

## **B 12 KR 21/18 R**

Land  
Bundesrepublik Deutschland  
Sozialgericht  
Bundessozialgericht  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
1. Instanz  
SG Köln (NRW)  
Aktenzeichen  
S 24 KR 394/15  
Datum  
24.01.2017  
2. Instanz  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Aktenzeichen  
L 5 KR 272/17  
Datum  
06.09.2018  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
B 12 KR 21/18 R  
Datum  
07.07.2020  
Kategorie  
Urteil  
Leitsätze

Hat der Grundsicherungsträger Leistungen der Grundsicherung nicht endgültig bewilligt oder abgelehnt,; sondern nur vorläufig eingestellt, darf die für die Feststellung der Auffang-Pflichtversicherung zuständige Krankenkasse das Vorliegen eines den anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall begründenden und die Versicherungspflicht ausschließenden materiell-rechtlichen Anspruchs auf Leistungen der Grundsicherung uneingeschränkt prüfen.

Die Revision des Klägers gegen das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 6. September 2018 wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind auch im Revisionsverfahren nicht zu erstatten.

Gründe:

I

1

Zwischen den Beteiligten ist die Versicherungspflicht des Klägers in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) seit 1.6.2014 streitig.

2

Der 1944 geborene Kläger ist gesundheitlich eingeschränkt und seit 1994 auf Dauer voll erwerbsgemindert im Sinne des SGB VI. Seit Juni 2009 erhält er eine Altersrente der Deutschen Rentenversicherung Rheinland. Sie beläuft sich auf etwas mehr als 100 Euro monatlich. Von der beigeladenen Stadt B. erhielt der Kläger seit 1987 (aufstockend) Leistungen der Grundsicherung. Diese wurden durch schriftliche "Monatsbescheide" oder tatsächliche monatliche Auszahlungen bewilligt.

3

Zwecks Prüfung der wirtschaftlichen Verhältnisse gab die Beigeladene dem Kläger mit Schreiben vom 28.4.2014 auf, den Verbrauch eines oberhalb der Schongrenze von 2600 Euro liegenden angesparten Betrags in Höhe von 3501,70 Euro bis zum 2.6.2014 nachzuweisen. Der Kläger legte daraufhin am 26.5.2014 einen Bestattungsvorsorge-Treuhandvertrag vom 23.5.2014 über Gesamtkosten in Höhe von 3200 Euro vor. Bereits durch "Bescheid" der Beigeladenen vom 31.5.2014 wurde die "Leistung vorläufig eingestellt". Obwohl das Guthaben des Girokontos des Klägers am 1.6.2014 nur 1504,12 Euro betragen hatte, beantragte er am 5.6.2014 im Rahmen einer persönlichen Vorsprache bei der Beigeladenen die Wiedergewährung von Grundsicherungsleistungen für die Zeit ab 1.7.2014. Dabei wies der zuständige Sachbearbeiter der Beigeladenen darauf hin, dass aufgrund der einmonatigen Unterbrechung des Leistungsbezugs nach dem SGB XII eine Krankenversicherung im Rahmen der "Bürgerversicherung" möglich sei. Außerdem stellte er dem Kläger eine Bescheinigung aus, wonach aufgrund des [§ 90 SGB XII](#) ein Anspruch auf Leistungen nach dem SGB XII während des Zeitraums vom 1. bis zum 30.6.2014 nicht bestanden habe. Ab Juli 2014 gewährte die Beigeladene dem Kläger erneut Leistungen nach dem Vierten und Krankenhilfe nach dem Fünften Kapitel des SGB XII.

4

Den unter Vorlage der Bescheinigung der Beigeladenen vom 5.6.2014 am selben Tag gestellten Antrag des Klägers auf Feststellung der Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs 1 Nr 13 SGB V](#) für die Zeit ab 1.6.2014 lehnte die Beklagte ab (Bescheid vom 25.11.2014; Widerspruchsbescheid vom 8.4.2015). Das SG Köln hat die Klage abgewiesen (Urteil vom 24.1.2017). Das LSG Nordrhein-Westfalen hat die Berufung zurückgewiesen. Zur Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt: Der Kläger habe auch ab dem 1.6.2014 einen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall gehabt. Die materiell-rechtlichen Anspruchsvoraussetzungen für Leistungen nach dem Vierten Kapitel des SGB XII seien auch für Juni 2014 erfüllt gewesen, wovon mittlerweile selbst die Beigeladene ausgehe. Die Leistungseinstellung stehe dem nicht entgegen. Inhaltlich habe es sich dabei um eine schlichte Leistungsablehnung gehandelt, die zwar in Bestandskraft erwachsen sei. Sie schließe die Beanspruchung von Leistungen nach dem Vierten Kapitel des SGB XII für den Monat Juni 2014 jedoch nicht aus. Bei der Anwendung von [§ 5 Abs 8a Satz 2](#) und 3 SGB V sei letztlich allein auf die materiell-rechtliche Rechtslage abzustellen. Dies müsse zumindest dann gelten, wenn der Leistungsträger unter Ausnutzung der fehlenden Rechtskunde des Leistungsberechtigten offensichtlich zielgerichtet einen "Unterbrechungszeitraum" von genau einem Monat rechtswidrig konstruiere (Urteil vom 6.9.2018).

5

Mit seiner Revision rügt der Kläger eine Verletzung des [§ 5 Abs 1 Nr 13, Abs 8a Satz 2 SGB V](#). Er habe für Juni 2014 keine Grundsicherungsleistungen empfangen. Diese seien bestandskräftig eingestellt worden. Der Gesetzgeber habe ausdrücklich nur eine kurzfristige Leistungsunterbrechung von weniger als einem Monat für unbeachtlich erklärt. Auf die Rechtmäßigkeit der Unterbrechung komme es nicht an.

6

Der Kläger beantragt, die Urteile des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 6. September 2018 und des Sozialgerichts Köln vom 24. Januar 2017 sowie den Bescheid der Beklagten vom 25. November 2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 8. April 2015 aufzuheben und festzustellen, dass der Kläger seit 1. Juni 2014 in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichertes Mitglied der Beklagten ist.

7

Die Beklagte beantragt, die Revision des Klägers zurückzuweisen.

8

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

9

Die Beigeladene stellt keinen Antrag.

10

11

Die zulässige Revision des Klägers ist nicht begründet. Das LSG hat die Berufung gegen das klageabweisende Urteil des SG zu Recht zurückgewiesen. Der Bescheid der beklagten Krankenkasse vom 25.11.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 8.4.2015 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten.

12

Als Rechtsgrundlage für den Eintritt der Krankenversicherungspflicht kommt hier allein [§ 5 Abs 1 Nr 13 SGB V](#) (eingefügt mit Wirkung zum 1.4.2007 durch Art 1 Nr 2 Buchst a DBuchst cc des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG) vom 26.3.2007, [BGBl I 378](#)) in Betracht. Danach sind ua Personen versicherungspflichtig, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und zuletzt gesetzlich krankenversichert waren. Dieser Versicherungspflicht unterliegen nach [§ 5 Abs 8a Satz 2](#) iVm Satz 1 SGB V (in der Fassung (idF) des Art 1 Nr 2 Buchst c GKV-WSG) ua jedoch nicht Empfänger laufender Leistungen der Grundsicherung nach dem SGB XII. Zu diesem von der Versicherungspflicht ausgeschlossenen Personenkreis zählte der Kläger auch im Juni 2014 trotz fehlenden Leistungsbezugs (dazu 1.), weil ihm für diesen Monat Leistungen nicht endgültig, sondern nur vorläufig versagt worden sind (dazu 2.). Mangels (eventueller) Tatbestandswirkung eines endgültigen Verwaltungsakts der Beigeladenen war die Beklagte berechtigt, das Vorliegen eines den anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall begründenden und damit die Auffang-Versicherungspflicht ausschließenden materiell-rechtlichen Anspruchs auf Leistungen der Grundsicherung zu prüfen (dazu 3.). Diesen Anspruch hatte der Kläger auch für Juni 2014 (dazu 4.).

13

1. Nach den Feststellungen des LSG hat der Kläger im Juni 2014 - anders als zuvor und danach - tatsächlich keine Leistungen nach dem SGB XII erhalten. Wie der Senat bereits entschieden hat (Urteil vom 6.10.2010 - [B 12 KR 25/09 R - BSGE 107, 26](#) = SozR 4-2500 § 5 Nr 12, RdNr 18 ff mwN), kommt es für das Tatbestandsmerkmal "Empfänger laufender Leistungen" aber nicht auf den tatsächlichen Bezug von (Geld-)Leistungen an. Laufende Leistungen der Grundsicherung werden auch in dem Zeitraum "empfangen", für den sie durch Verwaltungsakt des Sozialhilfeträgers - gegebenenfalls auch rückwirkend - zuerkannt sind. Ein solch zuerkennender Verwaltungsakt des beigeladenen Grundsicherungsträgers existiert für Juni 2014 allerdings ebenfalls nicht. Denn die vor Juni 2014 und danach bezogenen Leistungen wurden von der Beigeladenen jeweils nur monatsweise durch Bescheid oder tatsächliche Auszahlung gewährt.

14

2. Dass sowohl ein Leistungen bewilligender Verwaltungsakt als auch ein tatsächlicher Leistungsbezug fehlt, schließt allerdings die Eigenschaft als "Empfänger laufender Leistungen" nicht aus. Denn auch ein Verwaltungsakt, der Grundsicherungsleistungen für Juni 2014 ablehnt, liegt nicht vor. Entgegen der Auffassung des LSG hat die Beigeladene mit ihrer Verlautbarung im "Bescheid" vom 31.5.2014, "Die Leistung wird vorläufig eingestellt", keine abschließende leistungsversagende Regelung getroffen.

14

Maßstab der Auslegung dieses Bescheids, die auch dem Revisionsgericht obliegt, ist der "Empfängerhorizont" eines verständigen Beteiligten, der die Zusammenhänge berücksichtigt, welche die Behörde nach ihrem wirklichen Willen ([§ 133 BGB](#)) erkennbar in ihre Entscheidung einbezogen hat (BSG Urteil vom 12.12.2013 - [B 4 AS 17/13 R](#) - SozR 4-1500 § 192 Nr 2 RdNr 18). Der Wortlaut dieses Bescheids lässt für einen verständigen Empfänger unzweifelhaft erkennen, dass die Beigeladene einen Leistungsanspruch für Juni 2014 nicht endgültig versagen wollte. Auch die tatsächlichen Begleitumstände, insbesondere die Aufforderung an den Kläger vom 28.4.2014, bis 2.6.2014 Nachweise über den Vermögensverbrauch vorzulegen, bestätigen aus Empfängersicht die Vorläufigkeit der Leistungsversagung. Auf eine endgültige Leistungsablehnung kann auch nicht aus dem Verhalten des Sachbearbeiters der Beigeladenen im Gespräch am 5.6.2014 geschlossen werden. Nach den Feststellungen des LSG hat der Sachbearbeiter lediglich auf die mit der Leistungsunterbrechung einhergehende Möglichkeit einer "Bürgerversicherung" hingewiesen. Daher ist auch in der ausgestellten Bescheinigung zur Vorlage bei der Krankenkasse keine endgültige Leistungsversagung zu erblicken.

15

Dabei ist unerheblich, dass die Ermächtigung zu einer vorläufigen Entscheidung in [§ 44a Abs 1 SGB XII](#) erst zum 1.7.2017 durch Art 3a Nr 11 des Gesetzes zur Ermittlung von Regelbedarfen sowie zur Änderung des Zweiten und des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch vom 22.12.2016 ([BGBl I 3159](#)) eingeführt worden ist. Fehlt es an der Rechtsgrundlage für eine vorläufige Entscheidung, ist der Verwaltungsakt zwar rechtswidrig, gleichwohl aber existent. Er bleibt wirksam, solange und soweit er nicht zurückgenommen, widerrufen, anderweitig aufgehoben oder durch Zeitablauf oder auf andere Weise erledigt ist ([§ 39 Abs 2 SGB X](#)). Solange der Verwaltungsakt gilt, stellt er das Recht oder die Pflicht verbindlich fest (Stelkens in Stelkens/Bonk/Sachs, 9. Aufl 2018, VwVfG [§ 35](#) RdNr 245). Eine - wie hier - vorläufige und damit nur einstweilige Regelung gilt nur für einen begrenzten Zeitraum, ist von vorneherein auf Ersetzung durch einen endgültigen Verwaltungsakt angelegt und erledigt sich erst mit Erlass der endgültigen Verwaltungsentscheidung (BSG Urteil vom 28.3.2019 - [B 10 LW 1/17 R](#) - [BSGE 128, 1](#) = SozR 4-5868 § 3 Nr 4, RdNr 13). Einem vorläufigen Verwaltungsakt fehlt die für eine Regelung typische Verbindlichkeit (vgl Luthé in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB X, 2. Aufl Stand: 27.11.2018, [§ 31 SGB X](#) RdNr 48 mwN). Die Vorläufigkeit vermindert die Bestandskraftwirkung der Regelung (Stelkens in Stelkens/Bonk/Sachs, aaO). Die Behörde darf eine vorläufig getroffene Regelung nicht beliebig lange aufrecht erhalten. Der Adressat hat vielmehr Anspruch darauf, dass die Behörde eine vorbehaltenene Nachprüfung unverzüglich vornimmt, sobald der Grund für den Vorbehalt entfallen ist (BVerwG Urteil vom 19.11.2009 - [3 C 7/09](#) - [BVerwGE 135, 238](#) RdNr 22; Formann, SGB 2016, 615, 619 unter Hinweis auf [§ 328 Abs 2 SGB III](#)).

16

3. Fehlt es an einer vom Willen der Behörde getragenen, für den Erklärungsempfänger bei objektiver verständiger Würdigung nach den Umständen des Einzelfalls erkennbaren endgültigen Regelung des Sozialhilfe- und Grundsicherungsträgers über die in [§ 5 Abs 8a Satz 2 SGB V](#) genannten Leistungen sowohl im positiven (Zuerkennung) als auch im negativen (Ablehnung) Sinn, kann schon deshalb - hier für den Monat Juni 2014 - eine zwingende Tatbestandswirkung und damit eine Bindung der Krankenkasse an eine Entscheidung des Sozialhilfe- und Grundsicherungsträgers nicht entstehen. Auf die Frage der Bindungswirkung rechtswidriger, aber bestandskräftiger Verwaltungsakte kommt es folglich nicht an (vgl hierzu BSG Urteil vom 24.6.2008 - [B 12 KR 29/07 R](#) - SozR 4-2500 § 9 Nr 3 RdNr 11 mwN; BSG Urteil vom 17.6.1999 - [B 12 KR 11/99 R](#) - [SozR 3-5910 § 91a Nr 6](#), juris RdNr 15 mwN; BSG Urteil vom 10.11.1994 - [12 RK 58/93](#) - [SozR 3-2500 § 175 Nr 1](#), juris RdNr 13).

17

Jedenfalls dann, wenn es an einer abschließenden Verwaltungsentscheidung des Sozialhilfe- und Grundsicherungsträgers über die Leistungsberechtigung nach dem SGB XII mangelt, hat die für die Auffang-Pflichtversicherung zuständige Krankenkasse den eine Absicherung im Krankheitsfall auslösenden Anspruch auf laufende Leistungen im Sinne des [§ 5 Abs 8a Satz 2 SGB V](#) gegen den Sozialhilfe- und Grundsicherungsträger selbst zu prüfen und festzustellen, ob er nach dem anzuwendenden materiellen Recht besteht. Nur dieses Ergebnis trägt der Ausgestaltung der Auffang-Pflichtversicherung und der ihr zugrunde liegenden gesetzgeberischen Intention Rechnung. Der Gesetzgeber hat die Auswirkungen der Entscheidungen der Sozialhilfe- und Grundsicherungsträger auf das Zustandekommen des neu geschaffenen Auffang-Versicherungspflichttatbestands berücksichtigt: In seiner Stellungnahme zum Gesetzentwurf hat der Bundesrat ausdrücklich darauf hingewiesen, es bedürfe Regelungen, "die bei der angedachten Versicherungspflichtlösung eine Kostenverschiebung durch die Sozialhilfeträger" verhindern. "Ausgeschlossen werden" müsse, "dass eine (unter Umständen gesteuerte ) Unterbrechung des Sozialhilfeleistungsbezugs eine Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs 1 Nr 13 SGB V](#) eintreten" lasse, die nach erneuter Bewilligung von Sozialhilfeleistungen bestehen bleibe ([BT-Drucks 16/3950 S 8](#) zu Art 1 Nr 2 Buchst c). Der federführende Ausschuss für Gesundheit führte hierzu aus, [§ 5 Abs 8a Satz 2 SGB V](#) präzisiere die Regelung zum Vorrang der Leistungspflicht des Sozialhilfeträgers. Diese Vorrangregelung für die Erbringung von Hilfen zur Gesundheit solle nicht dadurch unterlaufen werden können, dass für eine unverhältnismäßig kurze Zeit der Leistungsbezug unterbrochen werde. Der Sozialhilfeträger habe daher nach der auf Anregung des Bundesrats übernommenen Regelung des [§ 5 Abs 8a Satz 3 SGB V](#) auch dann Hilfen zur Gesundheit zu erbringen, wenn der Anspruch auf laufende Leistungen nach Satz 2 für weniger als einen Monat unterbrochen werde ([BT-Drucks 16/4247 S 29](#) zu Nr 2 Buchst c). Kann damit der nachrangige Auffang-Versicherungspflichttatbestand nur dann zum Tragen kommen, wenn ein Anspruch auf Leistungen nach [§ 5 Abs 8a Satz 2 SGB V](#) nicht (mehr) besteht, bedarf es jedenfalls dann einer Prüfung dieses Anspruchs durch die zuständige Krankenkasse, wenn hierüber der SGB XII-Träger noch nicht entschieden hat.

18

Dem steht nicht [§ 5 Abs 8a Satz 3 SGB V](#) entgegen, wonach Satz 2 auch gilt, wenn der Leistungsanspruch "für weniger als einen Monat

unterbrochen wird". Diese Formulierung bedeutet entgegen der Auffassung des Klägers nicht, dass [§ 5 Abs 8a Satz 2 SGB V](#) nur dann anzuwenden ist, wenn die Unterbrechung einen Monat nicht erreicht. Diese Regelung ordnet vielmehr den Vorrang der Leistungspflicht des Sozialhilfeträgers "auch" für den Fall an, dass der Leistungsanspruch nur geringfügig nicht besteht. Sie soll sicherstellen, dass die Vorrangregelung des [§ 5 Abs 8a Satz 2 SGB V](#) nicht durch lediglich kurzzeitige Unterbrechungen ausgehebelt wird, und nicht abweichend vom Vorrang-Nachrang-Verhältnis zwischen Sozialhilfe- und Krankenversicherungsträger den Auffang-Versicherungspflichttatbestand eröffnen, obwohl ein Anspruch auf Leistungen nach [§ 5 Abs 8a Satz 2 SGB V](#) besteht.

19

4. Die materiell-rechtlichen Voraussetzungen für den Anspruch auf Grundsicherungsleistungen hat der Kläger auch für Juni 2014 erfüllt. Das hat auch die Beigeladene zwischenzeitlich eingeräumt. Insbesondere unterschritt das vom LSG festgestellte Bankguthaben des Klägers von rund 1500 Euro die Vermögensfreigrenze von 2600 Euro ([§ 41 Abs 1 Satz 1 SGB XII](#) in der bis 31.12.2015 gültigen Fassung des Gesetzes zur Ermittlung von Regelbedarfen und zur Änderung des Zweiten und Zwölften Buches Sozialgesetzbuch vom 24.3.2011 ([BGBl I 453](#)) iVm [§ 90 Abs 1](#) und 2 Nr 9 SGB XII sowie [§ 1 Abs 1 Satz 1 Nr 1 Buchst b](#) der nach [§ 96 Abs 2 SGB XII](#) (idF der Neunten Zuständigkeitsanpassungsverordnung vom 31.10.2006, [BGBl I 2407](#)) erlassenen Verordnung zur Durchführung des [§ 90 Abs 2 Nr 9 SGB XII](#) (juris: BSHG§88Abs2DV 1988) in der bis zum 31.12.2016 gültigen Fassung des Gesetzes zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch vom 27.12.2003 ([BGBl I 3022](#))).

20

Auch lag für Juni 2014 ein wirksamer Antrag des Klägers vor (über den der beigeladene Grundsicherungsträger noch nicht entschieden hat). Ein im Grundsicherungsrecht gestellter Antrag wirkt fort, so dass Folgeanträge für neue Bewilligungszeiträume nicht erforderlich sind (BSG Urteil vom 29.9.2009 - [B 8 SO 13/08 R - BSGE 104, 207](#) = SozR 4-3530 § 6 Nr 1, RdNr 12). Nach den Feststellungen des LSG ist der ursprüngliche Antrag vom Kläger weder ausdrücklich noch konkludent für den Monat Juni 2014 zurückgenommen worden. Zu einer Rücknahme seines Leistungsantrags wäre der Kläger auch nicht berechtigt gewesen: Der damit verbundene Verzicht auf Grundsicherungsleistungen wäre nach [§ 46 Abs 2 SGB I](#) unwirksam, da durch ihn die beklagte Krankenkasse als Leistungsträger belastet worden wäre (vgl BSG Urteil vom 3.5.2005 - [B 7a/7 AL 40/04 R - SozR 4-4300 § 194 Nr 8](#) RdNr 10) oder Rechtsvorschriften umgangen worden wären. [§ 46 Abs 2 SGB I](#) soll nach dem Willen des Gesetzgebers ([BT-Drucks 7/868 S 31](#)) "insbesondere" verhindern, dass durch einen Verzicht auf Sozialleistungen Unterhaltsverpflichtete und Leistungsträger stärker als gesetzlich vorgesehen belastet werden. Ein Anspruchsverzicht des Klägers würde die Zuständigkeit der Beklagten als Leistungsträger der GKV durch eine von ihm unter Beteiligung des Sozialhilfe- und Grundsicherungsträgers "gesteuerte" Mitgliedschaft in der GKV begründen, die der Gesetzgeber - aus den bereits dargelegten Gründen - bei Einführung der Auffang-Pflichtversicherung gerade verhindern wollte.

21

5. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs 1 Satz 1 SGG](#).

Rechtskraft  
Aus  
Login  
BRD  
Saved  
2020-11-13