
Datum: 28.10.2008
Gericht: Sozialgericht Aachen
Spruchkörper: 13. Kammer
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: S 13 KR 92/08
ECLI: ECLI:DE:SGAC:2008:1028.S13KR92.08.00

Nachinstanz: Landessozialgericht NRW, L 5 KR 206/08
Sachgebiet: Krankenversicherung
Rechtskraft: rechtskräftig

Tenor:

Die Klage wird abgewiesen. Kosten haben die Beteiligten einander nicht zu erstatten.

- Tatbestand: 1
- Die Beteiligten streiten darüber, ob der Kläger seit dem 28.06.2007 nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) krankenversicherungspflichtiges Mitglied der Beklagten ist. 2
- Der am 00.00.1978 geborene Kläger nahm ab 02.11.2006 an einer von der Bundesagentur für Arbeit geförderten Maßnahme zur Teilhabe am Arbeitsleben teil. Vom 02.11.2006 bis 27.06.2007 erhielt er Übergangsgeld und war bei der Beklagten krankenversichert. Seit dem 10.07.2007 bezieht er von dem Beigeladenen laufende Leistungen nach dem 3. Kapitel (Hilfe zum Lebensunterhalt) des Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII). 3
- Am 14.11.2007 beantragte der Kläger die Feststellung seiner Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V. 4
- Durch Bescheid vom 12.02.2008 stellte die Beklagte fest, dass der Kläger ab 28.06.2007 nicht der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V unterliege, da er laufende Leistungen der Sozialhilfe beziehe. 5

Dagegen legte der Kläger am 25.02.2008 Widerspruch ein. Er nahm Bezug auf ein Schreiben des Beigeladenen vom 19.02.2008, in dem dieser die Auffassung vertrat, ab 28.06.2007 bestehe Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V.

Am 13.03.2008 suchte der Kläger beim Sozialgericht um vorläufigen Rechtsschutz nach zwecks Klärung, wer seine Krankenhilfekosten zu tragen habe. Durch Beschluss vom 28.03.2008 (S 21 KR 42/08 ER) verpflichtete das Sozialgericht Aachen die Beklagte im Wege der einstweiligen Anordnung, den Kläger vorläufig bis zur rechtskräftigen Entscheidung in der Hauptsache als versicherungspflichtiges Mitglied nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V zu führen und ihm dementsprechend Leistungen der Krankenversicherung zu erbringen. Zur Begründung wurde ausgeführt, der Kläger sei seit 28.06.2007 nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V pflichtversichert, weil er an diesem Tag ohne anderweitige Absicherung im Krankheitsfall gewesen sei. Durch den Bezug der laufenden Leistungen nach dem SGB XII ab 10.07.2007 sei die Versicherungspflicht nicht beendet worden; dies ergebe sich aus § 190 Abs. 13 Satz 2 SGB V. In den Gründen des Beschlusses heißt es weiter:

"Ein Ausschluss der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ergibt sich auch nicht aus § 5 Abs. 8a Satz 4 SGB V. Danach gilt der Anspruch auf Leistungen nach § 19 Abs. 2 nicht als Absicherung im Krankheitsfall im Sinne von Absatz 1 Nr. 13, sofern im Anschluss daran kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall besteht. Dies bedeutet: Grundsätzlich ist der Anspruch auf Leistungen nach § 19 Abs. 2 SGB V keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall. Etwas anderes gilt nur, wenn im Anschluss eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall begründet wird. Ziel der Regelung ist es, eine Ungleichbehandlung der nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V freiwillig Versicherten mit den nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V zu verhindern. Dazu heißt es in der Gesetzesbegründung: "Die Mitgliedschaft Versicherungsberechtigter nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 beginnt mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder der Familienversicherung. Der nachgehende Leistungsanspruch nach § 19 Abs. 2 für längstens einen Monat findet keine Anwendung. Um eine Ungleichbehandlung der freiwilligen Mitglieder mit den nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Versicherten zu verhindern, wird durch Satz 4 gesetzlich klargestellt, dass sich die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 ebenfalls ohne Anwendung des § 19 Abs. 2 an das Ende der Versicherung in der GKV anschließt." (BT-Drs. 16/4247 S. 29 f. zu Buchstabe c).

Die Regelung soll jedoch nicht dazu führen, dass Personen, die innerhalb eines Monats laufende Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des SGB XII erhalten, von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen werden. Eine Zusammenschau der Regelungen zur Mitgliedschaft nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V mit den Regeln im SGB XII ergibt, dass es Ziel des Gesetzgebers war, diejenigen, die bis zur Neuregelung im Leistungsbezug der Sozialhilfeträger standen, von der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V auszuschließen. Dies ist jedoch die Ausnahmeregelung von dem Grundsatz, dass derjenige, der einmal eine Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Krankenversicherung begründet hat, dies auch behalten soll. Dies ergibt sich z.B. aus § 190 Abs. 13 Satz 2 SGB V, wonach die Mitgliedschaft der nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Versicherungspflichtigen nicht durch den Beginn des laufenden Leistungsbezugs nach dem SGB XII beendet wird."

Durch Widerspruchsbescheid vom 16.05.2008, zugestellt am 27.05.2008, wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers gegen den Bescheid vom 12.02.2008 zurück. Sie vertrat die Auffassung, dass die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V für Personen ausgeschlossen sei, die nach Beendigung einer anderen Versicherungspflicht innerhalb der

Monatsfrist des § 19 Abs. 2 SGB V Leistungen der Sozialhilfe nach dem SGB XII erhielten. Dies sei beim Kläger der Fall, denn er habe nach dem Ende der Versicherungspflicht als Rehabilitand am 27.06.2007 noch innerhalb der Monatsfrist des § 19 Abs. 2 SGB V - nämlich bereits am 10.07.2007 - laufende Hilfe zum Lebensunterhalt erhalten.

Dagegen hat der Kläger am 23.06.2006 Klage erhoben. 11

Der Kläger beantragt, 12

den Bescheid der Beklagten vom 12.02.2008 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 16.05.2008 aufzuheben und festzustellen, dass er seit 28.06.2007 in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V und Pflichtmitglied der Beklagten ist. 13

Die Beklagte beantragt, 14

die Klage abzuweisen. 15

Sie wiederholt ihre im Widerspruchsbescheid vertretene Auffassung. 16

Der Beigeladene stellt keinen eigenen Antrag. Er schließt sich dem Antrag des Klägers an. Er sieht die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht des Klägers nach § Abs. 1 Nr. 13 SGB V ab 28.06.2007 als erfüllt an, da der Kläger an diesem Tag noch keine laufende Hilfe zum Lebensunterhalt erhalten habe, sondern erst ab 10.07.2007. Der Beigeladene hält die rechtliche Bewertung im Beschluss der 21. Kammer vom 28.03.2008 für überzeugend. 17

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der zwischen den Beteiligten gewechselten Schriftsätze und den sonstigen Inhalt der Gerichtsakte sowie der beigezogenen, den Kläger betreffenden Verwaltungsakte der Beklagten und der Akte des Sozialgerichts Aachen (S 21 KR 49/08 ER), die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind, Bezug genommen. 18

Entscheidungsgründe: 19

Die Klage ist zulässig, jedoch nicht begründet. 20

Der Kläger - und mittelbar auch der Beigeladene - werden durch die angefochtenen Bescheide nicht im Sinne des § 50 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) beschwert, da diese nicht rechtswidrig sind. Der Kläger ist nicht seit 28.06.2007 krankenversicherungspflichtig nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V. 21

Gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 13 a) SGB V sind in der gesetzlichen Krankenversicherung Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und zuletzt gesetzlich krankenversichert waren, versicherungspflichtig. Zwar war der Kläger "zuletzt gesetzlich krankenversichert". Denn während der Teilnahme an der Maßnahme zur Teilhabe am Arbeitsleben war er versicherungspflichtig gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V; die Mitgliedschaft aufgrund dieses Versicherungspflichttatbestandes begann mit dem Beginn der Maßnahme am 02.11.2006 (§ 186 Abs. 4 SGB V) und endete mit dem letzten Tag des Bezuges von Übergangsgeld am 27.06.2007 (§ 190 Abs. 7 SGB V). Ab 28.06.2007 bestand (und besteht) jedoch keine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V, weil der Kläger seit diesem Datum einen "anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall" hatte und hat. 22

Der Kläger hatte nach dem Ende seiner Mitgliedschaft als Versicherungspflichtiger nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V zunächst ab dem 28.06.2007 noch für längstens einen Monat, das heißt bis zum 27.07.2007 Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung. Dieser nachgehende Leistungsanspruch des Klägers wurde als anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB nicht durch die Bestimmung des § 5 Abs. 8a Satz 4 SGB V ausgeschlossen. Nach dieser Bestimmung gilt der Leistungsanspruch nach § 19 Abs. 2 SGB V nicht als Absicherung im Krankheitsfall, sofern im Anschluss daran kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall besteht. "Im Anschluss daran" bezieht sich auf das Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs, meint also im Anschluss an den Monat nach dem Ende der Mitgliedschaft als Versicherungspflichtiger (hier: nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V). Nur dann, wenn ("sofern") danach kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall besteht, wenn also der Zeitraum des nachgehenden Leistungsanspruchs von maximal einem Monat ausgeschöpft wird, ohne das sich ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall anschließt, besteht für den gesamten Zeitraum (auch des nachgehenden Leistungsanspruchs) Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V. Wird hingegen im unmittelbaren Anschluss an den Zeitraum des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 Abs. 2 SGB V oder im Verlauf desselben eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall begründet, gilt auch der Zeitraum des nachgehenden Leistungsanspruchs als Absicherung im Krankheitsfall im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V (vgl: "Gemeinsames Rundschreiben der Spitzenverbände der Krankenkassen" vom 20.03.2007, Ziffer 2.3.2, in: Die Beiträge 2007, S. 267, 280).

Der Kläger war nach dem Ablauf des Monats des nachgehenden Leistungsanspruchs (28.06. bis 27.07.2007) also am 28.07.2007 nicht ohne Anspruch auf anderweitige Absicherung im Krankheitsfall; denn er erhielt schon ab 10.07.2007 laufende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Dritten Kapitel des SGB XII. Dass ein solcher laufender Leistungsbezug im Hinblick auf den damit einhergehenden Krankenhilfeanspruch nach § 48 SGB XII i.V.m. § 264 Abs. 2 SGB V für sich genommen eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall beinhaltet, ergibt sich unmittelbar aus § 5 Abs. 8a Satz 1 i.V.m. Satz 2 SGB V. Wenn aber bereits ab 10.07.2007 und auch noch am 28.07.2007 im Anschluss an den nachgehenden Leistungsanspruchs des § 19 Abs. 2 SGB V eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall bestand, greift der Ausschlussstatbestand des § 5 Abs. 8a Satz 4 SGB V nicht. Dies bedeutet, dass der nachgehende Leistungsanspruch nach § 19 Abs. 2 SGB V (jedenfalls) in der Zeit vom 28.06. bis 09.07.2007 einen Anspruch auf anderweitige Absicherung im Krankheitsfall im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 12 SGB V beinhaltete, der die Versicherungspflicht nach dieser Vorschrift ausschloss. Seit dem 10.07.2007 schließt der laufende Bezug der Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Dritten Kapitel des SGB XII mit dem damit verbundenen Anspruch auf Krankenhilfe seinerseits die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V bis heute (und noch so lange, wie der Kläger diese laufende Sozialhilfeleistung bezieht) aus. 24

Soweit im Beschluss vom 28.03.2008 (S 21 KR 49/08 ER) die Auffassung vertreten wurde, es gelte der Grundsatz, dass derjenige, der einmal eine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung begründet habe, diese auch behalten solle, weshalb der nachgehende Leistungsanspruch nach § 19 Abs. 2 SGB V grundsätzlich keine die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ausschließende Absicherung im Krankheitsfall sei, teilt die erkennende Kammer diese Auslegung nicht. Wäre sie richtig, hätte es des "sofern"-Halbsatzes in § 5 Abs. 8a Satz 4 SGB V nicht bedurft. Auch die im Beschluss zitierten Gesetzesmaterialien (BT-Drucksache 16/4247, S. 29f.) stützen die Auffassung der 21. Kammer nicht. Im Gegenteil: Die Regelung des § 5 Abs. 8a Satz 4 SGB V soll gerade dazu führen, dass für Personen, die innerhalb eines Monats nach dem Ende eines anderweitigen 25

Versicherungspflichttatbestandes laufende Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des SGB XII erhalten, keine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung besteht. Denn diese Personen haben lückenlos Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall, sei es nach § 19 Abs. 2 SGB V oder wegen des Bezugs laufender Hilfe zum Lebensunterhalt mit Krankenhilfeanspruch nach § 48 SGB XII i.V.m. § 264 Abs. 2 SGB V. Nur dann, wenn eine Absicherungslücke entsteht, weil nach dem Ende des einmonatigen nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 Abs. 2 SGB V kein Anspruch auf anderweitige Absicherung im Krankheitsfall besteht, ist es notwendig und gerechtfertigt, die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V zu begründen.

Mit der Regelung des § 5 Abs. 8a Satz 4 SGB V wurde ein Anliegen des Bundesrates aufgegriffen (vgl. BT-Drucksache 16/4247, S. 30 oben). Der Bundesrat hatte seinen Ergänzungsvorschlag - eben den Satz 4 in Abs. 8a - in der BT-Drucksache 16/3950, Anlage 2 S. 8 wie folgt begründet: "Es bedarf Regelungen, die bei der angedachten Versicherungspflicht- lösung eine Kostenverschiebung durch die Sozialhilfeträger verhindern und eine Gleichbehandlung der Versicherten - unabhängig davon, ob die Mitgliedschaft im Rahmen der freiwilligen Versicherung oder der neuen Versicherungspflicht geführt wird - für Zeiten des sog. nachgehenden Leistungsanspruchs sicherstellen.

26

Ausgeschlossen werden muss, dass eine (unter Umständen "ge- steuerte") Unterbrechung des Sozialhilfeleistungsbezugs eine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 eintreten lässt, die dann bei einem erneuten Einsetzen der Sozialhilfeleistungen bestehen bleibt. Das könnte dadurch erreicht werden, dass kurz- zeitige Unterbrechungen des Leistungsbezugs die Vorrang- regelung des § 5 Abs. 8a Satz 2 nicht aushebeln. Als kurzzeitiger Unterbrechungszeitraum wäre ein Zeitraum von bis zu einem Monat zu definieren.

27

Sofern dem Programmsatz der neuen Versicherungspflichtregelung zu entnehmen ist, dass auch der so genannte nachgehende Leistungsanspruch nach § 19 Abs. 2 eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall ist, die die neue Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 für diese Zeit (also im ersten Monat) nicht ent- stehen lässt, würden mit Blick auf den Gleichbehandlungsgrund- satz verfassungsrechtliche Verwerfungen gegenüber den freiwilligen Mitgliedern eintreten, deren beitragspflichtige Mitgliedschaft sich nahtlos an das Ende der vorherigen Pflichtmitgliedschaft anschließt."

28

Hieraus wird deutlich, dass es der Wille des Gesetzgebers war zu verhindern, dass die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V zu einer generellen Verschiebung der Krankenhilfekosten zu Gunsten der Sozialhilfeträger führt. Wenn die Sozialhilfe binnen eines Monats nach dem Ende des vorherigen Versicherungspflichttatbestandes einsetzt, schließt diese in Verbindung mit dem nachgehenden Leistungsanspruch als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V aus. Wenn aber eine Absicherungslücke nach Ablauf des einmonatigen nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 Abs. 2 SGB V die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V begründet, aber auch nur dann soll sich diese nahtlos an das Ende der vorherigen Pflichtmitgliedschaft anschließen, um in diesen Fällen eine Gleichbehandlung mit freiwilligen Mitgliedern nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 SGB V zu gewährleisten; denn deren Mitgliedschaft beginnt gem. § 188 Abs. 2 Satz 1 SGB V ebenfalls nahtlos mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder mit dem Tag nach dem Ende der Familienversicherung. Und lediglich in den Fällen, wenn wegen einer ansonsten drohenden Absicherungslücke eine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V begründet worden ist, endet diese nicht dadurch, dass - mehr als einen Monat nach dem Ende des vorhergehenden Versicherungspflichttatbestandes - Leistungen nach dem Dritten, Vierten,

29

Sechsten und Siebten Kapitel des SGB XII bezogen werden.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

30