Landessozialgericht NRW

Beschluss vom 30.05.2008

Tenor:

Auf die Beschwerde des Antragstellers wird der Beschluss des Sozialgerichts Detmold vom 16.01.2008 geändert und die Antragsgegnerin im Wege der einstweiligen Anordnung verpflichtet, dem Antragsteller ab dem 05.12.2007 bis zum 31.05.2008 die Krankenhilfe nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch zu gewähren. Dem Antragsteller wird zudem für das erstinstanzliche Antragsverfahren Prozesskostenhilfe bewilligt und Rechtsanwältin Iris Sümenicht aus Bielefeld beigeordnet. Dem Antragsteller wird entsprechend für das Beschwerdeverfahren Prozesskostenhilfe bewilligt. Die Antragsgegnerin trägt die erstattungsfähigen außergerichtlichen Kosten des Antragstellers in beiden Rechtszügen mit Ausnahme der Kosten des die Versagung von Prozesskostenhilfe betreffenden Beschwerdeverfahrens.

Gründe:

Die zulässige Beschwerden des Antragstellers vom 21.01.2008 gegen den ihm am 16.01.2008 zugestellten Beschluss des Sozialgerichts, denen das Sozialgericht nicht abgeholfen hat (Nichtabhilfebeschluss vom 22.01.2008), sind begründet.

I.

Entgegen der Auffassung des Sozialgerichts liegen zur Überzeugung des Senats die Voraussetzungen für den Erlass der begehrten einstweiligen (Regelungs-) Anordnung gemäß § 86b Abs. 2 S. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) vor.

Gemäß § 86b Abs. 2 S. 2 SGG sind einstweilige Anordnungen zur Regelung eines vorläufigen Zustandes in Bezug auf ein streitiges Rechtsverhältnis zulässig, wenn eine solche Regelung zur Abwendung wesentlicher Nachteile notwendig erscheint (Regelungsanordnung). Der Erlass einer einstweiligen Anordnung setzt dabei neben dem Bestehen eines Anordnungsanspruchs, d.h. eines materiellen Anspruchs auf die begehrte Leistung, auch das Vorliegen eines Anordnungsgrundes voraus. Ein solcher Anordnungsgrund besteht, wenn die Anordnung zur Abwendung wesentlicher Nachteile nötig erscheint (vgl. § 86b Abs. 2 S. 2 SGG). Können ohne die Gewährung vorläufigen Rechtsschutzes schwere und unzumutbare, anders nicht abwendbare Beeinträchtigungen entstehen, die durch das Hauptsacheverfahren nicht mehr zu beseitigen wären, sind die Erfolgsaussichten der Haupt-

sache nicht nur summarisch, sondern abschließend zu prüfen. Scheidet eine vollständige Aufklärung der Sach- und Rechtslage im Eilverfahren aus, ist auf der Grundlage einer an der Gewährung eines effektiven Rechtsschutzes orientierten Folgenabwägung zu entscheiden (BVerfG, Beschluss vom 12.05.2005 - 1 BvR 569/05, BVerfGE 5, 237 = NVwZ 2005, S. 927).

Dabei hält der Senat eine abschließende Klärung insbesondere der tatsächlichen Voraussetzungen einer (vorrangigen) Pflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung nach der Vorschriften des Sozialgesetzbuches Fünftes Buch (SGB V), die einer Verpflichtung der Antragsgegnerin entgegenstehen könnte, vorliegend zwar nicht für möglich. Die endgültige Klärung aber wird insoweit einem Hauptsacheverfahren vorbehalten bleiben müssen.

Nach der in Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes allein möglichen und gebotenen summarischen Prüfung hat der Antragsteller aber einen Anordnungsanspruch unter Berücksichtigung der gesicherten Tatsachen glaubhaft gemacht.

Der Verpflichtung der Antragsgegnerin, die Krankenbehandlung des Antragstellers sicherzustellen, kann insbesondere der Nachranggrundsatz aus § 2 Abs. 1 SGB XII nicht mit Erfolg entgegengehalten werden. Der Antragsteller kann seinen Krankenversicherungsschutz zunächst nicht im Sinne dieser Vorschrift aus seinem Einkommen und Vermögen sicherstellen. Dies ergibt sich bereits aus dem Umstand, dass der Antragsteller auch ausweislich der Bescheide der Antragsgegnerin vom 24.01.2008 über die Gewährung von Hilfe zur Pflege sein Renteneinkommen (italienische und argentinische Rente) in voller Höhe zur Deckung der Kosten der vollstationären Pflege einbringen muss. Anhaltspunkte für sonstiges Einkommen und Vermögen liegen nicht vor. Darüber hinaus erhält der Antragsteller die erforderlichen Leistungen nicht von anderen, insbesondere nicht von Angehörigen oder von Trägern anderer Sozialleistungen. Ein (vorrangiger) Anspruch auf Sicherstellung der Krankenversicherung gegen die Beigeladene oder eine andere gesetzliche Krankenkasse besteht unter Berücksichtigung des aktuellen Verfahrensstandes nicht. Zwar kommt für Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und a) zuletzt gesetzlich krankenversichert waren oder b) bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in § 5 Abs. 5 oder § 6 Abs. 1 oder 2 SGB V genannten Personen oder bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten, Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V in Betracht.

Hinsichtlich des Antragstellers sind allerdings die Voraussetzungen der Ausschlussstatbestände aus § 5 Abs. 8a und § 5 Abs. 11 Satz 2 SGB V zu berücksichtigen. Gemäß § 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V ist u.a. nicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V versicherungspflichtig, wer Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des SGB XII ist. Der Senat lässt vorliegend unent-

schieden, ob die Voraussetzungen dieses Ausschlusstatbestandes gegeben sind. Der Antragsteller ist aber ausweislich der Bescheide vom 24.01.2008 Empfänger laufender Leistungen nach dem Siebten Kapitel des SGB XII. Allerdings würde der Ausschlusstatbestand nach § 5 Abs. 8a SGB V nur dann greifen, wenn nach Sinn und Zweck der Norm der Bezug laufender Leistungen nach dem SGB XII auch eine bestehende Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ausschließen würde (so wohl Landessozialgericht [LSG] NRW, Beschluss vom 22.11.2007 - L 9 B 36/07 SO ER; a.A. etwa Baier in Krauskopf, Soziale Krankenversicherung, § 5 Rn. 104), da nach Abmeldung des Antragstellers gemäß § 264 SGB V nach Lage der Akten ein im Übrigen versicherungsfreier Zustand mit der Folge der Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V zu konstatieren sein dürfte. Denn der genannte Ausschlusstatbestand setzt schon seinem Wortlaut nach den tatsächlichen Bezug von Leistungen und nicht eine etwaige Verpflichtung zur Leistungserbringung voraus.

Vorliegend steht nach summarischer Prüfung der Versicherungspflicht aber die Vorschrift des § 5 Abs. 11 S. 2 SGB V entgegen. Danach werden von der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Angehörige eines anderen Mitgliedstaates der Europäischen Union, Angehörige eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder Staatsangehörige der Schweiz nicht erfasst, wenn Voraussetzung für die Wohnortnahme in Deutschland die Existenz eines Krankenversicherungsschutzes nach § 4 des Freizügigkeitsgesetzes/EU ist. Dabei soll allein das Bestehen der Verpflichtung nach § 4 des Freizügigkeitsgesetzes/EU eine entsprechende Versicherungspflicht ausschließen, ohne dass es darauf ankommt, ob Krankenversicherungsschutz tatsächlich besteht (vgl. Baier, a.a.O., Rn. 117). Nach § 4 des Freizügigkeitsgesetzes/EU haben nicht erwerbstätige Unionsbürger, ihre Familienangehörigen und ihre Lebenspartner, die den Unionsbürger begleiten oder ihm nachziehen, das Recht auf Einreise und Aufenthalt gemäß § 2 Abs. 1 des Gesetzes, wenn sie über ausreichenden Krankenversicherungsschutz und ausreichende Existenzmittel verfügen. Der Antragsteller ist nicht erwerbstätiger Unionsbürger im Sinne dieser Vorschrift und verfügt nach dem derzeitigen Stand der Ermittlungen nicht über ausreichenden Krankenversicherungsschutz, so dass dahinstehen kann, ob bereits das Bestehen der Verpflichtung (s.o.) der Versicherungspflicht entgegensteht. Der Senat vermag insbesondere der Auffassung der Antragsgegnerin, im Zeitpunkt der Einreise habe Freizügigkeit vorgelegen, nicht beizutreten. Die von der Antragstellerin vorgelegte Stellungnahme der Ausländerbehörde geht davon aus, dass ein Krankenversicherungsschutz über die italienische Rente mit dem Vordruck E 121 sichergestellt sei. Genau dies erscheint aber fraglich. Denn die Beigeladene hat darauf verwiesen, dass der italienische Sozialversicherungsträger mit Bescheinigung vom 04.01.2008 mitgeteilt habe, eine Versicherung könne nicht festgestellt werden. Unstreitig ist, dass trotz aller Bemühungen der Beteiligten zumindest Krankenversicherungsschutz über den italienischen Krankenversicherungsträger nicht gesichert besteht.

Nach alledem erscheint eine Verpflichtung der Antragsgegnerin, ausreichende Hilfen im Krankheitsfall zur Verfügung zu stellen, derart wahrscheinlich, dass lediglich ihre Verpflichtung im Wege der einstweiligen Anordnung gerechtfertigt erscheint. Daher kann hier auch dahinstehen, ob der Antragsteller von seinem Recht auf Wahl der Krankenkasse durch seine Äußerung im Rahmen des § 264 SGB V auch für den Fall der Versicherungspflicht bindend ausgeübt hat.

Dabei folgt die Eilbedürftigkeit (Anordnungsgrund) aus dem Umstand, dass der pflegebedürftige Antragsteller aufgrund der dokumentierten schwerwiegenden Erkrankungen dauernder (medikamentöser) Behandlung bedarf. Auch die Antragsgegnerin bejaht die Notwendigkeit der Sicherung der Krankenbehandlung. Dem Argument, der Antragsteller könne diese einstweilen durch seine (Renten-) Einkünfte sicherstellen, dürfte bereits durch die Bescheide der Antragsgegnerin vom 24.01.2008 die Grundlage entzogen sein. Die Verpflichtung der Antragsgegnerin erfolgt dem Grunde nach, wobei die Antragsgegnerin im Ergebnis letztlich die Folgen der Abmeldung des Antragstellers gemäß § 264 SGB V beseitigen muss.

Der Senat beschränkt die Verpflichtung seiner ständigen Rechtsprechung entsprechend auf den Zeitraum von Antragstellung beim Sozialgericht bis zum Ende des Monats der gerichtlichen Entscheidung. Dabei geht der Senat allerdings davon aus, dass die Antragsgegnerin bei unveränderter Sachlage auch weiterhin (vorläufige) Leistungen erbringen wird, schon um weitere einstweilige Rechtsschutzverfahren zu vermeiden.

Die Kostenentscheidung beruht auf der entsprechenden Anwendung von § 193 Abs. 1 S. 1 SGG.

II.

Der angefochtene Beschluss des Sozialgerichts war auch hinsichtlich der Versagung von Prozesskostenhilfe abzuändern, da dem Antragsverfahren in Anbetracht der vorstehenden Ausführungen hinreichende Erfolgsaussicht im Sinne der §§ 73a Abs. 1 Satz 1 SGG, 114 Abs.1 Zivilprozessordnung (ZPO) nicht abgesprochen werden kann.

Kosten sind gemäß § 127 Abs. 4 ZPO für das Beschwerdeverfahren nicht zu erstatten.

III.

Entsprechend war dem Antragsteller Prozesskostenhilfe für das Beschwerdeverfahren zu bewilligen.

Dieser Beschluss ist nicht mit der Beschwerde anfechtbar, § 177 SGG.

Vorinstanz: Sozialgericht Detmold, S 19 SO 190/07 ER