auch die Rechtsauffassung der Antragstellerin zu, nach der es gemäß [§ 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V](#) nur auf den Bezug der Leistungen nach dem SGB II für die Voraussetzungen der freiwilligen Versicherung im Rahmen des [§ 9 Abs. 1 SGB V](#) ankomme. Die Entscheidung, ob der Bezug von Leistungen nach dem SGB II wegen fehlender Erwerbsfähigkeit zu Unrecht erfolgt sei, obliege nicht der Antragsgegnerin. Das folge auch aus [§ 44a SGB II](#), wonach die Agentur für Arbeit feststelle, ob der Arbeitsuchende erwerbsfähig sei. Ein Anordnungsgrund könne auch nicht im Hinblick auf [§ 264 SGB V](#) verneint werden. Denn dieser Anspruch auf Krankenbehandlung sei mit der Verpflichtung der Beigeladenen nach Abs. 7 der Vorschrift verbunden, der Antragsgegnerin die hieraus entstehenden Kosten zu erstatten. Das sei nicht vereinbar mit dem Nachrang der Sozialhilfe. Außerdem setze dieser Anspruch voraus, dass der Betroffene nicht krankenversichert sei. Eine solche negative Statusentscheidung könne aber von den Verfahrensbeteiligten dieses Eilverfahrens nicht fingiert werden. Zudem sei die Antragsgegnerin nach Auffassung der Beigeladenen gemäß [§ 43 SGB I](#) als zuerst angegangener Leistungsträger zumindest zur Erbringung von vorläufigen Leistungen verpflichtet.

II.

Die form- und fristgerecht eingelegte Beschwerde der Antragsgegnerin ist zulässig und begründet. Der Senat teilt nicht die Auffassung des Sozialgerichts, die Voraussetzungen für den Erlass einer Regulationsanordnung im Sinne des [§ 86b Abs. 2 Satz 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) seien erfüllt. Eine solche kann nur dann beansprucht werden, wenn sowohl ein Anordnungsgrund als auch ein Anordnungsanspruch glaubhaft gemacht worden ist ([§ 86b Abs. 2 Satz 4 SGG](#) in Verbindung mit [§ 920 Abs. 2](#) Zivilprozessordnung - ZPO -). Hier fehlt es bereits an der Glaubhaftmachung eines Anordnungsgrundes.

Ein solcher ist dann anzunehmen, wenn es der Antragstellerin unter Berücksichtigung ihrer Interessen nicht zugemutet werden kann, den Abschluss des Hauptsacheverfahrens abzuwarten. Das vermag der Senat für die Antragstellerin nicht zu erkennen. Insbesondere fehlt es an der für die Bejahung einer Eilbedürftigkeit erforderlichen Notwendigkeit der Abwendung wesentlicher Nachteile. Zutreffend verweist die Antragsgegnerin nämlich auf den Versicherungsschutz nach [§ 264 Abs. 2 SGB V](#).

Nach Abs. 2 der Vorschrift wird nämlich die Krankenbehandlung von Empfängern von Leistungen nach dem 3. und 5. bis 9. Kapitel des SGB XII, die nicht versichert sind, von der Krankenkasse übernommen. Diese Vorschrift findet auf die Antragstellerin Anwendung.

Dabei verkennt der Senat allerdings nicht, dass die negative Voraussetzung der fehlenden Krankenversicherung bei ihr zwischen den Beteiligten des Rechtsstreits gerade streitig ist, während die Antragsgegnerin ihre Bereitschaft erklärt hat, nach der noch notwendigen Meldung nach [§ 264 Abs. 3 SGB V](#) Krankenbehandlung zu übernehmen. Denn über das Bestehen oder Nichtbestehen der freiwilligen Versicherung streiten die Beteiligten gerade. Entgegen der Auffassung des Sozialgerichts hält der Senat die Rechtslage aber nicht für eindeutig und das Vorliegen der Voraussetzung einer freiwilligen Versicherung nicht für offensichtlich gegeben. Dies zeigt bereits die auch vom Sozialgericht zitierte Entscheidung des Sozialgerichts Lübeck vom 10. April 2006, in dem das Gericht auf den Sinn und Zweck der Regelung, wie er sich aus den Materialien ergibt, verweist. In diesen Materialien ([BT-Drucks. 16/245, S. 9](#)) hat der Gesetzgeber gerade auf den Fall des rechtswidrigen Bezuges von Arbeitslosengeld II wegen fehlender Erwerbsfähigkeit hingewiesen. Und auch der Wortlaut des [§ 9 Abs. 1 Nr. 1](#) letzter Halbsatz SGB V spricht nicht zwingend für die Auffassung der Antragstellerin und des Sozialgerichts, da dort nur auf den

unrechtmäßigen Bezug von Arbeitslosengeld II abgestellt wird, nicht aber geregelt ist, wer diese Feststellung verbindlich trifft. Aus diesem Grund ergibt die im vorläufigen Rechtsschutz gebotene summarische Prüfung auch keine Wahrscheinlichkeit für die von der Antragstellerin vertretenen Auffassung mit der weiteren Folge, dass auch der Anordnungsanspruch nicht glaubhaft gemacht worden ist.

In dieser Situation vermag der Senat die Bitte der Beigeladenen an die Antragstellerin nicht nachzuvollziehen, im Wege des vorläufigen Rechtsschutzes die Feststellung der freiwilligen Mitgliedschaft bei der Antragsgegnerin zu erwirken und der Bitte durch den eingeforderten Nachweis des Tätigwerdens Nachdruck zu verleihen. Die Beigeladene erkennt den Sinn und Zweck, dem der vorläufige Rechtsschutz dient. Er ist Folge des in [Art. 19 Abs. 4 Satz 1](#) Grundgesetz niedergelegten Grundrechts auf effektiven Rechtsschutz. Er fordert dann eine Eilentscheidung, wenn diese zur Sicherung des Hauptsacherechtsschutzes geboten ist, weil ohne eine Eilentscheidung dem Betroffenen schwere und unzumutbare, anders nicht abwendbare Nachteile entstünden (vgl. Finkelnburg/Jahnk, vorläufiger Rechtsschutz im Verwaltungsstreitverfahren, 4. Aufl. Rz. 6 m. w. N.). Er dient nicht dem Rechtsschutz einer nicht unmittelbar am Verfahren beteiligten Behörde - hier der Beigeladenen -, die mit diesem Instrumentarium eigene Interessen durchzusetzen versucht (vgl. zu dem ohnehin eingeschränkten Rechtsschutz öffentlich-rechtlicher Körperschaften im Wege des vorläufigen Rechtsschutzes den Beschluss des erkennenden Senats vom 31. August 2005 - [L 5 B 210/05 KR ER](#)), die wiederum, worauf die Beigeladene selbst unter Bezugnahme auf die Rechtsprechung des BSG hinweist, im Gesetz keine Grundlage haben. Die Beigeladene erkennt, dass es hier allein um die Interessen der Antragstellerin auf Krankenversicherungsleistungen geht.

Die weiteren Argumente der Beigeladenen stehen dem Anspruch der Antragstellerin aus [§ 264 SGB V](#) ebenfalls nicht entgegen. Zwar bestimmt [§ 2 SGB XII](#) den Nachrang der Sozialhilfe. Dieses Argument erkennt jedoch, dass es vorliegend nicht um einen Anspruch der Antragstellerin auf Leistungen nach dem SGB XII, hier der Krankenhilfe nach [§ 48 SGB XII](#), geht, sondern um einen eigenständigen Anspruch nach dem SGB V gemäß [§ 264 Abs. 2](#). Und der Hinweis auf [§ 43](#) des Ersten Sozialgesetzbuches (SGB I) geht deshalb fehl, weil die Antragstellerin ausweislich der Akten sich zunächst an die Beigeladene mit dem Antrag auf Leistungen der Sozialhilfe gewandt hat und die Beigeladene daraufhin erst die Antragstellung bei der Antragsgegnerin erwirkt hat. Zudem hat die Antragstellerin keine vorläufigen Leistungen gemäß [§ 43 SGB I](#) bei der Antragsgegnerin beantragt.

Nach alledem ist der Antrag auf Feststellung der freiwilligen Mitgliedschaft im vorläufigen Rechtsschutz abzulehnen und der Beschwerde der Antragsgegnerin stattzugeben.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#). Danach hat das Gericht über die Kostenentscheidung nach Ermessen zu entscheiden und hierbei alle Umstände des Einzelfalles zu berücksichtigen. Das SGG stellt dabei nicht auf das Prinzip ab, dass sich die Kostenentscheidung allein am Ausgang des Rechtsstreits orientiert. Zwar ist es billig, dass derjenige die Kosten trägt, der im Rechtsstreit unterliegt oder - im Falle einer vorherigen anderweitigen Beendigung des Rechtsstreits - unterlegen wäre. Jedoch ist im Rahmen des sozialgerichtlichen Verfahrens sehr wesentlich auf das Veranlassungsprinzip abzustellen (vgl. Beschluss des Senats vom 10. Mai 2001 - [L 6 B 6/01 KA](#)). Insbesondere kommt hierbei der Gesichtspunkt des [§ 93 ZPO](#) zum Tragen, der darauf abstellt, ob ein Verfahrensbeteiligter unnötige Kosten verursacht hat. Die für und wider eine Kostenerstattungspflicht sprechenden Gesichtspunkte sind gegeneinander abzuwägen. Kostenschuldner kann jeder Beteiligte, also auch ein Beigeladener sein (Leitherer in Meyer-Ladewig, SGG, [§ 193 Rz. 11a](#)).

Nach dem bisherigen Sach- und Streitstand und unter Berücksichtigung des gesamten Verfahrensverlaufs kommt der Senat zu der Überzeugung, dass es ermessensgerecht ist, der Beigeladenen die außergerichtlichen Kosten der Antragstellerin aufzuerlegen. Sie hat die Antragstellerin in ihrem Schreiben vom 17. Juli 2006 ausdrücklich gebeten, bei Gericht die begehrte Anordnung zu erwirken. Sie hat dieser Bitte auch Nachdruck verliehen, indem sie um einen Nachweis des Tätigwerdens unter Fristsetzung bat. Sie hat die Antragstellerin weder auf die Möglichkeit der Krankenhilfe noch auf die Möglichkeit nach [§ 264 Abs. 2 SGB V](#) hingewiesen. Damit hat sie Anlass für die Durchführung des Gerichtsverfahrens gegeben, obwohl aus dem oben Genannten ein Anspruch auf Erlass der begehrten einstweiligen Anordnung nicht besteht. Überdies ist sie mit ihrer Rechtsauffassung, wie im Schriftsatz vom 7. September 2006 dargestellt, unterlegen, so dass es auch nach dem Erfolgsprinzip angemessen ist, sie an den Kosten zu beteiligen.

Gegen diesen Beschluss ist eine weitere Beschwerde nicht zulässig ([§ 177 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

SHS

Saved

2006-09-26