

S 4 KR 31/07

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
SG Düsseldorf (NRW)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 4 KR 31/07
Datum
08.05.2007
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

1.) Unter Aufhebung des Bescheides vom 02.06.2006 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 20.10.2006 wird festgestellt, dass der Kläger ab dem 01.04.2006 zur freiwilligen Weiterversicherung bei der Beklagten berechtigt ist. 2.) Die Beklagte trägt die erstattungsfähigen außergerichtlichen Kosten des Klägers.

Tatbestand:

Streitig ist die freiwillige Weiterversicherung nach Entzug von Alg II-Leistungen.

Der am 00.00.1969 geborene Kläger war in dem Zeitraum vom 01.01.2000 bis 31.12.2004 nicht gesetzlich krankenversichert.

Ab dem 01.01.2005 bezog er Arbeitslosengeld II nach dem SGB II. Aufgrund dieser Bewilligung beantragte er bei der Beklagten die Mitgliedschaft nach [§ 5 Absatz 1 Nr. 2](#) a SGB V. Diese Mitgliedschaft bestand bis 31.03.2006.

In der Zwischenzeit war der Kläger mehrfach in stationärer Behandlung: So vom 29.03.2005 bis 06.04.2005 im B-Krankenhaus L wegen einer Depression und wieder vom 12.05. bis 17.06.2005. Nach dieser Behandlung wurde er arbeitsfähig entlassen. Nach der weiteren stationären Behandlung vom 04. bis 05.08.2005 wurde er arbeitsunfähig entlassen. Am 15.12.2005 bestätigte das B-Krankenhaus, dass der Kläger zurzeit in ambulanter Behandlung sich befände und eine Arbeitsfähigkeit von mindestens 3 Stunden nicht bestünde. Eine Besserung sei im nächsten Jahr nicht in Sicht.

In einem Gutachten des Gesundheitsamtes L vom 30.01.2006 wurde der Kläger als nicht erwerbsfähig für mindestens 3 Stunden täglich unter den üblichen Bedingungen des Arbeitsmarktes beurteilt.

Die ARGE L stellte mit Bescheid vom 21.02.2006 fest, dass Alg II zum 01.04.2006 eingestellt würde, da die Leistungsberechtigung nach dem SGB II wegen fehlender Erwerbsfähigkeit nicht mehr bestehe.

Am 06.04.2006 beantragte der Kläger bei der Beklagten die freiwillige Weiterversicherung. Mit Bescheid vom 02.06.2006 lehnte die Beklagte den Antrag auf freiwillige Weiterversicherung ab. Der Kläger sei zur freiwilligen Weiterversicherung nach [§ 9 SGB V](#) nicht berechtigt, da die erforderlichen Vorversicherungszeiten fehlten.

Den vom Kläger am 26.06.2006 gestellten Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung zwecks Weiterversicherung bewertete die Beklagte als Widerspruch gegen den Bescheid vom 02.06.2006. Die Widerspruchsstelle der Beklagten wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 20.10.2006 als unbegründet zurück. Alg II sei zu Unrecht bezogen worden. Die Kasse sei zur Prüfung berechtigt, ob der Bezug von Alg II rechtmäßig oder rechtswidrig gewesen sei. Für die Frage, ob Alg II zu Unrecht bezogen worden wäre, käme es nach Auffassung der Beklagten nicht auf das formelle sondern auf das materielle Recht an. Nach der Stellungnahme des B-Krankenhauses sei der Kläger zumindest ab dem 16.05.2005 nicht mehr in der Lage gewesen, eine mindestens 3 stündige tägliche Erwerbstätigkeit auszuüben. Materiell rechtlich wäre somit Arbeitslosengeld II zumindest ab dem 16.05.2005 zu Unrecht gezahlt worden. Hieraus folge, dass die in [§ 9 Absatz 1 Nr. 1 SGB V](#) erwähnte Vorversicherungszeit von 12 Monaten nicht erfüllt sei.

Dagegen hat der Kläger am 17.11.2006 Klage vor dem Sozialgericht Düsseldorf erhoben. Der Beklagten hätte kein eigenständiges Recht zur Überprüfung zugestanden, ob Alg II zu Recht oder zu Unrecht bezogen worden wäre. Der zuständige Träger hätte Alg II erst mit Wirkung ab dem 01.04.2006 entzogen, so dass der Bezug dieser Leistung vom 01.01.2005 bis 31.03.2006 als Vorversicherungszeit angerechnet werden

müsse.

Der Kläger beantragt,

unter Aufhebung des Bescheides vom 02.06.2006 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 20.10.2006 festzustellen, dass er zur freiwilligen Weiterversicherung ab dem 01.04.2006 berechtigt ist.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte bezieht sich auf die Ausführungen im angefochtenen Widerspruchsbescheid.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts wird auf die Schriftsätze der Beteiligten und den übrigen Inhalt der Akten Bezug genommen. Die Verwaltungsakten der Beklagten haben vorgelegen und sind Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen.

Entscheidungsgründe:

Die von dem Kläger erhobene kombinierte Anfechtungs- und Feststellungsklage ist zulässig. Der Kläger hat ein berechtigtes Rechtsschutz- und Feststellungsinteresse daran, dass er zur freiwilligen Weiterversicherung berechtigt ist.

Die Klage ist auch begründet.

Die Beklagte hat zu Unrecht es abgelehnt, festzustellen, dass der Kläger zur freiwilligen Weiterversicherung berechtigt ist.

Gemäß [§ 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) in der seit dem 31.12.2005 gültigen Fassung des Artikels 2 a des Gesetzes vom 22.12.2005 ([BGBl. I, Seite 3676](#)) können Personen der gesetzlichen Krankenversicherung beitreten, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und in den letzten 5 Jahren vor dem Ausscheiden mindestens 24 Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens 12 Monate versichert waren; Zeiten der Mitgliedschaft nach [§ 189 SGB V](#) und Zeiten, in denen eine Versicherung allein deshalb bestanden hat, weil Arbeitslosengeld II zu Unrecht bezogen wurde, werden nicht berücksichtigt.

Der Kläger hat am 06.04.2006 schriftlich die Weiterversicherung im Rahmen der freiwilligen Versicherung beantragt (vergleiche [§ 188 Absatz 3 SGB V](#)).

Die für den Beitritt nach [§ 9 Absatz 2 Nr. 1 SGB V](#) erforderliche Antragsfrist von 3 Monaten nach Beendigung der Pflichtmitgliedschaft ist dabei eingehalten. Vorausgegangen war eine Pflichtmitgliedschaft nach [§ 5 Absatz 1 Nr. 2 a SGB V](#) wegen des Bezuges von Arbeitslosengeld II mit Wirkung ab dem 01.01.2005 bis 31.03.2006. Gemäß [§ 190 Absatz XII](#) endete diese Mitgliedschaft aufgrund des Arbeitslosengeld II Bezuges mit Ablauf des letzten Tages, für den die Leistung bezogen wurde. Die ARGE L hatte dem Kläger mit Bescheid vom 21.02.2006 mitgeteilt, dass das Arbeitslosengeld II zum 01.04.2006 eingestellt werde. Die 3-Monatsfrist begann somit am 01.04.2006 und ist hier offensichtlich eingehalten.

Die Voraussetzungen für einen freiwillige Versicherung nach [§ 9 Absatz 1 Nr. 1 SGB V](#) liegen hier vor: Der Kläger war unmittelbar vor dem Ausscheiden mindestens 12 Monate nach [§ 5 Absatz 1 Nr. 2 a SGB V](#) pflichtversichert und zwar vom 01.01.2005 bis 31.03.2006.

Diese Pflichtmitgliedschaftszeiten müssen hier auch bei der Berechnung der Vorversicherungszeiten angerechnet werden. Zwar sollen nach dem ausdrücklichen Wortlaut des [§ 9 Absatz 1 Nr. 1, 2. Absatz SGB V](#) Zeiten des rechtswidrigen Bezuges von Arbeitslosengeld II bei der Berechnung der Vorversicherungszeiten unberücksichtigt bleiben; für die Frage, ob Alg II zu Unrecht bezogen wurde, ist jedoch nicht auf die materiell-rechtliche Lage abzustellen, sondern maßgeblich ist eine formal-rechtliche Betrachtungsweise. Die Krankenkassen haben kein eigenständiges Prüfungsrecht hinsichtlich der materiell-rechtlichen Berechtigung eines Leistungsbezuges von Alg II. Im Rahmen des [§ 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1](#) letzter Absatz SGB V ist die Krankenkasse an die Entscheidung des Trägers für Leistungen nach dem SGB II gebunden (vergleiche LSG Nordrhein Westfalen, Beschluss vom 31.08.2006 - [L 11 B 18/06 KR ER](#) -; Beschluss vom 17.08.2006 - [L 5 B 41/06 KR ER](#)). Auszugehen ist hierbei von dem Grundsatz, dass innerhalb eines gegliederten Sozialleistungssystems die anderen Träger die Regelungsbefugnis des zuständigen Trägers zu akzeptieren haben. Soweit das Gesetz nicht ausdrücklich etwas anderes anordnet, muss jeder Träger die Entscheidung des anderen Trägers respektieren und inhaltlich seinen Entscheidungen zugrunde legen (vergleiche BSG [SozR 1300 § 103 Nr. 2](#); [SozR 3 - 2200 § 183 Nr. 6](#); [SozR 3 - 1300 § 86 Nr. 3](#)).

Zwar lässt der Wortlaut der Vorschrift des [§ 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) offen, ob die Bewilligung von Alg II vom zuständigen Träger für Leistungen nach dem SGB II aufgehoben worden sein muss oder ob unabhängig davon die materiellen Voraussetzungen des Leistungsbezuges auch von der Krankenkasse überprüft werden können.

Aus der Gesetzesbegründung ergibt sich kein eindeutiger Hinweis für eine eindeutige Auslegung. Es lässt sich lediglich das gesetzgeberische Ziel erkennen, dass nach dem Ende eines unrechtmäßigen Leistungsbezuges eine dauerhaft begründete freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen werden sollte (vergleiche [Bundestagsdrucksache 16/245,9](#)). Die neue Regelung im [§ 9 Absatz 1 Nr. 1](#) letzter Absatz SGB V war notwendig, da ohne diese Regelung die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine freiwillige Weiterversicherung selbst dann gegeben gewesen wären, wenn der zuständige Träger die Leistungsbewilligung nachträglich aufgehoben hätte: Die Versicherungspflicht nach [§ 5 Absatz 1 Nr. 2 a SGB V](#) knüpft ausschließlich an den tatsächlichen Leistungsbezug an und dieser würde selbst bei rückwirkender Aufhebung der Leistungsbewilligung nicht entfallen. Nur durch die Neuregelung in [§ 9 Absatz 1 Nr. 1](#) ist sichergestellt, dass ein unrechtmäßiger Leistungsbezug von Alg II nicht auf die Vorversicherungszeiten anzurechnen ist. Aber auch dabei ist nicht klargestellt, ob die formal-rechtliche Betrachtungsweise maßgeblich ist oder auf die materiell-rechtliche Rechtslage abzustellen ist.

Jedoch kann durch die mit Gesetz vom 20.07.2006 (Gesetz zur Fortentwicklung der Grundsicherung für Arbeitssuchende vom 20.07.2006, [Bundesgesetzblatt I 1706](#)) vorgenommene Änderung des [§ 44 a SGB II](#) der Rückschluss gezogen werden, dass die Krankenkassen nicht eigenständig die Erwerbsfähigkeit als Leistungsvoraussetzung überprüfen dürfen: Sie haben nunmehr nach [§ 44 Absatz 1 Satz 2 Nr. 3 SGB II](#) ebenfalls die Möglichkeit, der Feststellung der Erwerbsfähigkeit durch den zuständigen Träger zu widersprechen und so eine Entscheidung der Gemeinsamen Einigungsstelle ([§ 45 SGB II](#)) herbeizuführen. Die Einbeziehung der Krankenkassen in das Einigungsstellen-Verfahren wäre überflüssig, wenn die Krankenkassen ein eigenes materielles Prüfungsrecht im Rahmen des [§ 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) besäßen. Zwar war die gesetzliche Neuregelung des [§ 44 a SGB II](#) zum Zeitpunkt des hier streitigen Beitritts zur freiwilligen Versicherung noch nicht in Kraft. Diese gesetzliche Änderung lässt jedoch den Rückschluss zu, dass der Gesetzgeber davon ausging, dass die Krankenkassen kein eigenes Prüfungsrecht im Rahmen des [§ 9 Absatz 1 Nr. 1 SGB V](#) auch schon vorher besäßen. Das Einigungsstellen-Verfahren schafft einen sinnvollen und angemessenen Ausgleich zwischen den sich widerstreitenden Interessen der beteiligten Versicherungsträger und des Versicherten. Die erkennende Kammer hat Verständnis dafür, dass der zuständige Träger für die Bewilligung von Leistungen nach dem SGB II nicht rückwirkend aufhebt bzw. zurücknimmt. Gegenüber dem Versicherten kann die Aufhebung bzw. Rücknahme der Leistungsbewilligung für die Vergangenheit nur unter den Voraussetzungen des [§ 45 SGB X](#) - bzw. je nach Sachlage [§ 48 SGB X](#) - erfolgen. In der Regel dürften die in diesen Vorschriften enthaltenen Vertrauensschutzregelungen für den Versicherten einer rückwirkenden Aufhebung bzw. Rücknahme der Leistungsbewilligung entgegenstehen. Zu beachten ist hierbei, dass bei einer rückwirkenden Aufhebung der Leistungsbewilligung von Alg II gemäß [§ 50 Absatz 1 SGB X](#) erbrachte Leistungen zwingend zu erstatten sind. In der Regel hätte der Versicherte dann jedoch für den rückwirkenden Zeitraum keinen Anspruch mehr auf Nachzahlung von Leistungen nach dem SGB XII. Andererseits ist das Interesse der Krankenkassen zu berücksichtigen, die an die Fortsetzung einer freiwilligen Krankenversicherung gebunden ist, obwohl die materiell-rechtlichen Voraussetzungen nicht vorgelegen haben. Das Einigungsstellen-Verfahren schafft für diesen Interessen-Konflikt ein angemessenes Instrumentarium.

Da die ARGE L den Bezug von Alg II nicht rückwirkend, sondern erst zum 01.04.2006 eingestellt hat, liegen somit die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine freiwillige Weiterversicherung ab dem 01.04.2006 vor.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2007-07-26