

S 17 KR 248/07 ER

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Wiesbaden (HES)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
17
1. Instanz
SG Wiesbaden (HES)
Aktenzeichen
S 17 KR 248/07 ER
Datum
25.10.2007
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-

Kategorie
Beschluss
Leitsätze

1. Zum Beginn und Ende der Auffang-Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#).
2. Eine rückwirkende Bewilligung von Leistungen der Grundsicherung im Alter (SGB XII) zum 1. April 2007 steht einer Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) nicht entgegen, wenn am 1. April 2007 weder ein Antrag auf Leistungen nach dem SGB XII vorlag noch die zuständigen Behörde Kenntnis vom Bedarf hatte.
Die Antragsgegnerin wird im Wege der einstweiligen Anordnung verpflichtet, den Antragsteller bis zur bestands- bzw. rechtskräftigen Entscheidung über eine Pflichtversicherung ab 26. September 2007 als Versicherten nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) zu führen und ihm Leistungen der Krankenversicherung zu gewähren.

Im Übrigen wird der Antrag zurückgewiesen.

Die Antragsgegnerin hat die außergerichtlichen Kosten des Antragstellers zu erstatten.

Dem Antragsteller wird unter Beordnung von Rechtsanwältin S., L., Prozesskostenhilfe ohne Ratenzahlung für den ersten Rechtszug mit Wirkung ab 26. September 2007 bewilligt.

Gründe:

I.

Der 1936 geborene Antragsteller begehrt eine vorläufige Regelung hinsichtlich einer Pflichtversicherung auf der Grundlage der zum 1. April 2007 in Kraft getretenen Regelung des § 5 Abs. 1 Nr. 13 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) bei der Antragsgegnerin.

Der Antragsteller empfing ausweislich der vom Landkreis L. beigezogenen Akten zunächst bis zum 30. Juni 2006 Leistungen der Grundsicherung im Alter nach dem Sozialgesetzbuch, Zwölftes Buch - Sozialhilfe - (SGB XII). Am 12. April 2007 ging bei dem Kreisausschuss des Landkreises L. ein Antrag des Antragstellers auf Hilfe zum Lebensunterhalt ein (Bl. 182 der Verwaltungsakte des Landkreises L.). Nach einem dortigen Aktenvermerk habe er am gleichen Tage bei der Antragsgegnerin vorgesprochen, die ihn nicht aufnehmen wolle. Der Kreisausschuss des Landkreises L. ermittelte in der folgenden Zeit umfangreich zur Hilfebedürftigkeit.

Mit Formularangaben vom 7. April 2007, eingegangen im Beratungszentrum L. der Antragsgegnerin am 7. Mai 2007, zeigte der Antragsteller die Pflichtversicherung an. Im Formular erklärte er, am 1. April 2007 einen Antrag auf Grundsicherungsleistungen gestellt zu haben; er sei seit 31. Juli 1993 nicht mehr gesetzlich versichert gewesen. Bis zu diesem Datum habe er als Kunstschmied gearbeitet und sei bei der C. in L. versichert gewesen. Behandlungskosten habe er zuletzt selbst getragen. Hinsichtlich des weiteren Inhalts wird auf Bl. 1-3 der Verwaltungsakten der Antragsgegnerin verwiesen.

Mit Schreiben vom 9. Mai 2007 teilte die Antragsgegnerin dem Antragsteller mit, dass sie ihn nicht als Versicherten aufnehmen könne. Personen, die laufende Leistungen vom zuständigen Sozialhilfeträger erhielten, seien nicht versicherungspflichtig. Hinsichtlich des weiteren Inhalts des Schreibens wird auf Blatt 4 der Verwaltungsakte verwiesen.

Mit Schreiben vom 14. Mai 2007 teilte der Landkreis L. der Antragsgegnerin mit, dass der Antragsteller derzeit keine laufenden Leistungen

erhalte. Mit Schreiben vom 31. Mai 2007 wurde der Antragsgegnerin ergänzend mitgeteilt, dass ein Antrag auf Leistungen der Grundsicherung im Alter am 12. April 2007 eingegangen sei, eine Entscheidung sei aber bislang nicht erfolgt.

Am 28. Juni 2007 gewährte der Kreisausschuss des Landkreises L. Leistungen der Grundsicherung im Alter in Höhe von 319,93 EUR monatlich rückwirkend ab dem 1. April 2007. Hinsichtlich des weiteren Inhalts des Bescheides wird auf Blatt 12 der Verwaltungsakte der Antragsgegnerin Bezug genommen.

Nach einem Aktenvermerk eines Mitarbeiters des Landkreises L. geht der Grundsicherungsträger davon aus, dass eine Anmeldung nach [§ 264 SGB V](#) ausgeschlossen sei. Es bestünde eine Pflichtversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#), die der Antragsteller mit einem Eilantrag beim Sozialgericht durchzusetzen habe (Blatt 224 der Verwaltungsakte des Landkreises L.).

Mit Schreiben vom 30. August 2007 erhob der Antragsteller Widerspruch gegen die Ablehnung der Übernahme in die Kranken- und Pflegeversicherung der Antragsgegnerin. Der Antragsteller sei erst nach dem 1. April 2007 hilfebedürftig geworden, weswegen die vorher begründete Pflichtversicherung gemäß [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) fortbestehe.

Die Antragsgegnerin wies mit Schreiben vom 5. September 2007 darauf hin, dass gemäß [§ 5 Abs. 8a SGB V](#) Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches des Sozialgesetzbuches nicht versicherungspflichtig nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) seien.

Ausweislich eines Aktenvermerks vom 25. September 2007 (Bl. 269 der dortigen Verwaltungsakten) verweigerte der Kreisausschuss des Landkreises L. dem Antragsteller an diesem Tage die Ausstellung eines Krankenscheines, obwohl dieser angegeben habe, unbedingt zum Arzt gehen zu müssen.

Der vorliegende Eilantrag ist am 26. September 2007 bei dem Sozialgericht Wiesbaden eingegangen.

Der Antragsteller trägt vor, er sei in Anbetracht seines Alters auf eine Entscheidung im Eilverfahren angewiesen, da eine sofortige Regelung zur Abwendung wesentlicher Nachteile von Nöten sei. Er sei alleinstehend und es könne ihm im Krankheitsfalle nicht zugemutet werden, sich mit dem Sozialhilfeträger in Verbindung zu setzen, um den Krankenversicherungsschutz sicherzustellen. Die Sozialbehörde sei intern mittlerweile zur restriktiven Handhabung bei der Vergabe der Krankenscheine verpflichtet worden, da der Gesetzgeber mit der neuen gesetzlichen Regelung beabsichtigt habe, dass umfassender Krankenversicherungsschutz bestehen solle. Der Antragsteller ist der Rechtsauffassung, dass allein maßgeblich sei, dass der Antragsteller zum 1. April 2007 keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall gehabt habe und an diesem Tage auch kein Empfänger von Leistungen des Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitels des SGB XII gewesen sei. Diese Tatsachenlage sei nach [§ 186 Abs. 11 Satz 3 SGB V](#) für den Beginn der Mitgliedschaft allein maßgeblich.

Der Antragsteller beantragt, den Antragsgegner im Wege der einstweiligen Anordnung zu verpflichten, den Antragsteller zum 1. April 2007 in die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung aufzunehmen.

Die Antragsgegnerin beantragt, den Antrag zurückzuweisen.

Die Antragsgegnerin trägt vor, dass sich aus der rückwirkenden Bescheidung des Sozialhilfeträgers ergebe, dass eine anderweitige Absicherung ab dem 1. April 2007 bestanden habe. Diese Absicherung sei vorrangig, schon bei Antragstellung sei dies erkennbar gewesen. Der Antragsteller habe bereits am 7. April 2007 schriftlich erklärt, dass er ab 1. April 2007 Leistungen der Grundsicherung erhalte bzw. beantragt habe, wie aus dem Anzeigeformular hervorgehe.

Hinsichtlich des weiteren Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der vorliegenden Gerichtsakte, den Inhalt der von der Antragsgegnerin beigezogenen Verwaltungsvorgänge (ein Hefter - Blatt 1 bis 25) sowie der Verwaltungsakte des Landkreises L. (zwei Bände) Bezug genommen.

II.

Der Antrag ist nach Auslegung zulässig. Statthaft ist nach [§ 86b Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) allein der Antrag gerichtet auf eine vorläufige Behandlung als Pflichtversicherter. Eine endgültige Feststellung des Status des Versicherten ist im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes nicht möglich. Die Mitgliedschaft in der Pflegeversicherung kann nicht von der Antragsgegnerin, sondern allenfalls von der bei ihr errichteten Pflegekasse begehrt werden und ist kraft Gesetzes akzessorisch ausgestaltet. Insoweit hat der Antragstellerbevollmächtigte aber auf Nachfrage erklärt, dass kein eigenständiger Antrag gewollt sei (Bl. 18 der Gerichtsakte). Dem Antrag steht auch nicht die Bestandskraft eines feststellenden Verwaltungsaktes entgegen; der Widerspruch gegen die Feststellung vom 9. Mai 2007, dass der Antragsteller nicht der Versicherungspflicht unterliege, erfolgte fristgerecht, da das Schreiben nicht mit einer Rechtsbehelfsbelehrung versehen war.

Der Antrag ist im überwiegenden Umfange begründet.

Nach [§ 86 b Abs. 2 Satz 2 SGG](#) - der hier allein in Betracht kommt - kann das Gericht auf Antrag auch schon vor Klageerhebung eine einstweilige Anordnung zur Regelung eines vorläufigen Zustandes in Bezug auf ein streitiges Rechtsverhältnis treffen, wenn diese Regelung nötig erscheint, um wesentliche Nachteile abzuwenden. Die tatsächlichen Voraussetzungen des geltend gemachten Anspruchs bzw. des Rechtsverhältnisses und der Grund für eine notwendige vorläufige Regelung sind glaubhaft zu machen ([§ 920 Abs. 2](#) Zivilprozessordnung (ZPO) i. V. mit [§ 86 b Abs. 2 Satz 4 SGG](#)).

Der Antragsteller hat einen Anordnungsanspruch.

Die Antragsgegnerin ist passiv legitimiert. Für die Durchführung der geltend gemachten Mitgliedschaft nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13](#) Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) ist vorrangig die Krankenkasse bzw. deren Rechtsnachfolgerin

zuständig, bei der der Versicherungspflichtige zuletzt versichert war (§ 174 Abs. 5 SGB). Dies ist nach den unwidersprochen gebliebenen Angaben des Antragstellers die Antragsgegnerin.

Die Voraussetzungen für die Mitgliedschaft des Antragstellers nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) liegen vor. Nach dieser Vorschrift sind u. a. Personen versicherungspflichtig, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und zuletzt gesetzlich krankenversichert waren. Ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall ist der Anspruch auf Hilfe bei Krankheit nach [§§ 48ff. SGB XII](#) oder nach [§ 264 SGB V](#) (vgl. BT Drucks. 16/3100 S. 94; BSG, Urteil vom 13. Juni 2007, Az.: [B 12 KR 39/06](#) - Rn. 20). Es muss nach dem Wortlaut aber tatsächlich ein Anspruch bestehen, die abstrakte Möglichkeit, einen Anspruch zu erlangen, ist nicht hinreichend (vgl. die Beispiele bei Peters in: Kasseler Kommentar, § 5 Rn. 160-164).

Nach den gegenüber der Antragsgegnerin gemachten Angaben war der Antragsteller zuletzt im Jahre 1993 gesetzlich versichert; danach habe er Behandlungskosten selbst getragen.

Zwar sind diese Angaben insoweit anzuzweifeln, als der Antragsteller in den letzten Jahren zeitweilig Grundsicherungsleistungen nach dem SGB XII bezogen hatte; während dieser Zeiten dürfte er Krankenhilfe erhalten haben oder gemäß [§ 264 SGB V](#) von einer Krankenkasse betreut worden sein.

Im Zeitraum ab Inkrafttreten des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) zum 1. April 2007 bis zur Antragstellung am 12. April 2007 hatte der Antragsteller aber mangels Antragstellung bzw. Kenntnis der zuständigen Behörde ([§ 18 SGB XII](#)) keinen Anspruch auf Krankenhilfe nach dem Fünften Kapitel des SGB XII oder auf Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung nach [§ 264 SGB V](#).

Er konnte auch rückwirkend keinen Anspruch auf Leistungen der Krankenhilfe für diesen Zeitraum begründen, da Leistungen nach dem Fünften Kapitel des SGB XII nach allgemeinen sozialhilferechtlichen Grundsätzen ([§ 18 SGB XII](#)) erst einsetzen, wenn dem Träger der Sozialhilfe bekannt wird, dass die Voraussetzungen vorliegen. Die Spezialregelung des [§ 44 Abs. 1 Satz 2 SGB XII](#), die eine rückwirkende Bewilligung zum Ersten des Antragsmonats ermöglicht, gilt für die Krankenhilfe nicht (vgl. Rothkegel in: ders. (Hrsg.) Sozialhilferecht, Kapitel 5 Rn. 1-2). Das Erfordernis der Kenntnisnahme ist materielle Anspruchsvoraussetzung ([BVerwGE 66, 90](#) [93]; Rothkegel a. a. O. Rn. 3).

Mangels Anmeldung durch den Sozialhilfeträger fehlt es auch an einer Absicherung über [§ 264 SGB V](#).

Der Ausschlusstatbestand des [§ 5 Abs. 8a SGB V](#) ist vorliegend nicht erfüllt, da der Antragsteller zum maßgeblichen Zeitpunkt nicht Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches war. Am 1. April 2007 waren Leistungen nach dem Vierten Kapitel des SGB XII weder beantragt noch bewilligt noch ausgezahlt.

Es ist insoweit auf den Tag des möglichen Beginns einer Mitgliedschaft nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) abzustellen. Gemäß [§ 186 Abs. 11 SGB V](#) beginnt die Mitgliedschaft nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) für Personen, die am 1. April 2007 keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben, an diesem Tag ([§ 186 Abs. 11 Satz 3 SGB V](#)). Bei dieser Regelung handelt es sich um eine gesetzliche Festlegung des Beginns der Versicherungspflicht (Peters in: Kasseler Kommentar, 54 EL, § 186 Rn. 33). Nach der Begründung des Gesetzentwurfes ([BT-Drucks 16/3100, S. 158f.](#)) wird durch die gesetzliche Festlegung des Beginns der Versicherungspflicht verhindert, dass die Betroffenen selbst über den Beginn des Versicherungsschutzes entscheiden und ihn bis zu dem Zeitpunkt hinausschieben, in dem die anfallenden Krankheitskosten die zur gesetzlichen Krankenversicherung zu entrichtenden Beiträge übersteigen.

Der Antragsgegnerin kann nicht mit dem Einwand gefolgt werden, dass mit der Bewilligung von Grundsicherungsleistungen durch Bescheid vom 28. Juni 2007 rückwirkend zum 1. April 2007 nunmehr nachträglich der Ausschlusstatbestand des [§ 5 Abs. 8a SGB V](#) erfüllt wurde und dem Versicherungsbeginn entgegensteht.

Zwar weisen die gesetzlichen Regelungen des [§ 5 Abs. 8a SGB V](#) einerseits und [§ 186 Abs. 11 SGB V](#) andererseits eine erhebliche Unschärfe auf: Da nämlich einerseits beim Ausschlusstatbestand auf den Empfang von Leistungen nach dem Vierten Kapitel des SGB XII abgestellt wird, es andererseits aber beim maßgeblichen Zeitpunkt des 1. April 2007 auf die Absicherung im Krankheitsfall - hier: Leistungen nach dem Fünften Kapitel des SGB XII - ankommen soll, ist nicht eindeutig, wie mit dem vorliegenden Sonderfall umzugehen ist, bei dem am 1. April 2007 zwar mangels Möglichkeit der rückwirkenden Bewilligung von Leistungen nach dem Fünften Kapitel des SGB XII keine Absicherung im Krankheitsfall vorlag, indes durch die rückwirkende Bewilligung von Leistungen nach dem Vierten Kapitel des SGB XII ex post dem 1. April 2007 zuzurechnende Leistungen "empfangen" wurden.

Jedoch ist [§ 186 Abs. 11 Satz 3 SGB V](#) zugleich als Regelung über den Zeitpunkt der maßgeblichen Sach- und Rechtslage zur Prüfung aller Voraussetzungen des Beginns der Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) anzusehen. Welcher Zeitpunkt zur Beurteilung der Sach- und Rechtslage maßgeblich ist, ist eine Frage des materiellen Rechts. Der oben zitierte gesetzgeberische Wille spricht dafür, [§ 186 Abs. 11 SGB V](#) als Regelung über den Zeitpunkt der maßgeblichen Sach- und Rechtslage aufzufassen. Es sollte nämlich auch ausgeschlossen sein, dass der Betroffene nachträglich Umstände herbeiführt, die die Versicherungspflicht ex tunc entfallen lassen.

Der Wortlaut des [§ 5 Abs. 8a SGB V](#) ist offen für eine solche Auslegung, da auf den tatsächlichen Empfang von Leistungen nach dem Vierten Kapitel des SGB XII abzustellen ist (vgl. dazu SG Hamburg, Beschluss vom 21. August 2007, Az.: [S 8 KR 490/07 ER](#)), was sogar eher gegen eine nachträgliche rechtliche Zurechnung von rückwirkend gewährten Leistungen spricht. Dem Sinn und Zweck der Auffangregelung des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) entspricht ist diese Auslegung ebenfalls: Da eine rückwirkende Krankenhilfegewährung sozialhilferechtlich nicht möglich ist, entstünde ansonsten in Fällen der rückwirkenden Gewährung von Grundsicherungsleistungen nach [§ 44 Abs. 1 Satz 2 SGB XII](#) eine Versorgungslücke.

Zudem besteht die Versicherungspflicht kraft Gesetzes. Es bedarf daher für den Versicherungsbeginn keiner feststellenden Entscheidung der Krankenkasse zu einem späteren Zeitpunkt. Bei einer selbstvollziehenden Regelung des Beginns der Mitgliedschaft, die auf einen Stichtag abstellt, wäre es wegen des Selbstvollzuges systemwidrig, später eintretende Veränderungen zu berücksichtigen, selbst wenn sie auf den Stichtag zurückwirken. So kann wegen der kraft Gesetzes zum Stichtag eintretenden Rechtsfolgen auch die Tatbestandswirkung eines später erlassenen Verwaltungsaktes die zum Stichtag ermittelten Tatsachen nicht mehr entfallen lassen.

Dieses Auslegungsergebnis steht auch mit der gesetzgeberischen Intention im Einklang, nicht alle Sozialhilfeempfänger in die Pflichtmitgliedschaft zu überführen. Die hier zu entscheidende Rechtsfrage betrifft allein die wohl eher seltene Konstellation im Bereich der Grundsicherung im Alter, in dem Leistungen nach dem Vierten Kapitel gerade rückwirkend zum Stichtag gewährt wurden, ohne dass eine entsprechende Absicherung für den Krankheitsfall damit korrespondierte. Es bleibt daher bei dem Grundsatz, dass der laufende Sozialhilfebezug dem Entstehen der Versicherungspflicht entgegensteht.

Nach alledem begann die Mitgliedschaft des Antragstellers am 1. April 2007.

Die Pflichtmitgliedschaft besteht fort und ist nicht ab 28. Juni 2007 mit der Leistungsbewilligung entfallen. Bei Empfängern von Leistungen nach dem Vierten Kapitel des SGB XII endet die Mitgliedschaft gemäß [§ 190 Abs. 13 Satz 2 SGB V](#) nicht wegen eines zeitlich nach dem Beginn der Mitgliedschaft begründeten Anspruches auf Krankenhilfe nach [§§ 48ff. SGB XII](#) oder Betreuung nach [§ 264 SGB V](#).

Es besteht auch ein Anordnungsgrund.

Zwar überzeugen die Ausführungen des Antragstellers hinsichtlich der Unzumutbarkeit einer Antragstellung beim Kreisausschuss des Landkreises L. aus sich heraus nicht.

Jedoch kann aus dem zitierten Aktenvermerken in den Verwaltungsvorgängen des Landkreises L. geschlossen werden, dass der Landkreis L. auf seinem Rechtsstandpunkt beharren wird, dass Leistungen der Krankenhilfe nicht gewährt werden können, da der Antragsteller die Voraussetzungen für eine Pflichtmitgliedschaft bei der Antragsgegnerin erfüllt. Da der Landkreis L. auch trotz des entgegenstehenden Standpunktes der Antragsgegnerin offenbar Leistungen der Krankenhilfe verweigert und erkennbar auf den Antragsteller einwirkte, die Pflichtversicherung im Wege des hiesigen Eilverfahrens geltend zu machen, handelt es sich vorliegend um einen offenen negativen Kompetenzkonflikt, der nicht auf dem Rücken des Antragstellers ausgetragen werden darf. Ausweislich eines Aktenvermerks vom 25. September 2007 (Bl. 269 der dortigen Verwaltungsakten) verweigerte der Kreisausschuss des Landkreises L. dem Antragsteller die Ausstellung eines Krankenscheines, obwohl dieser angegeben habe, unbedingt zum Arzt gehen zu müssen.

Der Antragsteller kann auch unabhängig davon wegen des Nachrangs der Krankenhilfe bzw. Betreuung nach [§ 264 Abs. 2 SGB V](#) gegenüber Leistungen der GKV nicht von vornherein auf die Leistungen nach dem SGB XII verwiesen werden (vgl. LSG NRW, Beschl. v. 25. Februar 2002, Az.: [L 5 B 3/02 KR ER](#)).

Demgegenüber sind die Interessen der Antragsgegnerin durch die Beitragsleistung zu ihren Gunsten hinreichend gewahrt.

Da jedoch nur die Regelung zur Vermeidung eines gegenwärtig drohenden Nachteils erforderlich ist, war der Ausspruch in zeitlicher Hinsicht auf den Tag der Eilantragstellung zu begrenzen. Ferner ist die Wirkung der einstweiligen Anordnung begrenzt durch die Bestandskraft des Widerspruchsbescheides bzw. die Rechtskraft der Entscheidung eines etwaigen Hauptsacheverfahrens.

Die Kostenentscheidung beruht auf der entsprechenden Anwendung von [§ 193 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2008-04-24