

L 9 B 519/07 KR ER

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
9
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 89 KR 1954/07 ER
Datum
20.07.2007
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 9 B 519/07 KR ER
Datum
07.11.2007
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Beschluss

Auf die Beschwerde der Antragsgegnerin wird der Beschluss des Sozialgerichts Berlin vom 20. Juli 2007 geändert und wie folgt gefasst: Die Antragsgegnerin wird im Wege der einstweiligen Anordnung verpflichtet, dem Antragsteller vorläufig bis zum rechtskräftigen Abschluss des Hauptsacheverfahrens, längstens jedoch für 6 Monate, Krankenversicherungsschutz zu gewähren. Im Übrigen werden der Antrag und die Beschwerde zurückgewiesen. Die Antragsgegnerin hat dem Antragsteller zwei Drittel seiner außergerichtlichen Kosten des vorläufigen Rechtsschutzverfahrens für beide Instanzen zu erstatten. Im Übrigen sind keine Kosten zu erstatten.

Gründe:

Die Beschwerde der Antragsgegnerin ist gemäß [§§ 172 Abs. 1, 173](#) Sozialgerichtsgesetz - SGG - zulässig und teilweise begründet. Der Beschluss des Sozialgerichts ist unzutreffend, soweit das Sozialgericht die Feststellung getroffen hat, dass die Antragsgegnerin verpflichtet ist, dem Antragsteller bereits ab dem 19. Mai 2007 Leistungen der freiwilligen Krankenversicherung zu gewähren. Soweit der erstinstanzliche Antrag des Antragstellers darauf gerichtet war, die Antragsgegnerin im Wege der einstweiligen Anordnung zu verpflichten, ihn vorläufig als freiwilliges Mitglied zu führen, ist der Antrag unzulässig, denn dem Erfolg dieses auf die Feststellung des Bestehens eines Versicherungsverhältnisses gerichteten Antrages steht jedenfalls entgegen, dass die begehrte vorläufige Feststellung gegen das Verbot der Vorwegnahme der Hauptsache verstoßen würde, weil mit ihr ein Status festgeschrieben würde wäre, der bei einem eventuellen Misserfolg der Klage nicht mehr rückgängig zu machen wäre. Dies bedeutet indes nicht, dass dem Antragsteller vorläufiger Rechtsschutz schlechterdings versagt bleiben muss, weil sich dies mit dem in [Art. 19 Abs. 4 Satz 1](#) des Grundgesetzes postulierten Gebot effektiven Rechtsschutzes nicht in Einklang bringen ließe. Im Lichte dieses Gebots ist die Gewährung vorläufigen Rechtsschutzes (als Minus zum Ziel des Feststellungsantrages) auf die Gewährung von Krankenversicherungsschutz beschränkt, worunter in der Regel die Gewährung einzelner Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und nur in Fällen länger andauernder oder chronischer Krankheitszustände die Gewährung pauschalen Versicherungsschutzes für einen begrenzten Zeitraum zu verstehen ist. Mit diesem Begehren, das der Antragsteller auf die Zeit bis zum rechtskräftigen Abschluss des Hauptsacheverfahrens erstreckt hat, vermochte er jedoch nicht in vollem Umfang durchzudringen. Denn es hat erst für die Zeit vom Zeitpunkt der Entscheidung des Sozialgerichts bis zum rechtskräftigen Abschluss des Hauptsacheverfahrens, längstens jedoch für 6 Monate, Erfolg und nicht bereits rückwirkend zum Zeitpunkt des Beginns der Behandlung des Klägers in der Charité. Der Beschlusstenor des Sozialgerichts war zudem auch insoweit neu zu fassen, als dieser lediglich auf die Feststellung gerichtet ist, dem Antragsteller Leistungen der freiwilligen Krankenversicherung zu gewähren. Denn ungeachtet der Frage, ob und gegebenenfalls inwieweit gerichtliche Feststellungen im Hinblick auf ihre fehlende Vollstreckbarkeit überhaupt Gegenstand vorläufigen Rechtsschutzes sein können und warum die Antragsgegnerin zur Gewährung von Leistungen der "freiwilligen" Krankenversicherung verpflichtet sein soll, stand dem von dem Sozialgericht gewählten Tenor jedenfalls der ausdrückliche Antrag des Antragstellers, welcher auf die Verpflichtung der Antragsgegnerin zur Gewährung von Leistungen der Krankenversicherung gerichtet war, entgegen.

Dieser Antrag ist nicht nur zulässig, sondern auch begründet. Denn der Antragsteller hat insoweit sowohl einen Anordnungsgrund als auch einen Anordnungsanspruch mit der für die Vorwegnahme der Hauptsache erforderlichen hohen Wahrscheinlichkeit glaubhaft gemacht.

Zunächst hat der Antragsteller wesentliche Nachteile im Sinne des [§ 86 b Abs. 1 SGG](#), die den Erlass einer einstweiligen Anordnung nötig erscheinen lassen, hinreichend dargelegt. Wie sich bereits dem Gutachten des Ärztlichen Dienstes der Agentur für Arbeit Berlin Nord vom 24. März 2006 zweifelsfrei entnehmen lässt, leidet der Antragsteller an einer chronischen seelischen Erkrankung (paranoid-halluzinatorische Psychose und langjähriges multifaktorielles Missbrauchsverhalten) die – wie der begutachtende Arzt Dr. E in sich stimmig und nachvollziehbar ausgeführt hat – therapeutischer Maßnahmen wie Suchtberatung und Betreuung durch den Sozialpsychiatrischen Dienst bedarf.

Der Antragsteller hat bei summarischer Prüfung auch einen Anordnungsanspruch auf Gewährung von Krankenversicherungsschutz in ausreichendem Maße glaubhaft gemacht. Denn wie sich bereits den vorstehenden Ausführungen zur Notwendigkeit der einstweiligen Anordnung entnehmen lässt, bedarf er aufgrund seiner chronischen seelischen Erkrankung des Krankenversicherungsschutzes. Zudem spricht aus Sicht des Senats bei summarischer Prüfung alles dafür, dass er der freiwilligen Krankenversicherung wirksam beigetreten ist. Denn abgesehen davon, dass er angesichts des Aufhebungsbescheides des JobCenters vom 24. Oktober 2006 mit Ablauf des 30. November 2006 aus der – auch nach der Auffassung der Antragsgegnerin – bis dahin nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 2 a Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - SGB V](#) - begründeten Pflichtversicherung als Bezieher von Arbeitslosengeld II ausgeschieden ist und er bereits spätestens am 27. Oktober 2006 seinen Beitritt zur freiwilligen Krankenversicherung und damit rechtzeitig innerhalb der Frist des [§ 9 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) erklärt hatte, hat er darüber hinaus nach Lage der Akten auch die für den wirksamen Beitritt erforderliche Vorversicherungszeit, die im Übrigen nur mit in der gesetzlichen Krankenversicherung zurückgelegten Zeiten erfüllt werden kann, nach der hier allein in Betracht zu ziehenden 2. Alt. des [§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Halbsatz 1 SGB V](#) von zwölf – unmittelbar vor dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht liegenden – Monaten erfüllt.

Dass die in diese Monate fallende Zeit des Bezugs von Arbeitslosengeld II auf die Vorversicherungszeit nicht anzurechnen sein könnte, ist nicht ersichtlich. Insoweit teilt der Senat bei summarischer Prüfung die von dem Antragsteller vertretene Auffassung, dass es für die Frage, ob Arbeitslosengeld II zu Unrecht bezogen worden ist, in den Fällen, in denen – wie hier – ein Bewilligungsbescheid zugrunde gelegen hat, allein darauf ankommt, ob dieser Bescheid wirksam aufgehoben worden ist. Der Wortlaut des [§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Halbsatz 2 SGB V](#) lässt – im Einklang mit der Vorschrift des [§ 50 Abs. 1 SGB X](#) – die vorgenannte Auslegung zu und auch die – insoweit nicht eindeutigen – Gesetzesmaterialien zwingen zu keiner anderen Betrachtung. Hinzu kommt, dass auch systematische Gründe nicht entgegenstehen, sondern im Gegenteil die hier vertretene Auffassung eher stützen. Denn abgesehen davon, dass nach [§ 44 a Abs. 1 SGB II](#) die Entscheidung, ob der Betroffene erwerbsfähig ist, der Agentur für Arbeit bzw. der gemeinsamen Einigungsstelle zugewiesen ist, spricht das gegliederte System der Sozialversicherung dafür, dass zumindest die in Form von Bescheiden ergangenen Entscheidungen eines Versicherungsträgers von den anderen Versicherungsträgern bei ihren Entscheidungen zu berücksichtigen sind, weil ansonsten die Gefahr divergierender Entscheidungen besteht. Im Übrigen erscheint es widersinnig, den Krankenkassen hinsichtlich der Frage der Rechtmäßigkeit des Bezuges von Arbeitslosengeld II ein eigenständiges Prüfungsrecht einzuräumen, weil ihnen insoweit die erforderliche Sachkompetenz fehlt. Wenn sie auch möglicherweise mit Hilfe des ihnen nach [§ 275 SGB V](#) zur Seite gestellten MDK die Frage der Erwerbsfähigkeit des [§ 8 Abs. 1 SGB II](#) sachgerecht beurteilen können, sind sie jedoch zumindest hinsichtlich der übrigen Anspruchsvoraussetzungen für den Bezug von Arbeitslosengeld II, wie der Prüfung der Hilfebedürftigkeit und des Umfangs der Leistungen, mit einer eigenen Prüfung überfordert (vgl. im Ergebnis wie hier: Hessisches LSG, Beschluss vom 7. Juli 2006 – [L 8 KR 109/06 ER](#) –; LSG NRW, Beschluss vom 29. August 2006 – [L 20 B 77/06 SO ER](#) –; LSG NRW, Beschluss vom 31. August 2006 – [L 11 B 18/06 KR ER](#) –; a. A.: Schleswig-Holsteinisches LSG, Beschluss vom 19. September 2006 – [L 5 B 376/06 KR ER](#) –; jeweils zitiert nach juris).

Für den Fall, dass ein Anordnungsanspruch entgegen den vorstehenden Ausführungen an [§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Halbsatz 2 SGB V](#) scheitern würde, folgt ein solcher hier aber mit hinreichender Wahrscheinlichkeit jedenfalls aus [§ 264 Abs. 2 SGB V](#). Soweit danach die Krankenbehandlung u. a. von Empfängern von Leistungen nach dem Dritten Kapitel des Sozialgesetzbuches (Zwölftes Buch) - SGB XII -, die nicht versichert sind, von der Krankenkasse übernommen wird, liegen die Voraussetzungen dieser – einen Anspruch des Betroffenen gegen die Krankenkasse auslösenden – Vorschrift im Sinne einer "Wahlfeststellung" bei summarischer Prüfung vor. Denn der Antragsteller erhält seit dem 1. Dezember 2006 laufende Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Dritten Kapitel des SGB XII von dem Beigeladenen und er wäre nicht versichert, genügte seine Beitrittsanzeige vom 27. Oktober 2006 den gesetzlichen Anforderungen nicht. Zudem hätte er mit seiner Beitrittsanzeige nach [§ 264 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) die Antragsgegnerin, die im Bereich des für die Hilfe zuständigen Trägers der Sozialhilfe angesiedelt ist, rechtmäßigerweise als Krankenkasse gewählt. Dies reicht für den Anspruch nach [§ 264 Abs. 2 SGB V](#) aus. Entgegen der Auffassung der Antragsgegnerin und des Beigeladenen bedarf es insbesondere keiner "Meldung" des Sozialhilfeträgers, weil eine solche zwar aus Praktikabilitätsgründen vernünftig, nicht aber rechtlich erforderlich ist. Die Vorschrift des [§ 264 Abs. 3 Satz 3 SGB V](#) vermag hieran nichts zu ändern, weil dem darin durch den Verweis auf [§ 175 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#) angesprochenen Meldeerfordernis Bedeutung nur insoweit zukommt, als der Sozialhilfeträger das Kassenwahlrecht auszuüben hat, wenn der Hilfeempfänger dieses Wahlrecht nicht wahrnimmt. Die Meldung hat also nur den Sinn sicherzustellen, dass schnell Klarheit darüber herrscht, welche Krankenkasse zur Krankenbehandlung verpflichtet ist. Sie ist jedoch für den Anspruch auf Krankenbehandlung nicht konstitutiv. Dies bestätigt [§ 264 Abs. 5 Satz 1 SGB V](#), der ausdrücklich nur die "Abmeldung" des Hilfeempfängers vorschreibt, wenn dieser nicht mehr bedürftig ist. Greift der Anspruch nach [§ 264 Abs. 2 SGB V](#) nach alledem durch, steht der Antragsgegnerin gegen den Beigeladenen nach [§ 264 Abs. 7 SGB V](#) ein Kostenerstattungsanspruch zu, auf dessen Entstehen der Beigeladene bei Vorliegen der Voraussetzungen für den Anspruch auf Krankenbehandlung keinen Einfluss nehmen kann.

Selbst wenn sich ein Anordnungsanspruch entgegen der Auffassung des Senats hier auch nicht aus [§ 264 Abs. 2 SGB V](#) ergeben sollte, würde er sich im vorliegenden Fall mit hinreichender Wahrscheinlichkeit aber zumindest aus [§ 43 Abs. 1](#) des Ersten Buches des Sozialgesetzbuches – SGB I - herleiten lassen, weil der Antragsteller mit seiner Beitrittsanzeige konkludent die Antragsgegnerin zuerst um Leistungen der Krankenbehandlung angegangen ist.

Jedenfalls aber führt im vorliegenden Fall eine Folgenabwägung zu einem Antragserfolg im oben beschriebenen Sinne. Denn angesichts der zahlreichen schwierigen Tatsachen- und Rechtsfragen erweist sich der Ausgang des Hauptsacheverfahrens als zumindest offen. In einem solchen Fall erscheint es angezeigt, in Anlehnung an die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zu [§ 32 Bundesverfassungsgerichtsgesetz](#) unter Außerachtlassung der Erfolgsaussichten in der Hauptsache allein die Folgen abzuwägen, die entstehen würden, wenn das Gericht die einstweilige Anordnung ablehnte, sich jedoch im Hauptsacheverfahren herausstellte, dass der Anspruch bestünde, mit den Folgen, die entstünden, wenn das Gericht die einstweilige Anordnung erließe, sich aber im Hauptsacheverfahren ergäbe, dass der Anspruch zu verneinen wäre. Im Rahmen dieser Folgenabwägung ist hier den Interessen des Antragstellers der Vorzug zu geben, weil er aufgrund seiner chronischen Erkrankung ohne den für ihn dringend erforderlichen Krankenversicherungsschutz mit gravierenden gesundheitlichen Nachteilen zu rechnen hätte, hinter denen die allein finanziellen Interessen der Antragsgegnerin zurückzutreten haben.

Da der Antragsteller an einer chronischen Erkrankung leidet, ist die Antragsgegnerin auch zur vorläufigen Gewährung von Versicherungsschutz zu verpflichten und nicht lediglich zur Gewährung einzelner medizinischer Leistungen.

Der Anordnungszeitraum war jedoch hinsichtlich seines Beginns auf den Zeitpunkt der Entscheidung des Sozialgerichts zu begrenzen, weil

der Antragsteller für die davor liegende Zeit, die aus Sicht des Sozialgerichts in die Vergangenheit fiel, keine in die Zukunft fortwirkenden wesentlichen Nachteile aufgezeigt hat und deshalb diesbezüglich in zumutbarer Weise auf die Durchführung des Hauptsacheverfahrens verwiesen werden kann. Zwar sind durch die Behandlung des Antragstellers im Mai 2007 in der Charité Berlin bereits Behandlungskosten in Höhe von 5.906,68 EUR entstanden, welche von ihm nicht beglichen werden können. Jedoch begründet allein die Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen keinen gegenwärtigen wesentlichen Nachteil, der die rückwirkende Gewährung von Versicherungsschutz rechtfertigen würde. Insoweit ist der Antragsteller auf die Entscheidung in der Hauptsache zu verweisen.

Hinsichtlich seines Endzeitpunkts ergab sich die Notwendigkeit der Begrenzung zunächst aus dem Umstand, dass eine einstweilige Anordnung nicht über das im Hauptsacheverfahren erreichbare Begehren hinausgehen darf. Zudem musste der Leistungszeitraum hier auf maximal 6 Monate befristet werden, damit der Fall in leistungsrechtlicher und/oder statusrechtlicher Hinsicht sachgerecht unter Kontrolle gehalten werden kann. Die Möglichkeit, bei veränderten Umständen eine frühere Aufhebung oder Abänderung der einstweiligen Anordnung in analoger Anwendung von [§ 86 b Abs. 1 Satz 4 SGG](#) zu erreichen, bleibt hiervon unberührt.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) in analoger Anwendung und folgt dem Ausgang des Verfahrens selbst.

Dieser Beschluss kann nicht mit der Beschwerde an das Bundessozialgericht angefochten werden ([§ 177 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2008-01-14