



Sozialgericht Bremen

S 67 KR 218/22 ER

Beschluss

In dem Rechtsstreit

Frau [REDACTED] K [REDACTED]
[REDACTED]
S [REDACTED] Bremen

vertreten durch

[REDACTED] M [REDACTED]
[REDACTED],
[REDACTED]

– Antragstellerin –

Prozessbevollmächtigte:

S [REDACTED]
[REDACTED]

g e g e n

A [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

– Antragsgegnerin –

beigeladen:

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

hat die 67. Kammer des Sozialgerichts Bremen am 20. Januar 2023 durch ihren Vorsitzenden, Direktor des Sozialgerichts Prof. Dr. Schnitzler, beschlossen:

Die Antragsgegnerin wird im Wege der einstweiligen Anordnung vorläufig verpflichtet, die Antragstellerin in der Zeit ab dem 2.9.2022 als Mitglied zu führen und ihr Leistungen nach dem SGB V zu gewähren, insbesondere Pflegeleistungen nach dem SGB V sowie ärztliche Behandlung (§§ 27 ff. SGB V) und Arzneimittel (§ 31 SGB V) zu gewähren.

Der Antragstellerin wird für das erstinstanzliche Verfahren Prozesskostenhilfe bewilligt und Rechtsanwältin [REDACTED] als Prozessbevollmächtigte beigeordnet.

Die Antragsgegnerin trägt die notwendigen außergerichtlichen Kosten der Antragstellerin.

Gründe

I.

Die Antragstellerin – die nach einem Unfall in einer Einrichtung intensiv gepflegt wird – begehrt die vorläufige Aufnahme als Mitglied und die Übernahme der Kosten insbesondere der Pflege.

Die 1975 geborene Antragstellerin (im Folgenden: Ast.) – die die polnische Staatsangehörigkeit hat – lebt nach Angaben der Betreuerin seit ca. acht Jahren in Deutschland. Nach den Angaben der Betreuerin konsumierte sie zuletzt regelmäßig Alkohol und war mittel- und obdachlos. Eine Versicherung bei der Antragsgegnerin (im Folgenden: Ag.) habe nur bis zum 21.12.2019 bestanden. Nachdem sie am 2.9.2022 einen Ertrinkungsunfall mit anschließender Reanimation erlitt, wird sie stationär bzw. in einer Einrichtung in Bremen behandelt und intensivmedizinisch gepflegt. Am 1.11.2022 beantragte die Betreuerin der Ast. bei der Antragsgegnerin die „obligatorische Krankenversicherung“ ab dem Tag des Unfalls. Sie erklärte, die Beiträge würden vom beigeladenen Sozialhilfeträger übernommen. Mit Schreiben vom 10.11.2022 – ohne Rechtsbehelfsbelehrung - lehnte die Antragsgegnerin die Versicherung ab. Sie führte aus, es sei nicht zu ermitteln, ob die Ast. sich seit Dezember 2019 in Deutschland aufgehalten habe. Daher sei eine obligatorische Anschlussversicherung gem. § 188 SGB V nicht durchzuführen. Selbst wenn eine obligatorische Anschlussversicherung im Jahre 2019 begonnen worden wäre, hätte diese gem. § 191 Nr. 4 SGB V nach sechs Monaten wegen fehlender Beitragsleistungen geendet. Auch eine Pflichtversicherung für Nichtversicherte gem. § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V greife nicht, weil die Ast. über eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall im Sinne dieser Vorschrift verfüge. Denn sie beziehe nach einer Mitteilung der Betreuerin Leistungen nach dem SGB XII. In Betracht käme daher nur eine Anmeldung

gem. § 264 SGB XII (Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung). Am 17.11.2022 erhob die Betreuerin hiergegen Widerspruch. Sie erklärte, die Ast. habe sich seit dem 21.12.2019 ununterbrochen in Deutschland aufgehalten. Sie sei wegen der Alkoholerkrankung nicht in der Lage gewesen, sich um ihre rechtlichen Angelegenheiten zu kümmern. Die Ag. als letzte Krankenkasse der Ast. müsse diese wieder aufnehmen. Hiergegen wandte die Ag. ein, auch eine freiwillige Mitgliedschaft komme nicht in Betracht (Schr. v. 5.12.2022); eine solche könne nur im unmittelbaren Anschluss an eine frühere Pflichtversicherung durchgeführt werden. Über den Widerspruch hat die Ag. bisher noch nicht abschließend entschieden. Am 12.12.2022 teilte die Betreuerin der Ast. der Ag. mit, dass sie weitere Schritte einleiten werden, sofern nicht innerhalb der nächsten sieben Tage eine positive Entscheidung ergehe.

Am 20.12.2022 beantragte die Betreuerin für die Ast. den Erlass einer einstweiligen Anordnung, mit der die Ag. verpflichtet werde, die Ast. ab dem Ende der Pflichtmitgliedschaft (im Dezember 2019) als Mitglied aufzunehmen. Sie machte geltend, ohne med. Versorgung und Pflege könne die Ast. nicht überleben. Ärzte und Apotheken würden ihr künftig keine Leistungen anbieten können, weil bereits zu hohe Verbindlichkeiten bestünden. Insofern – und im Hinblick auf die Einrichtung – seien Kosten für die Krankenbehandlung offen. Es sei ein Antrag auf Gewährung von Hilfen bei Krankheit gem. § 48 SGB XII bei der Beigeladenen gestellt worden. Die Ast. sei mittellos und verfüge nicht über Einkommen. Die Betreuerin fügte eine Nachricht der Einrichtung vom 19.12.2022 bei; darin erklärte diese, es könne nicht sein, dass die Einrichtung wegen die Kosten auf nicht absehbare Zeit in Vorleistung gehe. Die Ast. werde dort seit dem 1.11.2022 im Intensivpflegebereich versorgt. Der Personalschlüssel liege dort bei 1:1,04. Die fehlende Kostenzusage führe dazu, dass die Apotheke keine Medikamente für die Ast. mehr liefere; Fachärzte hätten wegen der fehlenden Kostenzusage die Versorgung verweigert. Sofern nicht umgehend eine Kostenzusage ergehe, werde der Heimplatz zum nächstmöglichen Zeitpunkt gekündigt. Die Prozessbevollmächtigten der Ast. machen geltend, die Ast. sei bis zu ihrer Erkrankung versicherungspflichtig beschäftigt gewesen und besitze weiterhin den Status als Arbeitnehmerin und habe daher Anspruch auf Krankenversicherungsschutz.

Die Ag. hat beantragt, den Antrag zurückzuweisen. Die Ast. sei 2018 hilfbedürftig gewesen, weil sie ansonsten – wie auch aus den Bescheiden ersichtlich – seinerzeit keine Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts erhalten hätte. Die Ast. sei damit als polnische Staatsangehörige nicht erwerbstätige Unionsbürgerin. Sie sei damit gem. § 5 Abs. 11 S. 2 SGB V von der Versicherungspflicht gem. § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V

ausgeschlossen, weil das Bestehen eines Krankenversicherungsschutzes nicht nachgewiesen sei. Damit müsse der beigeladene Sozialhilfeträger die Krankenhilfe leisten.

Der beigeladene Sozialhilfeträger, bei dem die Betreuerin am 6.10.2022 Leistungen beantragt hat, hat mit Schreiben vom 15.12.2022 die Gewährung von Leistungen nach den §§ 48, 61, 66a SGB XII abgelehnt. Nach Aktenlage habe die Ast. zum Zeitpunkt des Unfalls nicht über Krankenversicherungsschutz verfügt. Sie habe zu diesem Zeitpunkt von Unterstützungsleistungen von Freunden, insbesondere ihres Lebenspartners gelebt. Sozialleistungen habe sie zu diesem Zeitpunkt nicht bezogen. Einschlägig sei daher eine obligatorische Anschlussversicherung gem. § 188 Abs. 4 SGB V. Diese Versicherung gehe auch der Leistung gem. § 48 SGB XII vor. Diese Leistung bestehe seit dem Ende der Versicherung im Jahre 2019. Dass die Ag. diese Versicherung ablehne entspreche nicht der Rechtslage. Die Ast. habe keine Sozialleistungen bezogen. Soweit die Ag. erkläre, dass die Ast. durch die Beigeladene abgesichert sei, so treffe dies nicht zu. Die Ag. irre sich auch, wenn sie meine, der Antragstellerin stünden umfänglich Leistungen nach dem SGB XII zu. In Wirklichkeit komme nur eine hilfsweise Leistungsgewährung in Betracht, bis die Ast. das Gebiet der Bundesrepublik Deutschland verlassen habe. Die Beigel. meint, wenn sie dem Antrag entspreche, würde zugleich der Anspruch erst ab dem 6.10.2022 – dem Antragsdatum – bestehen. Die Kammer hat am 9.1.2023 die Beiladung ausgesprochen.

II.

Der Antrag ist zulässig und begründet. Die Antragstellerin hat Anspruch darauf, von der Antragsgegnerin in der Zeit ab dem 2.9.2022 als Mitglied geführt zu werden und Leistungen nach dem SGB V zu erhalten, insbesondere z.B. Pflegeleistungen nach dem SGB V sowie ärztliche Behandlung (§§ 27 ff. SGB V) und Arzneimitteln (§ 31 SGB V).

Nach § 86b Abs.2 Satz 2 SGG kann das Gericht einstweilige Anordnungen zur Regelung eines vorläufigen Zustandes in Bezug auf ein streitiges Rechtsverhältnis treffen, wenn eine solche Regelung zur Abwendung wesentlicher Nachteile notwendig erscheint. Der Erlass einer solchen Regelungsanordnung setzt voraus, dass nach materiellem Recht ein Anspruch auf die begehrte Leistung besteht (Anordnungsanspruch) und dass die Regelungsanordnung zur Abwendung wesentlicher Nachteile notwendig ist (Anordnungsgrund). Sowohl der Anordnungsanspruch als auch der Anordnungsgrund sind gemäß § 920 Abs.2 der Zivilprozessordnung (ZPO) i.V.m. § 86b Abs.2 Satz 4 SGG

glaubhaft zu machen. Besondere Anforderungen an die Ausgestaltung des Eilverfahrens ergeben sich aus Art.19 Abs.4 Grundgesetz (GG), wenn ohne die Gewährung vorläufigen Rechtsschutzes schwere unzumutbare, anders nicht abwendbare Beeinträchtigungen entstehen können, die durch das Hauptsacheverfahren nicht mehr zu beseitigen wären. Ist dem Gericht eine vollständige Aufklärung der Sach- und Rechtslage in einem solchen Eilverfahren nicht möglich, so ist anhand einer Folgenabwägung zu entscheiden (vgl. Bundesverfassungsgericht- BVerfG-, Beschlüsse vom 12.05.2005- 1 BVR 569/05, Rn.19, 26 und vom 25.02.2009 – 1 BVR 120/09, Rn.11, jeweils zitiert nach juris).

Es liegt ein Streitiges Rechtsverhältnis vor. Zwar hat die Ag. – wie dem Gericht am 19.1.2023 übersandt – offenbar vor, den Widerspruch der Ast. zurückzuweisen. Diese Entscheidung liegt jedoch derzeit nur als Entwurf vor. Ohnehin ist absehbar, dass die Betreuerin der Ast. hiergegen Klage erheben wird.

Außerdem liegt ein Anordnungsanspruch vor. Anspruchsgrundlage für die begehrte vorläufige Aufnahme als Mitglied und die Übernahme der Kosten insbesondere der Pflege ist § 5 Abs. 1 Nr. 13 a) SGB V. Danach sind Personen pflichtversichert, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und zuletzt gesetzlich krankenversichert waren.

Diese Voraussetzungen erfüllt die Antragstellerin nach vorläufiger Prüfung.

Ein anderweitiger Krankenversicherungsschutz steht ihr derzeit nicht zu, zumal auch die Beigel. die Gewährung von Leistungen abgelehnt hat. Ob diese Entscheidung letztlich Bestand hat, muss derzeit nicht entschieden werden, ebenso, ob entsprechende Leistungen nach dem SGB XII die Versicherung gem. § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V überhaupt ausschließen (verneinend: BSG, Urt. v. 6.10.2010, B 12 KR 25/09 R).

Die Antragstellerin war auch „zuletzt“ krankenversichert. Für eine „zuletzt“ bestehende Krankenversicherung ist nicht erforderlich, dass diese unmittelbar voranging; auch bei einer zwischenzeitlich anderen Absicherung gegen Krankheit bleibt die vorherige gesetzliche Krankenversicherung Anknüpfungspunkt für die Auffangversicherung (BSG, Urt. v. 21.12.2011, B 12 KR 13/10 R).

Der Versicherungsschutz ist auch nicht gem. § 5 Abs. 11 S. 2 SGB V ausgeschlossen. Danach sind u.a. Angehörige eines anderen Mitgliedstaates der Europäischen Union von der Versicherungspflicht nach Abs. 1 Nr. 13 nicht erfasst, wenn die Voraussetzung für die Wohnortnahme in Deutschland die Existenz eines Krankenversicherungsschutzes

nach § 4 des Freizügigkeitsgesetzes/EU ist. Diese Voraussetzungen bestehen – nach vorläufiger Prüfung – ebenfalls nicht. Denn die Ast. hat sich seit acht Jahren, mithin seit ca. 2015 in Deutschland aufgehalten. Bis zu ihrer Erkrankung ca. 2019 ist sie mithin etwa vier Jahre beschäftigt gewesen; § 4 Freizügigkeitsgesetzes/EU bezieht sich jedoch nur auf nicht erwerbstätige freizügigkeitsberechtigte Menschen. Ob die Ast. sich später – wie die Ag. im Entwurf des Widerspruchsbescheides vermutet – wieder nach Polen begeben hat, ist insofern nicht entscheidend; der Kammer ist nichts dafür ersichtlich, dass die Ast. ihren Aufenthaltsstatus in der Bundesrepublik verloren haben könnte.

Es ist auch ein Anordnungsgrund gegeben. Die Ast. ist dringend auf Leistungen der Krankenversicherung angewiesen, wie das Schreiben der Einrichtung zeigt.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG in entsprechender Anwendung.

Rechtsmittelbelehrung

Gegen diesen Beschluss ist die Beschwerde statthaft. Sie ist **innen eines Monats** nach Zustellung beim Sozialgericht Bremen, Am Wall 198, 28195 Bremen, **schriftlich** oder **in elektronischer Form** nach Maßgabe von § 65a Sozialgerichtsgesetz in Verbindung mit der Verordnung über die technischen Rahmenbedingungen des elektronischen Rechtsverkehrs und über das besondere elektronische Behördenpostfach vom 24.11.2017 (BGBl. I 2017, S. 3803) in der jeweils aktuellen Fassung oder **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 **in elektronischer Form** nach Maßgabe von § 65a Sozialgerichtsgesetz in Verbindung mit der Verordnung über die technischen Rahmenbedingungen des elektronischen Rechtsverkehrs und über das besondere elektronische Behördenpostfach vom 24.11.2017 (BGBl. I 2017, S. 3803) in der jeweils aktuellen Fassung oder **zur Niederschrift** des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird.

Prof. Dr. Schnitzler
Direktor des Sozialgerichts