

B 12 KR 2/09 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
12
1. Instanz
SG Gießen (HES)
Aktenzeichen
S 9 KR 359/07
Datum
10.09.2008
2. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 12 KR 2/09 R
Datum
27.01.2010
Kategorie
Urteil

Die Revision der Kläger gegen das Urteil des Sozialgerichts Gießen vom 10. September 2008 wird zurückgewiesen. Kosten des Revisionsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Gründe:

I

1

Die Beteiligten streiten darüber, ob die Kläger seit dem 1.4.2007 gemäß [§ 5 Abs 1 Nr 13 SGB V](#) in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig sind.

2

Die Kläger erhielten seit dem 30.4.2006 Leistungen der Jugendhilfe und hatten Anspruch auf Krankenhilfe gemäß [§ 40 SGB VIII](#). Mit Schreiben vom 20.7.2007 beehrten sie von der beklagten Krankenkasse die Aufnahme in die gesetzliche Krankenversicherung als Pflichtversicherte nach [§ 5 Abs 1 Nr 13 SGB V](#). Die Beklagte stellte mit Bescheiden vom 22.8.2007 fest, dass die Kläger nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig seien, weil sie laufende Leistungen der Jugendhilfe erhielten. Die Widersprüche der Kläger wies sie mit Widerspruchsbescheiden vom 22.11.2007 zurück.

3

Das Sozialgericht (SG) hat die Klagen mit Urteil vom 10.9.2008 abgewiesen. Die Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs 1 Nr 13 SGB V](#) setze voraus, dass kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall bestehe. Die Kläger hätten einen solchen Anspruch, weil sie neben laufenden Leistungen der Jugendhilfe auch Krankenhilfe nach [§ 40 SGB VIII](#) erhielten. Der Anspruch auf Krankenhilfe nach [§ 40 SGB VIII](#) sei vorrangig und schließe die subsidiäre Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs 1 Nr 13 SGB V](#) aus. Das SG hat mit Beschluss vom 14.1.2009 auf Antrag der Kläger die Revision zugelassen. Diesem Antrag war eine Kopie des Schreibens der Beklagten vom 9.12.2008 mit deren Zustimmung zur Sprungrevision beigelegt.

4

Mit ihrer Revision rügen die Kläger eine Verletzung des [§ 5 Abs 1 Nr 13 SGB V](#). Weder dem Gesetzeswortlaut noch der Begründung des Gesetzesentwurfs des [§ 5 Abs 1 Nr 13 SGB V](#) könne entnommen werden, dass ein Anspruch auf Krankenhilfe nach [§ 40 SGB VIII](#) die Versicherungspflicht ausschließe. Nach der Änderung des ursprünglichen Gesetzesentwurfs habe auf die Gesetzesbegründung nicht mehr zurückgegriffen werden können. [§ 5 Abs 8a Satz 2 SGB V](#) stelle klar, welche anderen Absicherungen im Krankheitsfall die Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs 1 Nr 13 SGB V](#) ausschlossen. Weder der laufende Bezug von Leistungen der Jugendhilfe noch [§ 40 SGB VIII](#) seien hier genannt. [§ 264 Abs 2 Satz 1 SGB V](#) in der seit 1.4.2007 geltenden Fassung könne zur Auslegung des [§ 5 Abs 8a Satz 2 SGB V](#) nicht herangezogen werden, weil der Wortlaut beider Vorschriften deutlich voneinander abweiche. Leistungen nach [§ 40 SGB VIII](#) seien gemäß [§ 10 Abs 1 SGB VIII](#) gegenüber Leistungen der Krankenkassen nach dem SGB V nachrangig. Würde ein Anspruch auf Krankenhilfe nach [§ 40 SGB VIII](#) die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung ausschließen, würden Bürger weiterhin dem Risiko ausgesetzt sein, wegen des von ihnen zu leistenden Kostenbeitrags zu den Kosten der Jugendhilfeleistungen und auch der Krankenhilfe bedürftig zu

werden. Auch würden in der Regel über beitragsfinanzierte Versicherungsleistungen erbrachte Kosten auf die Träger der öffentlichen Jugendhilfe abgewälzt, ohne dass es eine entsprechende Gegenfinanzierung gäbe.

5

Die Kläger beantragen, das Urteil des Sozialgerichts Gießen vom 10.9.2008 sowie die Bescheide der Beklagten vom 22.8.2007 in der Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 22.11.2007 aufzuheben und festzustellen, dass die Kläger seit dem 1.4.2007 in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig und Mitglieder der Beklagten sind.

6

Die Beklagte beantragt, die Revision zurückzuweisen.

7

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

II

8

Die Revision der Kläger ist zulässig. Sie ist jedoch nicht begründet. Zu Recht hat das SG die Klagen abgewiesen. Die angefochtenen Bescheide, mit denen die Beklagte es abgelehnt hat, das Bestehen von Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung festzustellen, sind rechtmäßig.

9

1. Die Revision ist zulässig. Insbesondere ist sie als Sprungrevision gemäß [§ 161 Abs 1 SGG](#) statthaft. Nach dieser Vorschrift steht den Beteiligten die Revision unter Umgehung der Berufungsinstanz gegen das Urteil eines SG zu, wenn der Gegner schriftlich zustimmt und wenn sie von dem SG im Urteil oder auf Antrag durch Beschluss zugelassen worden ist. Das SG hat mit rechtskräftigem Beschluss vom 14.1.2009 die Revision nachträglich zugelassen. Es kann offen bleiben, ob es zu Recht die Sprungrevision zugelassen hat, obwohl die gemäß [§ 161 Abs 1 Satz 2 SGG](#) dem Antrag auf Zulassung beizufügende Zustimmung der Beklagten lediglich in Fotokopie eingereicht worden war (vgl hierzu BSG, Urteil vom 19.11.1996, [1 RK 8/96](#), [SozR 3-1500 § 161 Nr 11](#)). Der Senat ist gemäß [§ 161 Abs 2 Satz 2 SGG](#) an die Zulassung gebunden. Es ist ihm damit auch verwehrt zu prüfen, ob die beim SG vorgelegte Zustimmungserklärung der Beklagten der erforderlichen Schriftform genüge.

10

Nachdem der Große Senat des Bundessozialgerichts (BSG) in seinem Beschluss vom 18.11.1980 ([GS 3/79](#), [BSGE 51, 23](#) = [SozR 1500 § 161 Nr 27](#)) entschieden hatte, dass das Revisionsgericht an einen nachträglichen Beschluss des SG über die Zulassung der Sprungrevision auch bei dessen Fehlerhaftigkeit gebunden ist, jedenfalls soweit eine wirksame Entscheidung ohne schwerste Mängel vorliegt, haben der 1. und 3. Senat des BSG nachträgliche Beschlüsse über die Zulassung der Revision durch das SG als bindend angesehen, obwohl eine formgerechte Zustimmungserklärung nach ihrer Auffassung nicht vorlag, und damit eine eigene Prüfungskompetenz verneint (vgl BSG, Urteil vom 30.1.1985, [1 RA 5/84](#), [SozR 1500 § 161 Nr 31](#), zu einer dem Antrag nicht beigelegten Zustimmungserklärung, und Beschluss vom 14.6.1995, [3 RK 21/94](#), USK 95167, zu einer nach damaliger Auffassung nicht der Schriftform entsprechenden Zustimmungserklärung). Dem schließt sich der Senat an. Er weicht damit nicht von den Entscheidungen der Senate des BSG ab, die auch bei einer nachträglich durch Beschluss vom SG zugelassenen Sprungrevision das Vorliegen einer wirksamen formgerechten Erklärung durch das Revisionsgericht überprüft haben. In allen diesen Entscheidungen war die Frage der Prüfungskompetenz nicht entscheidungserheblich, weil jeweils das Vorliegen einer wirksamen Zustimmungserklärung bejaht wurde (vgl BSG, Urteile vom 15.12.1993, [11 RAR 99/92](#), [SozR 3-4100 § 249c Nr 2](#), vom 22.4.1998, [B 9 SB 7/97 R](#), [SozR 3-1500 § 161 Nr 13](#), vom 21.8.2008, [B 13 RJ 44/05 R](#), [SozR 4-2600 § 96a Nr 12](#), sowie vom 6.11.2008, [B 1 KR 37/07 R](#), [SozR 4-2500 § 44 Nr 15](#)).

11

2. Die Revision ist unbegründet. Zu Recht hat die Beklagte das Bestehen einer Pflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung nach der allein hier in Betracht kommenden Vorschrift des [§ 5 Abs 1 Nr 13 SGB V](#) verneint.

12

a) Versicherungspflichtig sind seit dem 1.4.2007 gemäß [§ 5 Abs 1 Nr 13 SGB V](#) (eingefügt mit Wirkung zum 1.4.2007 durch Art 1 Nr 2 Buchst a Doppelbuchst cc idF des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG - vom 26.3.2007, [BGBl I 378](#)) Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und zuletzt gesetzlich krankenversichert oder bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, sie gehören zu den in [§ 5 Abs 5 SGB V](#) genannten hauptberuflich Selbstständigen oder zu den nach [§ 6 Abs 1 oder 2 SGB V](#) versicherungsfreien Personen oder hätten bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland zu ihnen gehört. Nach [§ 5 Abs 8a SGB V](#) (eingefügt durch Art 1 Nr 2 Buchst c des GKV-WSG ebenfalls mit Wirkung zum 1.4.2007) ist nach [§ 5 Abs 1 Nr 13 SGB V](#) nicht versicherungspflichtig, wer nach [§ 5 Abs 1 Nr 1 bis 12 SGB V](#) versicherungspflichtig, freiwilliges Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung oder nach [§ 10 SGB V](#) familienversichert ist, und wer Empfänger laufender Leistungen nach dem 3., 4., 6. und 7. Kapitel des Zwölften Buches oder nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) ist.

13

Mit diesen Regelungen hat der Gesetzgeber die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung für bisher nicht versicherte Personen eingeführt. Nachdem zunächst ab dem 1.1.2005 ein befristetes Beitrittsrecht gemäß [§ 9 Abs 1 Nr 8 SGB V](#) für Personen bestand, die in der Vergangenheit laufende Leistungen zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz bezogen hatten und davor zu keinem Zeitpunkt gesetzlich oder privat krankenversichert waren, dieses jedoch bei einem weiteren Bezug von laufenden Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem 3. Kapitel des SGB XII oder bei Bezug laufender Leistungen der Grundsicherung im Alter bzw bei dauerhafter Erwerbsminderung nach dem 4. Kapitel des SGB XII ausgeschlossen war (vgl hierzu Urteil des Senats vom 13.6.2007, [B 12 KR 29/06 R](#), [SozR 4-2500 § 9 Nr 1](#)), regelt [§ 5 Abs 1 Nr 13 SGB V](#) nunmehr eine Einbeziehung von Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und zuletzt gesetzlich krankenversichert waren oder nach der Abgrenzung des Buchst b dieser Vorschrift der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen sind. Die Versicherungspflicht besteht unabhängig von einem Beitritt kraft Gesetzes.

14

b) Eine Versicherungspflicht der Kläger nach [§ 5 Abs 1 Nr 13 SGB V](#) besteht für die Dauer des Bezugs von Leistungen nach dem SGB VIII nicht, weil die Kläger mit ihren Ansprüchen auf Krankenhilfe nach [§ 40 SGB VIII](#) eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall haben. Schon dem Wortlaut und dem Sinn und Zweck der Regelung des [§ 5 Abs 1 Nr 13 SGB V](#) sowie auch aus dem Regelungszusammenhang mit [§ 5 Abs 8a SGB V](#) und [§ 264 Abs 2 SGB V](#) ist zu entnehmen, dass als die Versicherungspflicht ausschließende anderweitige Absicherung jedenfalls eine dem Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechende Absicherung ausreicht und der Begriff der anderweitigen Absicherung nicht lediglich Absicherungen durch private oder gesetzliche Versicherung oder durch bestimmte öffentlich-rechtliche Träger umfasst. Der Wortlaut fordert gerade keine Versicherung, sondern lediglich eine Absicherung im Krankheitsfall. Damit sind gesetzliche Ansprüche auf Krankenhilfe mit umfasst. Dies entspricht auch dem Sinn der Vorschrift. In mehreren Gesetzen sind Ansprüche auf Leistungen bei Krankheit geregelt, so zB in § 10 Abs 2 des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) sowie nach § 1 des Opferentschädigungsgesetzes iVm § 10 BVG als besonderen Teilen des SGB (vgl [§ 68 SGB I](#)), aber auch zB in § 141a des Bundesentschädigungsgesetzes (BEG). Die Begründung des Gesetzentwurfs selbst nennt dementsprechend als anderweitige Absicherung eine Vielzahl von Leistungen bei Krankheit. Neben der Hilfe bei Krankheit nach [§ 48 SGB XII](#), [§ 264 SGB V](#) sowie nach § 4 AsylbLG, aber auch neben der hier zu beurteilenden Krankenhilfe nach [§ 40 SGB VIII](#) werden ausdrücklich die bereits genannten Ansprüche nach dem BVG und BEG erwähnt (vgl [BT-Drucks 16/3100 S 94](#)). Es sind keine Anhaltspunkte ersichtlich, dass mit [§ 5 Abs 1 Nr 13 SGB V](#) insbesondere auch für den Personenkreis, der bisher kostenlose Leistungen bei Krankheit zB nach den genannten Vorschriften des BVG oder BEG erhielt, eine beitragspflichtige Pflichtversicherung eingeführt werden sollte. Schon hieraus folgt, dass entgegen der Auffassung der Kläger die anderweitigen die Versicherungspflicht ausschließenden Ansprüche auf Absicherung im Krankheitsfall iS von [§ 5 Abs 1 Nr 13 SGB V](#), soweit es sich um Ansprüche gegen öffentlich-rechtliche Träger handelt, in [§ 5 Abs 8a SGB V](#) nicht abschließend aufgezählt sind und nicht nur die dort genannten Ansprüche die Versicherungspflicht ausschließen.

15

Bestätigt wird der Ausschluss der Versicherungspflicht bei Ansprüchen auf Krankenhilfe nach [§ 40 SGB VIII](#) durch die zum 1.4.2007 ebenfalls erfolgte Ergänzung des [§ 264 Abs 2 und Abs 5 SGB V](#). Ab 1.4.2007 wird nunmehr, ebenso wie bisher schon die Krankenbehandlung von Empfängern von Leistungen nach dem 3. bis 9. Kapitel des SGB XII und Empfängern von laufenden Leistungen nach § 2 AsylbLG, auch die Krankenbehandlung von Krankenhilfeempfängern nach dem SGB VIII durch die gesetzlichen Krankenkassen gegen Kostenerstattung übernommen. Diese Regelung stellt die Personen, die wegen des Bezugs laufender Leistungen der Jugendhilfe Krankenhilfe nach [§ 40 SGB VIII](#) beziehen, mit Empfängern laufender Leistungen nach dem SGB XII sowie nach § 2 AsylbLG gleich. Einer solchen Gleichstellung hätte es nicht bedurft, wenn die Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs 1 Nr 13 SGB V](#) trotz dem Grunde nach bestehender Ansprüche auf Krankenhilfe nach [§ 40 SGB VIII](#) eintreten und damit Ansprüche auf Krankenhilfe ausschließen würde.

16

Dem abweichenden, die Leistungsempfänger nach dem SGB VIII nicht erwähnenden Wortlaut in [§ 5 Abs 8a Satz 2 SGB V](#) im Vergleich zu [§ 264 Abs 2 SGB V](#) ist entgegen der Auffassung der Revision nichts anderes zu entnehmen. Er ist folgerichtig, wenn berücksichtigt wird, dass Bezieher von laufenden Leistungen nach dem 3., 4., 6. und 7. Kapitel des SGB XII sowie nach dem AsylbLG grundsätzlich bei fehlender anderweitiger Absicherung einen Anspruch auf Leistungen im Krankheitsfall nach [§ 48 SGB XII](#) bzw § 4 AsylbLG iVm [§ 264 Abs 2 SGB V](#) haben, während ein Anspruch auf Krankenhilfe nach [§ 40 SGB VIII](#) nicht für alle Empfänger von Leistungen nach dem SGB VIII besteht. So setzt die Krankenhilfe nach [§ 40 SGB VIII](#) stets die Gewährung von in der Regel stationär erbrachten und den Unterhalt umfassenden Leistungen nach den [§§ 33 bis 35, § 35a Abs 2 Nr 3 oder 4 SGB VIII](#) (vgl [§ 40 Satz 1 SGB VIII](#)) bzw nach [§ 19](#) oder [§ 21 SGB VIII](#) (vgl [§ 19 Abs 3, § 21 Satz 2 SGB VIII](#)) voraus, während andere Leistungen keinen Anspruch auf Krankenhilfe nach [§ 40 SGB VIII](#) begründen. Soweit die Revision meint, im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens sei von der in der Gesetzesbegründung erkennbaren Absicht, Krankenhilfe nach [§ 40 SGB VIII](#) sowie andere Ansprüche gegen öffentlich-rechtliche Träger als anderweitige Absicherung anzusehen, abgerückt worden zugunsten einer einschränkenden, diese Ansprüche in [§ 5 Abs 8a SGB V](#) ausdrücklich benennenden Regelung, sind hierfür in den Gesetzesmaterialien keine Anhaltspunkte ersichtlich. Vielmehr wurde die Entwurfsfassung des [§ 5 Abs 1 Nr 13 SGB V](#) unverändert übernommen. Aufgrund der Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit (vgl [BT-Drucks 16/4200 S 9, BT-Drucks 16/4247 S 29](#)) wurde in [§ 5 Abs 8a Satz 2 SGB V](#) lediglich der Ausschluss nicht mehr auf alle Empfänger von Leistungen nach dem 3. bis 9. Kapitel des SGB XII, sondern nur noch auf diejenigen mit laufenden Leistungen nach dem 3., 4., 6. und 7. Kapitel des SGB XII beschränkt, Regelungen zur Krankenhilfe nach [§ 40 SGB VIII](#) jedoch nicht getroffen.

17

Die von der Revision geltend gemachte Subsidiarität der Leistungen der Jugendhilfe nach [§ 10 Abs 1 SGB VIII](#) spricht ebenfalls nicht für eine einschränkende, die Krankenhilfe nach [§ 40 SGB VIII](#) ausschließende Auslegung. Da die Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs 1 Nr 13 SGB V](#) ihrerseits subsidiär ist und nur beim Fehlen einer anderweitigen Versicherung oder einer anderweitigen Absicherung für den Krankheitsfall eingreift, kann die grundsätzlich bestehende Nachrangigkeit der Leistungen der Jugendhilfe ebenso wie die der subsidiären laufenden Leistungen nach dem SGB XII sowie nach § 2 AsylbLG die Subsidiarität der Pflichtversicherung nicht einschränken. Die Jugendhilfeträger tragen damit weiterhin die Kosten der Krankenhilfe. Eine Änderung dieser bisherigen Kostentragungspflicht und die finanzielle Belastung

durch die mit Einführung einer Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs 1 Nr 13 SGB V](#) verbundenen Beitragspflicht hätte einer eigenständigen Regelung bedurft und war auch nicht beabsichtigt. Der Ausschussempfehlung ist zu entnehmen, dass alle Krankenhilfeleistungen nach dem SGB VIII weiter durch die Krankenkassen gegen Kostenerstattung erbracht und die Kosten der Krankenhilfe weiterhin von den Trägern der öffentlichen Jugendhilfe übernommen werden sollten sowie ohne Mehraufwendungen für die gesetzliche Krankenversicherung lediglich die Erbringung von Krankenhilfeleistungen erleichtert werden sollte (vgl im Gesetzesentwurf der Fraktion der CDU und CSU und SPD; vgl [BT-Drucks 16/3100 S 167](#), [BT-Drucks 16/4200 S 117](#), [BT-Drucks 16/4247 S 55](#)).

18

Soweit die Revision meint, gegen die von der Beklagten und dem SG vorgenommene Auslegung des [§ 5 Abs 1 Nr 13](#) iVm Abs 8a Satz 2 SGB V spreche, dass Eltern für die Kosten der nach [§ 40 SGB VIII](#) erbrachten Leistungen in Anspruch genommen werden könnten, scheint dies zum einen eine eher theoretische und jedenfalls praktisch nicht bedeutsame Fallgestaltung. Eine Inanspruchnahme wäre nur möglich, wenn die finanziellen Verhältnisse der Eltern einen Rückgriff überhaupt zulassen und sie außerdem bisher nicht für einen Krankenversicherungsschutz ihres Kindes gesorgt haben. Zum anderen spricht die Erhebung eines Kostenbeitrags nicht gegen die Subsidiarität der Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs 1 Nr 13 SGB V](#). Auch wenn durch die Versicherungspflicht das Risiko vermindert wird, durch die Belastung mit Krankheitskosten bedürftig zu werden, setzt sie eine fehlende anderweitige Absicherung im Krankheitsfall voraus, hängt jedoch nicht davon ab, ob die Kosten einer solchen anderweitigen Absicherung getragen werden können. Auch für die Versicherung nach [§ 5 Abs 1 Nr 13 SGB V](#) sind Beiträge zu zahlen wie auch Bezieher laufender Leistungen nach dem SGB XII mit ihrem Einkommen und ihrem Vermögen zu den Kosten im Krankheitsfall beizutragen haben. Insbesondere ist nicht ersichtlich, dass durch die gesetzliche Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs 1 Nr 13 SGB V](#) Kosten einer bestehenden Absicherung im Krankheitsfall auf die Solidargemeinschaft der in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten verlagert und die Träger der Jugendhilfe von den Kosten der Leistungen nach [§ 40 SGB VIII](#) bei bisher nicht Krankenversicherten entlastet werden sollten. Es kann deshalb hier offenbleiben, ob die Kläger oder Dritte zu den Kosten der Krankenhilfe mit Kostenbeiträgen nach dem SGB VIII beizutragen hatten und ob sie dies durch Beitritt zur freiwilligen gesetzlichen Krankenversicherung oder durch Abschluss einer privaten Krankenversicherung hätten vermeiden können.

19

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

BRD

Saved

2010-05-25