

SOZIALGERICHT BREMEN

S 4 KR 88/09 ER



BESCHLUSS

In dem Rechtsstreit

A.,
A-Straße, A-Stadt,
vertreten durch C. ,
C-Straße, A-Stadt,

Antragsteller,

Prozessbevollmächtigte:

Rechtsanwältin B.,
B-Straße, A-Stadt, Az.: - -

g e g e n

AOK Bremen/Bremerhaven, vertreten durch den Vorstand,
Bürgermeister-Smidt-Straße 95, 28195 Bremen, Az.: - -

Antragsgegnerin,

b e i g e l a d e n :

Stadt A-Stadt, vertreten durch den Magistrat - Rechtsamt -,
Hinrich-Schmalfeldt-Straße, 27576 Bremerhaven,

hat die 4. Kammer des Sozialgerichts Bremen am 23. September 2009 durch ihren Vorsitzenden, Richter Dr. Harich, beschlossen:

- I. Die Antragsgegnerin wird im Wege der einstweiligen Anordnung verpflichtet, den Antragsteller seit dem 01.05.2009 und bis zur rechtskräftigen Entscheidung über seine Mitgliedschaft vorläufig als pflichtversichertes Mitglied in die ge-**

setzliche Krankenversicherung aufzunehmen und ihm die gesetzlich vorgesehenen Leistungen zu gewähren.

Die außergerichtlichen Kosten des Antragstellers hat die Antragsgegnerin zu erstatten.

II. Dem Antragsteller wird für das Antragsverfahren rückwirkend Prozesskostenhilfe ohne Ratenzahlung unter Beiordnung von Rechtsanwältin B. bewilligt.

GRÜNDE

I. Die Beteiligten streiten im Rahmen des einstweiligen Rechtsschutzes darüber, ob der Antragsteller Anspruch auf Krankenversicherungsschutz als versicherungspflichtiges Mitglied nach dem Fünften Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB V) hat.

Der 1939 geborene Antragsteller steht unter gesetzlicher Betreuung. Er leidet unter anderem an einem Bronchialkarzinom und erlitt im Juni 2009 einen cerebralen Infarkt. Seit dem 01.08.2004 bezieht er eine Regelaltersrente von monatlich 476,66 Euro von der Deutschen Rentenversicherung. Ebenfalls zunächst seit Sommer 2004 erhielt er von der Beigeladenen ergänzende Leistungen damals noch nach dem Grundsicherungsgesetz.

Nach Angaben des Antragstellers war er bis August 1994 bei der Antragsgegnerin pflichtversichert. Danach übernahm das Sozialamt der Beigeladenen seine Absicherung im Krankheitsfall, indem sie ihn bei der Antragsgegnerin als Betreuten nach § 264 SGB V anmeldete.

Mit Schreiben vom 26.02.2009 forderte die Beigeladene den Antragsteller auf, einen Antrag auf Bewilligung von Wohngeld zu stellen. Dieser Aufforderung kam der Antragsteller am 09.03.2009 nach.

Mit Bescheid vom 16.03.2009 bewilligte die Wohngeldstelle dem Antragsteller rückwirkend ab dem 01.01.2009 Wohngeld. Mit Bescheid vom 01.04.2009 hob das Sozialamt mit Wirkung vom 01.05.2009 die Bewilligung über die Gewährung von Leistungen nach dem Vierten Kapitel des SGB XII auf. Unter Berücksichtigung seiner wirtschaftlichen Verhältnisse bestehe kein Anspruch auf Leistungen mehr. Aufgrund der Beendigung des Hilfebezuges wurde der Antragsteller zugleich aufgefordert, seine im Rahmen des Betreuungsverhältnisses ausgestellte Krankenversicherungskarte zurückzugeben.

Nach einer Verwahrlosungsanzeige ordnete das Amtsgericht A-Stadt - Vormundschaftsgericht - mit Beschluss vom 27.05.2009 eine rechtliche Betreuung an, die die Aufgabenkreise Ver-

mögenssorge einschließlich Sozialansprüche, Gesundheitsfürsorge und Wohnungsanmöglichkeiten umfasst.

Mit Schreiben vom 27.05.2009 beantragte die Betreuerin des Antragstellers beim Sozialamt der Beigeladenen die Gewährung von Grundsicherungsleistungen. Sie bemühe sich, für den Antragsteller eine neue Wohnung anzumieten. Zum 01.06.2009 mietete die Betreuerin eine Wohnung im Krummenacker 2 in A-Stadt an.

Mit Bescheid vom 12.06.2009 bewilligte die Beigeladene dem Antragsteller aufgrund der nach dem Umzug höheren Kosten der Unterkunft rückwirkend ab dem 01.06.2009 wieder laufende Leistungen nach dem Vierten Kapitel des SGB XII.

Bereits zuvor, nämlich mit Bescheiden vom 05.06.2009 und vom 08.06.2009, lehnte die Antragsgegnerin Leistungen der Behandlungspflege ab dem 30.05.2009 mit der Begründung ab, es bestehe keine Mitgliedschaft. Mit Bescheid vom 08.06.2009 stellte die Antragsgegnerin zudem fest, dass eine Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V nicht bestehe. Der Antragsteller beziehe laufende Leistungen nach dem SGB XII. Dies gelte als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall. Der Anspruch auf Grundsicherungsleistungen sei für weniger als einen Monat unterbrochen gewesen. Hiergegen legte die Betreuerin mit Schreiben vom 10.06.2009 Widerspruch ein. Da der Anspruch auf Grundsicherungsleistungen vom 01.05.2009 bis einschließlich 31.05.2009 unterbrochen gewesen sei, bestehe eine Pflichtmitgliedschaft.

Am 19.06.2009 hat der Antragsteller den vorliegenden Eilantrag gestellt.

Er beantragt,

die Antragsgegnerin im Wege der einstweiligen Anordnung zu verpflichten, den Antragsteller nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ab dem 01.05.2009 in die Pflichtversicherung aufzunehmen.

Die Antragsgegnerin beantragt,

den Antrag abzulehnen.

Sie ist dem Antrag mit der Begründung entgegengetreten, die Beigeladene sei vorrangig verpflichtet. Der Regelung des § 5 Abs. 8a Satz 3 SGB V liege der Gedanke zugrunde zu verhindern, dass der Leistungsvorrang des Sozialhilfeträgers durch eine unverhältnismäßig kurze Unterbrechung im Sozialleistungsbezug unterlaufen werde. Vorliegend sei der Leistungsbe-

zug zwar genau für einen Monat unterbrochen gewesen. Dies könne aber nicht zu einer anderen Beurteilung führen, denn Sozialhilfe würde üblicherweise monatsweise bewilligt. Zuletzt sei zu berücksichtigen, dass der Antragsteller im Mai nur über ein übersteigendes Einkommen in Höhe von 19,61 Euro verfügte. Eventuelle Pflichtversicherungsbeiträge beliefen sich aber auf ca. 40,00 Euro. Der insoweit erhöhte Bedarf führe also dazu, dass der Anspruch des Antragstellers auf Gewährung von Grundsicherungsleistungen über den 30.04.2009 hinaus fortbestanden habe.

Die Beigeladene hat keinen Antrag gestellt. Sie weist aber darauf hin, dass der Wortlaut der Vorschrift eindeutig sei. Der Pflichtversicherungstatbestand sei lediglich dann nicht erfüllt, wenn der Leistungsbezug weniger als einen Monat unterbrochen sei. Dies sei hier nicht der Fall.

Das Gericht hat die Verwaltungsvorgänge der Antragsgegnerin sowie die Sozialhilfeakte der Beigeladenen beigezogen.

II. Der nach § 86b Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz -SGG- statthafte Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ist begründet.

Voraussetzung für den Erlass der begehrten Regelungsanordnung nach § 86b Abs. 2 Satz 2 SGG ist neben einer besonderen Eilbedürftigkeit der Regelung (Anordnungsgrund) ein Anspruch des Antragstellers auf die begehrte Regelung (Anordnungsanspruch). Anordnungsgrund und Anordnungsanspruch sind glaubhaft zu machen (§ 86b Abs. 2 Satz 3 SGG i.V.m. § 920 Abs. 2 Zivilprozessordnung -ZPO-).

Der Antragsteller konnte das Bestehen eines Anordnungsanspruchs glaubhaft machen. Nach der im Eilverfahren nur möglichen vorläufigen Einschätzung erfüllt er die Voraussetzungen der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung bei der Antragsgegnerin nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchstabe a) SGB V.

Danach sind solche Personen in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und zuletzt gesetzlich krankenversichert waren.

Der Antragsteller verfügt nach seinen unstreitigen Angaben derzeit über keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall. Ebenfalls nach seinen Angaben war er vor Beginn des Sozialhilfebezuges bei der Antragsgegnerin pflichtversichert.

Darüber hinaus liegt nach der im Eilverfahren nur möglichen vorläufigen Einschätzung auch kein Ausschlussgrund nach § 5 Abs. 8a Satz 2, 3 SGB V vor:

Nach dieser Ausnahmegvorschrift sind nach Absatz 1 Nr. 13 nicht versicherungspflichtig Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches. Dies gilt auch, wenn der Anspruch auf diese Leistungen für weniger als einen Monat unterbrochen wird.

Zwar bezieht der Antragsteller gegenwärtig laufende Leistungen nach dem Vierten Kapitel des SGB XII. Das Gericht hat in seinem Schreiben vom 10.09.2009 aber bereits darauf hingewiesen, dass dies nach § 190 Abs. 13 SGB V eine einmal entstandene Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V nicht entfallen lässt. Der Antragsteller ist seit 01.05.2009 bei der Antragsgegnerin pflichtversichertes Mitglied.

Soweit die Antragsgegnerin der Ansicht ist, dem stehe § 5 Abs. 8a Satz 3 SGB V entgegen, überzeugt dies das Gericht nicht. Der Antragsteller erhielt einen Monat lang keine Leistungen von der Beigeladenen. Der Leistungsbezug war nicht weniger als einen Monat unterbrochen. Zwar ist es richtig, dass Sozialhilfe grundsätzlich monatlich beschieden wird. Das ändert aber nichts an der Entscheidung des Gesetzgebers, nur solche Unterbrechungen als unwesentlich anzusehen, die weniger als einen Monat betragen. Das Gericht kann in der Aufforderung des Sozialamtes an den Antragsteller, einen Wohngeldantrag zu stellen, auch nichts Ungewöhnliches entdecken. Sozialhilfe ist gegenüber anderen Sozialleistungen nachrangig (vgl. § 2 SGB XII und - speziell zur Grundsicherung - § 41 Abs. 1 Satz 1 SGB XII). Der Verweis auf Wohngeld und gegebenenfalls Kinderzuschlag als vorrangige Sozialleistungen ist im SGB XII und - mehr noch - im SGB II alltägliche Verwaltungspraxis.

Zuletzt ist darauf hinzuweisen, dass die Antragsgegnerin zwar zu Recht darauf hinweist, dass § 5 Abs. 8a Satz 3 SGB V nicht auf einen tatsächlichen Leistungsbezug abstellt, sondern auf eine Unterbrechung des Anspruchs auf Bewilligung dieser Leistungen. Soweit sie vor dem Hintergrund der Beitragshöhe und des geringen übersteigenden Einkommens aber ableitet, der Anspruch des Antragstellers nach dem Vierten Kapitel des SGB XII habe unverändert fortbestanden, folgt das Gericht dieser Argumentation nicht. Bei der (fiktiven) Anspruchsbeurteilung nach dem SGB XII für den Monat Mai 2009 können die Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge nicht bedarfserhöhend berücksichtigt werden. Denn ansonsten wäre die Folge, dass ein Anspruch auf Grundsicherungsleistungen bestünde, der eine Pflichtversicherung ausschließen würde, so dass die - zur Bejahung des Anspruchs auf laufende Leistungen führenden - Versicherungsbeiträge wieder entfallen würden. Der Anspruch würde sich quasi selbst aufheben, was nur schwerlich überzeugen kann.

Vor dem Hintergrund seines Gesundheitszustandes hat der Antragsteller auch einen Anordnungsgrund glaubhaft gemacht.

Die Kammer hat die Wirkung der einstweiligen Anordnung auf die Zeit bis zur Rechtskraft der Entscheidung in der Hauptsache befristet. Vor dem Hintergrund des Umstandes, dass die Betreuerin des Antragstellers bereits zum 01.05.2009 einen Antrag bei der Antragsgegnerin auf Anerkennung der Pflichtmitgliedschaft gestellt hatte, die Beteiligten ein Interesse an einer nahtlosen Klärung des Krankenversicherungsschutzes haben und die Frage nach der Mitgliedschaft im Mai 2009 für die Frage nach der Mitgliedschaft zum jetzigen Zeitpunkt ohnehin zu klären war, hat das Gericht keine Veranlassung gesehen, die Verpflichtung der Antragsgegnerin auf den Zeitraum ab Antragstellung bei Gericht zu beschränken.

Die Kostenentscheidung beruht auf einer entsprechenden Anwendung von § 193 SGG.

RECHTSMITTELBELEHRUNG

I. Soweit die **einstweilige Anordnung** erlassen wurde, ist gegen diesen Beschluss die Beschwerde statthaft. Sie ist **innen eines Monats** nach Zustellung beim Sozialgericht Bremen, Am Wall 198, 28195 Bremen, **schriftlich** oder mündlich **zur Niederschrift** des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen.

Die Beschwerdefrist ist auch gewahrt, wenn die Beschwerde innerhalb der Frist bei dem Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, Georg-Wilhelm-Straße 1, 29223 Celle oder der Zweigstelle des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen, Am Wall 198, 28195 Bremen **schriftlich** oder mündlich **zur Niederschrift** des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird.

II. Soweit **Prozesskostenhilfe** bewilligt wurde, ist dieser Beschluss für die Beteiligten dieses Verfahrens gemäß § 73a SGG i. V. m. § 127 Abs. 2 Satz 1 ZPO unanfechtbar.

Dr. Harich

AMX.