

## L 5 B 52/07 KR ER

Land  
Freistaat Bayern  
Sozialgericht  
Bayerisches LSG  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
5  
1. Instanz  
SG München (FSB)  
Aktenzeichen  
S 3 KR 1369/06 ER  
Datum  
01.12.2006  
2. Instanz  
Bayerisches LSG  
Aktenzeichen  
L 5 B 52/07 KR ER  
Datum  
19.03.2007  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Beschluss

I. Die Beschwerde der Antragstellerin gegen den Beschluss des Sozialgerichts München vom 01.12.2006 wird zurückgewiesen.  
II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Streitig ist, ob die Antragstellerin berechtigt ist, der Antragsgegnerin als freiwillig Versicherte beizutreten.

Die 1945 geborene Antragstellerin übte den Beruf der Immobilienkauffrau aus und war von 1987 bis 12.01.2005 nicht Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung. Ab 13.01.2005 bezog sie Leistungen nach dem SGB II, zunächst aufgrund Bewilligung des Leistungsträgers S. sowie wegen umzugsbedingten Zuständigkeitswechsels ab 17.06.2005 aufgrund Bewilligung der Arbeitsgemeinschaft für Arbeit und Soziales im Landkreis N. (Bescheide vom 02.08. und 16.12.2005) und der Arbeitsgemeinschaft des Landkreises K. ab 01.02.2006 (Bescheid vom 10.04.2006). Aufgrund des Leistungsbezuges bestand Pflichtversicherung bei der Antragsgegnerin.

Mit Bescheid vom 19.06.2006/Widerspruchsbescheid vom 25.07.2006 hob die Arbeitsgemeinschaft des Landkreises K. die Bewilligung mit Wirkung ab 01.05.2006 wegen nicht mitgeteilten Umzuges auf. Eine dagegen gerichtete Klage ist erfolglos geblieben (Gerichtsbescheid Sozialgericht München [S 50 AS 1344/06](#) vom 10.11.2006). Dagegen ist Berufung anhängig (Bayer. Landessozialgericht L 7 AS 20/07). Die Arbeitsgemeinschaft für Arbeit und Soziales im Landkreis N. hob die Leistungsbewilligung rückwirkend mit Bescheid vom 26.06.2006/Widerspruchsbescheid vom 12.07.2006 auf mit der Begründung, die Klägerin habe zu Unrecht die Leistungen erhalten, weil sie über den Freibetrag von EUR 31.950,00 hinausgehendes Vermögen verschwiegen hatte. Dagegen ist Klage vor dem Sozialgericht München anhängig (S 22 AS 1253/06).

Seit 01.02.2007 bezieht sie nach ihren Angaben eine gesetzliche Rente.

Weil die Antragstellerin mangels Leistungsbezugs nicht mehr krankenversichert war, beantragte sie am 22.08.2006, der Antragsgegnerin als freiwillig Versicherte beizutreten. Dies lehnte die Antragsgegnerin mit Bescheid vom 25.08.2006/Widerspruchsbescheid vom 18.10.2006 mit der Begründung ab, die Antragstellerin sei zur freiwilligen Versicherung nicht berechtigt, weil sie die notwendigen Vorversicherungszeiten nicht erfülle. Die Zeiten des Leistungsbezuges seien - mit Ausnahme der Zeit vom 01.02. bis 30.04.2006 - wegen nachträglicher Aufhebung der Bewilligung nicht zu berücksichtigen.

Einen dagegen erhobenen Antrag der Antragstellerin, ihr im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes den Zugang zur freiwilligen Versicherung zu gewähren, hat das Sozialgericht München mit Beschluss vom 1. Dezember 2006 abgelehnt. Es könne dahinstehen, ob die Leistungsbewilligungen zu Recht aufgehoben worden seien, weil eine Eilbedürftigkeit der begehrten Regelung nicht erkennbar sei. Die Antragstellerin könne Krankenversicherungsschutz von dem Unternehmen der privaten Krankenversicherung beanspruchen, bei welchem sie bis 12.01.2005 versichert gewesen sei.

Dagegen hat die Antragstellerin Beschwerde eingelegt, weil sie dringend zum Arzt müsse.

Die Antragstellerin beantragt sinngemäß, die Antragsgegnerin einstweilen zu verpflichten, sie als freiwilliges Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung aufzunehmen.

Die Antragsgegnerin hält die Entscheidung des Sozialgerichts für zutreffend und beantragt, die Beschwerde zurückzuweisen.

II.

Die form- und fristgerecht eingelegte Beschwerde, der das Sozialgericht nicht abgeholfen hat, ist zulässig (§§ 172 ff. SGG), jedoch nicht begründet. Im Ergebnis zu Recht hat das Sozialgericht einen Anspruch auf vorläufigen Beitritt zur freiwilligen Krankenversicherung gemäß § 9 Abs.1 Satz 1 Nr.1 SGB V verneint.

Gemäß § 86b Abs.2 SGG kann das Gericht der Hauptsache auf Antrag eine einstweilige Anordnung in Bezug auf den Streitgegenstand treffen, falls 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 auch zur Regelung eines vorläufigen Zustandes in Bezug auf ein streitiges Rechtsverhältnis zulässig, falls eine solche Regelung zur Abwendung wesentlicher Nachteile nötig erscheint (Regelungsanordnung).

Vorliegend braucht nicht näher erörtert zu werden, ob das Antragsbegehren im Wege der Sicherungsanordnung (Fortbestand des Krankenversicherungsschutzes als gesetzlich Versicherte infolge Leistungsbezugs) oder als Regelungsanordnung (Zulassung zur freiwilligen Versicherung aufgrund Antrags vom 22.08.2006) zu qualifizieren ist. Denn der nötige materielle Anordnungsanspruch, die vorläufige Berechtigung der Antragstellerin zur Krankenversicherung, ist weder hinreichend glaubhaft gemacht noch sonst ersichtlich.

Die im Eilverfahren gebotene summarische Überprüfung der Sachlage und die Beurteilung der Rechtslage ergibt, dass die Antragstellerin zur gesetzlichen Krankenversicherung weder als Pflicht-/noch als freiwilliges Mitglied zuzulassen ist.

Die gesetzliche Versicherung als Leistungsbezieherin nach § 5 Abs.1 Nr.2a SGB V setzte voraus, dass die Antragstellerin Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch bezöge. Dies ist nach der letzten Aufhebungsentscheidung der Arbeitsgemeinschaft des Landkreises K. mit Bescheid vom 19.06.2006/Widerspruchsbescheid vom 25.07.2006 nicht der Fall. Dass die Antragstellerin später einen neuen Antrag auf Leistungsgewährung gestellt hätte, ist nicht ersichtlich und von ihr auch nicht vorgetragen. Vielmehr ergibt sich aus deren Antrag zur freiwilligen Versicherung und der Mitteilung, sie beziehe ab 01.02.2007 eine gesetzliche Rente, welche die Bedürftigkeit als Voraussetzung für den Leistungsbezug nach dem SGB II entfallen lasse, dass die Antragstellerin einen neuen Antrag auf Arbeitslosengeld II weder gestellt hat noch mit Aussicht auf Erfolg stellen könnte.

Ein Anspruch auf Pflichtversicherung gemäß § 2 Abs.1 Nr.11 SGB V als Rentenantragstellerin dürfte deshalb nicht in Betracht kommen, weil die Antragstellerin die Versicherungsvoraussetzung, 90 % der zweiten Hälfte ihres Erwerbslebens Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung gewesen zu sein, nicht wird erfüllen können. Denn sie war von 1987 bis Anfang 2005 nicht gesetzlich krankenversichert.

Der Beitritt zur freiwilligen Krankenversicherung setzte nach § 9 Abs.1 Satz 1 Nr.1 SGB V voraus, dass die Antragstellerin in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden aus der gesetzlichen Krankenversicherung, hier also seit 2001, dort mindestens 24 Monate ununterbrochen versichert gewesen wäre. Alternativ bestünde der Zugang nur dann, falls die Antragstellerin unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens 12 Monate versichert gewesen wäre. Dabei ist ausdrücklich bestimmt, dass Zeiten des unrechtmäßigen Bezugs von Leistungen nach dem SGB II unberücksichtigt zu bleiben haben. Wie dargelegt, sind somit nur die Monate Februar bis April 2006 als Vorversicherungszeiten berücksichtigungsfähig. Weitere Vorversicherungszeiten dürften infolge Bewilligungsaufhebung gemäß § 48 SGB X nicht zu berücksichtigen sein.

Der Senat hat insoweit keine Bedenken, sich bei der Beurteilung der Sach- und Rechtslage an den Erfolgsaussichten der Hauptsache zu orientieren (vgl. BVerfG 5, 237, 242). Ein Ausnahmetatbestand, in welchem es um existenziell bedeutsame Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung für die Antragstellerin ginge, bei welcher die lediglich summarische Prüfung der Sach- und Rechtslage verwehrt wäre, ist nicht ersichtlich (vgl. BVerfG Beschluss vom 06.02.2007 m.w.N.). Denn es ist nicht ersichtlich, dass die Antragstellerin an einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung litte. Ebenso wenig ist ersichtlich, dass sie akut so schwer erkrankt sei, dass sie die erforderlichen medizinischen Leistungen nicht aus dem bei ihr vorhandenen Vermögen bestreiten könnte. Zudem wäre die Antragstellerin auch - wie vom Sozialgericht zutreffend ausgeführt - berechtigt, Aufnahme in die private Krankenversicherung zu beanspruchen. Und schließlich ist davon auszugehen, dass die Antragstellerin nach § 15 Abs.1 Nr.13 SGB V ab 01.04.2007 aufgrund der Neuregelungen durch das GKV-WSG (BT.Drs.16/4247) Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung erhalten wird.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Dieser Beschluss ist unanfechtbar (§ 177 SGG).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2007-05-25