S 11 KR 17/21 ER

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht	Sozialgericht Düsseldorf
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	11
Kategorie	Beschluss
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 11 KR 17/21 ER
Datum	01.07.2022

2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	-

3. Instanz

Datum	-

hat die 11. Kammer des Sozialgerichts DÃ¼sseldorf

am 30.06.2022

durch die Vorsitzende, Richterin am Sozialgericht

beschlossen:

Â

Die Antragsgegnerin wird verpflichtet, der Antragstellerin ab 01.07.2022 bis zur rechtskrÃ¤ftigen Entscheidung in der Hauptsache Leistungen nach dem FÃ¼nften Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V) zu gewÃ¤hren.

Â

Die Antragsgegnerin trÃ¤gt die auÃergerichtlichen Kosten der Antragstellerin.

Â

Â

G r Ã¼ n d e :

Â

I.

Die Antragstellerin wendet sich im Rahmen des einstweiligen Rechtsschutzes gegen die Ablehnung der Aufnahme in die freiwillige Krankenversicherung bei der Antragsgegnerin und begehrt vorlÃ¤ufige Leistungen nach dem SGB V.

Â

Die am â¦â¦. geborene Antragstellerin ist somalische StaatsangehÃ¶rige und war bis zum 30.09.2019 als pflichtversicherndes Mitglied Ã¼ber den Bezug von Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Zweites Buch (SGB II) bei der Antragsgegnerin krankenversichert. Mit Bescheid vom 25.01.2019 wies der Landkreis D, Kreisagentur fÃ¼r BeschÃ¤ftigung, die Antragstellerin darauf hin, dass sie die Altersgrenze nach Â§ 7 Abs. 1 Nr. 2 SGB II i.V.m. Â§ 7a SGB II am 30.09.2019 erreiche. Zu diesem Zeitpunkt erfolge eine Abmeldung ihrer Krankenversicherung. Ab dem 01.10.2019 seien Leistungen der Grundsicherung nach dem SGB XII beim Sozialamt zu beantragen. Mit weiterem Bescheid vom 15.10.2019 teilte der Landkreis D, Kreisagentur fÃ¼r BeschÃ¤ftigung, der Antragstellerin mit, dass keine laufenden Hilfen zur Sicherung des Lebensunterhaltes nach dem SGB II weitergezahlt werden kÃ¶nnten. Die Antragstellerin habe die Altersgrenze nach Â§ 7a SGB II am 30.09.2019 erreicht. DarÃ¼ber sei sie bereits im letzten Bewilligungsbescheid vom 25.01.2019 informiert worden. Am 30.10.2019 wurde die Antragstellerin von der Kreisagentur fÃ¼r BeschÃ¤ftigte aus dem Bezug von Leistungen nach dem SGBII als pflichtversichertes Mitglied abgemeldet. Mit Bescheid vom 17.10.2019 wurden der Antragstellerin vom Landkreis D, Soziales, Pflege und Senioren, Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch ZwÃ¶lftes Buch (SGB XII) ab dem 01.10.2019 bis zum 30.09.2020 bewilligt.

Â

Laut den Verwaltungsakten des Landkreises D wurde von dort am 17.10.2019 eine Anfrage an Dâ¦. FlÃ¼chtlingsbetreuung Stadt Mâ¦.., gerichtet, ob bereits ein Antrag auf Aufnahme in die freiwillige Krankenversicherung gestellt worden sei. Der FlÃ¼chtlingsbetreuer Ã¼bersandte daraufhin eine Kopie eines Antrags zur freiwilligen Krankenversicherung der Antragstellerin vom 16.10.2019, gerichtet an die Antragsgegnerin. Ein Vermerk bzw. Nachweis Ã¼ber die Absendung dieses Antrages findet sich in den Verwaltungsakten nicht. Â Nach einem Aktenvermerk vom 21.10.2019 wurde vom Landkreis D, Fachbereich Soziales, ein Beitragsbescheid fÃ¼r freiwillige Versicherung angefordert. Weiter liegt ein formloser Antrag vom 21.10.2019 auf freiwillige Kranken-und Pflegeversicherung an

die Antragsgegnerin in den Akten vor, Ã¼bersandt von dem FlÃ¼chtlingsbetreuer Gâ¦ (Eingang 25.10.2019).

Â

Unter dem 03.12.2019 wurde von der Antragsgegnerin der Antragstellerin in einem Schreiben mitgeteilt, dass nach den vorliegenden Unterlagen zufolge die Â Mitgliedschaft am 30.09.2019 geendet habe. Zur Aufrechterhaltung des Kranken- und Pflegeversicherungsschutzes werde um Mithilfe und RÃ¼ckmeldung innerhalb der nÃ¤chsten 14 Tage gebeten. Dieses Schreiben war an den BevollmÃ¤chtigten der Antragstellerin, HerrÂ Iâ¦.., gerichtet.

Â

Unter dem 20.01.2020 ging bei der Antragsgegnerin der Antrag der Antragstellerin auf freiwillige Krankenversicherung ein. Leider sei bisher keine Anmeldung erfolgt. Â Unter dem 01.07.2020 wandte sich der Landkreis D, Fachbereich Soziales, Pflege und Senioren, erneut an die Antragsgegnerin und wies darauf hin, dass der Antrag zur freiwilligen Krankenversicherung bereits fristgerecht an die Antragsgegnerin versandt worden sei, jedoch keine weitere RÃ¼ckmeldung erfolgt sei. Die Antragstellerin liege im Krankenhaus wegen eines Tumors. In den Akten des Landkreises D befinden sich Ã¤rztliche Unterlagen, aus denen sich eine Behandlung der Antragstellerin jedenfalls seit Juni 2020 im UniversitÃ¤tsklinikum Fâ¦â¦.. sowie eine neurologische FrÃ¼hrehabilitationsbehandlung ergeben.

Â

Mit Bescheid vom 10.07.2020 lehnte die Antragsgegnerin die DurchfÃ¼hrung der freiwilligen Krankenversicherung ab. Zur BegrÃ¼ndung fÃ¼hrte sie aus, dass die Antragstellerin die gesetzlich festgelegte Antragsfrist von 3 Monaten nach der Pflichtversicherung Ã¼berschritten habe. Auch eine Aufnahme in die obligatorische Anschlussversicherung sei nicht mÃ¶glich. Als Ausschlusstatbestand fÃ¼r die obligatorische Anschlussversicherung im Sinne des Â§ 188 Abs. 4 S. 3 SGB V gelte der Bezug von laufenden Leistungen von Sozialhilfe/Grundsicherung nach dem SGB XII, wenn auf diese Leistungen innerhalb oder anschlieÃend einer Frist von 1 Monat nach Ende der letzten Versicherung ein Anspruch bestehe. Die Antragstellerin werde daher gebeten, sich zur KlÃ¤rung ihrer weiteren Absicherung im Krankheitsfall mit dem LeistungstrÃ¤ger in Verbindung zu setzen.

Â

Â

Die Tochter und Betreuerin der Antragstellerin wandte sich unter dem 28.07.2020 an die Antragsgegnerin und beantragte erneut die Aufnahme in die freiwillige Versicherung. Darin fÃ¼hrte sie aus, dass die Antragstellerin Analphabetin sei und auf stÃ¤ndige UnterstÃ¼tzung angewiesen. Da ihr nicht bewusst gewesen sei, dass sie bei Beendigung des Leistungsbezuges von SGB II keinen

Krankenversicherungsschutz habe, habe sie nichts weiter veranlasst. DiesbezÃ¼glich sei jedoch eine Abmeldung von Seiten des Jobcenters erfolgt. Die Ãbermittlung sei auch an die Antragsgegnerin gegangen. Diese habe eine Beratungs- und Informationspflicht nach den Â§Â§ 13 ff. SGB I, woraus ein Anspruch auf Aufnahme in die freiwillige Krankenversicherung im Rahmen des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs bestehe.

Â

Mit Widerspruchsbescheid vom 15.12.2020 wies die Antragsgegnerin den Widerspruch zurÃ¼ck. Darin fÃ¼hrte sie ergÃ¤nzend aus, dass die Pflichtversicherung der Antragstellerin bei der Antragsgegnerin am 30.09.2019 geendet habe. Mit Anzeige der freiwilligen Mitgliedschaft am 20.01.2020 sei eine freiwillige Versicherung nicht mehr mÃ¶glich, da die gesetzlich festgelegte Antragsfrist von 3 Monaten nach Ende der Pflichtversicherung Ã¼berschritten worden sei. Auch eine obligatorische Anschlussversicherung im Sinne einer freiwilligen Mitgliedschaft (vgl. Â§ 188 Abs. 4 SGB V) komme nicht in Betracht. Denn die Versicherung nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder Familienversicherung setze sich als freiwillige Versicherung von Gesetzes wegen fort, sofern kein Ausschlusstatbestand vorliegt. Als Ausschlusstatbestand fÃ¼r die obligatorische Anschlussversicherung gelte der Bezug von laufenden Leistungen von Sozialhilfe/Grundsicherung nach dem SGB XII, wenn auf diese Leistungen innerhalb oder anschlieÃend einer Frist von 1 Monat nach Ende der letzten Versicherung ein Anspruch bestehe. Die Tochter der Antragstellerin habe mitgeteilt, dass die Antragstellerin vom Jobcenter zum SozialhilfetrÃ¤ger fÃ¼r Leistungen nach dem SGB XII Ã¼bergleitet worden sei. Damit liege der Ausschlusstatbestand vor. Auch ein Anspruch im Rahmen eines sozialrechtlichen Herstellungsanspruches sei nicht gegeben. Denn vorliegend habe keine Beratung stattgefunden, da es aus Sicht der Antragsgegnerin keinen Beratungsanlass gegeben habe. Das Jobcenter habe im maschinellen Meldeverfahren eine Abmeldung vorgenommen, die von keinem Mitarbeiter der Antragsgegnerin zur Kenntnis genommen worden sei. Daher sei es auch nicht mÃ¶glich gewesen, die Antragstellerin auf die Abmeldung hinzuweisen und ihr die MÃ¶glichkeit der Weiterversicherung aufzuzeigen. Allerdings sei im Bescheid des Jobcenters der Hinweis enthalten, dass sie sich mit ihrer Krankenkasse in Verbindung setzen sollte. Dieses habe sie nicht getan. Die Tochter der Antragstellerin habe offiziell ihre Betreuung Ã¼bernommen und dabei offenbar die Frist versÃ¤umt. Dieses FristversÃ¤umnis sei allerdings der Antragstellerin zuzurechnen. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die GrÃ¼nde des Bescheides (Bl. 28 â Bl. 32 der Verwaltungsakten) Bezug genommen.

Â

Die Antragstellerin hat am 13.01.2021 Klage erhoben (Aktenzeichen S 11 KR 29/21 â SG â DÃ¼sseldorf). Ferner hat die Antragstellerin am 13.01.2021 einen Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung auf Aufnahme in die Krankenversicherung gestellt. Zur BegrÃ¼ndung hat sie geltend gemacht, dass sie bis zum 30.09.2019 bei der Antragsgegnerin krankenversichert gewesen sei. Sie habe bis zu diesem Zeitpunkt Leistungen nach dem SGB II beim Jobcenter im

Landkreis D erhalten. Ab dem 01.10.2019 habe sie Grundsicherungsleistungen nach dem 4. Kapitel des SGB XII erhalten. Diese seien zum 01.06.2020 eingestellt worden, da sie seither bei ihrer Tochter lebe. Entgegen den AusfÃ¼hrungen der Antragsgegnerin sei es weder von ihr noch von ihrer Tochter zu vertreten, dass der Antrag auf Aufnahme in die freiwillige Versicherung zeitverzÃ¶gert gestellt worden sei. Das Antragsformular sei von ihr am 21.10.2019 unterschrieben worden. Einige Tage spÃ¤ter sei dieser Antrag dann beim Landkreis D eingegangen. Es hÃ¤tte also noch Ã¼ber 2 Monate Zeit bestanden, diesen Antrag an die Antragsgegnerin weiterzuleiten. Da die Antragstellerin von niemanden mehr etwas gehÃ¶rt hÃ¤tte, durfte sie davon ausgehen, dass die Weiterleitung fristgerecht erfolgt sei. In jedem Fall hÃ¤tte die BehÃ¶rde, die diesen Antrag nicht weitergeleitet habe, die Antragstellerin informieren und darauf hinweisen mÃ¼ssen, dass (erneut) ein eigener Antrag unmittelbar bei der Antragsgegnerin zu stellen sei. Jegliche Falschberatung bzw. ein etwaiges VersÃ¤umnis auf Seiten des Landkreises D sei nach den GrundsÃ¤tzen des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs der Antragsgegnerin zuzurechnen. DarÃ¼ber hinaus sei auch fÃ¼r den Erlass einer einstweiligen Anordnung ein Anordnungsgrund gegeben. Bereits ein gesunder Mensch habe ein existentielles Interesse daran, jederzeit Zugang zur medizinischen Versorgung zu haben. Es kÃ¶nne niemandem zugemutet werden, bis zum Ausgang eines etwaigen Hauptsacheverfahrens ohne jegliche Ã¤rztliche Versorgung zu bleiben. Dies gelte umso mehr im Fall der Antragstellerin, die dringend wegen chronischer Erkrankungen auf medizinische UnterstÃ¼tzung angewiesen sei.

Â

Die Antragstellerin beantragt sinngemÃ¤Ã,

Â

die Antragsgegnerin zu verpflichten, ihr vorlÃ¤ufig bis zur rechtskrÃ¤ftigen Entscheidung in der Hauptsache Leistungen nach dem SGB V zu gewÃ¤hren.

Â

Die Antragsgegnerin beantragt,

Â

den Antrag zurÃ¼ckzuweisen.

Â

Sie weist ergÃ¤nzend darauf hin, dass die Antragstellerin Ã¼ber das Ende der Versicherung zum 30.09.2019 informiert gewesen sei. Die Information der Antragsgegnerin an den BevollmÃ¤chtigten der Antragstellerin mÃ¼sse sie sich zurechnen lassen. Zudem sei die Antragstellerin nicht nur von der Antragsgegnerin Ã¼ber die Beendigung der Versicherung zum 30.09.2019 informiert worden, sondern auch durch die Kreisagentur fÃ¼r BeschÃ¤ftigte. Im Bescheid der

Kreisagentur fÃ¼r BeschÃ¤ftigte sei regelhaft der Hinweis enthalten, dass sich der/die Leistungsbezieher/in mit ihrer Krankenkasse in Verbindung setzen solle. Das habe weder die Antragstellerin noch ihr BevollmÃ¤chtigter getan. Zudem fehle auch die Glaubhaftmachung eines Anordnungsgrundes. Die Betreuerin der Antragstellerin habe nicht dargetan, warum Ã¼ber den Anspruch auf freiwillige Versicherung in einem Eilverfahren mit nur summarischer PrÃ¼fung zu entscheiden sei. Die vom Landkreis D angesprochene E-Mail von dem FlÃ¼chtlingsbetreuer Herrn Gâ¦ vom 17.10.2019 sei zwischen den vorgenannten Beteiligten ausgetauscht worden. Dabei scheine es sich um einen internen Vorgang zwischen Herrn Gâ¦ und dem Landkreis D zu handeln. TatsÃ¤chlich sei eine E-Mail von Herr Gâ¦ bei der Antragsgegnerin nicht eingegangen. TatsÃ¤chlich habe der Landkreis D den Antrag erst am 20.01.2020 und damit verspÃ¤tet gestellt. Sollte insoweit ein Fehlverhalten des Landkreises D vorliegen, sei dieses Fehlverhalten nicht der Antragsgegnerin zuzurechnen.

Â

Auf Nachfrage des Gerichts hat der Landkreis D zunÃ¤chst unter dem 01.06.2021 mitgeteilt, dass mit E-Mail vom 17.10.2019 der zustÃ¤ndige Mitarbeiter der FlÃ¼chtlingsbetreuung, Herr Dâ¦. Gâ¦, einen Antrag auf Aufnahme in die freiwillige Krankenversicherung bei der Beklagten gestellt habe. Dieses habe er mit der genannten E-Mail bestÃ¤tigt. Der Antrag der Antragstellerin zur Â freiwilligen Krankenversicherung an die Antragsgegnerin sei durch diese am 21.10.2019 unterschrieben worden und sei am 25.10.2019 beim Landkreis D eingegangen. Da die Antragstellerin nach ihren Angaben Analphabetin sei, sei der weitere Schriftverkehr in der Sache Ã¼ber Herrn Gâ¦ von der Gemeinde Mâ¦.. erfolgt. Am 20.01.2020 habe dann die zustÃ¤ndige Sachbearbeiterin des Landkreises D nochmals den Antrag auf freiwillige Versicherung an die Antragsgegnerin per E-Mail Ã¼bersandt, da nach Kenntnis des Landkreises noch keine Anmeldung erfolgt sei. Der FlÃ¼chtlingsberater Dâ¦. Gâ¦ der Gemeinde Mâ¦â¦ hat auf Anfrage des Gerichts Folgendes mitgeteilt:

Â â¦Â Â Â auf ihre Frage bezÃ¼glich des Antrags der o.g. mÃ¶chte ich mitteilen, dass ich nicht fÃ¼r die Antragstellerin einen Antrag gestellt habe, sondern sie, wie alle Ratsuchenden, die zu uns in der Beratung kommen, lediglich dabei unterstÃ¼tzt habe.

Da ich vom fraglichen Zeitpunkt bis heute Ã¼ber 1000 GeflÃ¼chteten bei diversen Antragstellungen unterstÃ¼tzt habe, kann ich mich an Einzelheiten zu diesem Fall leider nicht erinnern.

Im Normalfall schicken wir unsere Klienten direkt zur Krankenkasse, um Mitgliedschaften abzuschlieÃen. Frau Fâ¦.. wurde auch oft von ihrem Sohn in solchen Angelegenheiten unterstÃ¼tzt. Ich habe in der Akte von Frau Fâ¦.. nachgesehen, dort ist ein am 17.10.2019 eingescannte Anmeldung fÃ¼r die AOK. Nachweise oder Hinweise, die darauf schlieÃen lassen, wie der Antrag gesendet wurde, sind leider nicht zu finden.

Auch ob oder wann bei der AOK eine Nachfrage bezÃ¼glich der Bearbeitung erfolgt ist, kann ich nicht sagen.â□□

Â

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf das weitere Vorbringen der Beteiligten sowie auf die Verwaltungsakten der Antragsgegnerin sowie die beigezogenen Verwaltungsakten vom Landkreis D sowie die Gerichtsakte mit dem Aktenzeichen S 11 KR 29/21 Bezug genommen.

Â

II.

Der Antrag ist zulÃ¤ssig und begrÃ¼ndet.

Â

Der Antragstellerin sind von der Antragsgegnerin ab dem 01.07.2022 vorlÃ¤ufig bis zu einer rechtskrÃ¤ftigen Entscheidung in der Hauptsache Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch FÃ¼nftes Buch (SGB V) zu gewÃ¤hren.

Â

Nach Â§ 86b Abs. 2 S. 2 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) kann das Gericht der Hauptsache auf Antrag eine einstweilige Anordnung zur Regelung eines vorlÃ¤ufigen Zustands in Bezug auf ein streitiges RechtsverhÃ¤ltnis erlassen, wenn eine solche Regelung zur Abwendung wesentlicher Nachteile nÃ¶tig erscheint. Voraussetzung fÃ¼r den Erlass einer einstweiligen Anordnung ist das Bestehen eines Anordnungsanspruchs, d.h. das materiell-rechtlichen Leistungsanspruchs sowie das Vorliegen eines Anordnungsgrundes, d.h. EilbedÃ¼rftigkeit der Regelung zur Abwendung wesentlicher Nachteile und die damit verbundene Unzumutbarkeit, die Entscheidung in der Hauptsache abzuwarten.

Â

Dabei ist zu berÃ¼cksichtigen, dass Anordnungsanspruch und Anordnungsgrund nicht isoliert nebeneinander stehen, sondern dass eine Wechselwirkung derart besteht, dass die Anforderungen an den Anordnungsanspruch mit zunehmender EilbedÃ¼rftigkeit bzw. Schwere des drohenden Nachteils zu verringern sind und umgekehrt. Ist die Klage in der Hauptsache offensichtlich unzulÃ¤ssig oder unbegrÃ¼ndet, ist der Antrag auf einstweilige Anordnung ohne RÃ¼cksicht auf den Anordnungsgrund grundsÃ¤tzlich abzulehnen, weil ein schÃ¼tzenwertes Recht nicht vorhanden ist. Anordnungsanspruch und Anordnungsgrund sind glaubhaft zu machen (Â§ 86 Abs. 2 S. 4 SGG i.V.m. Â§ 920 Abs. 2 der Zivilprozessordnung â□□ ZPO -).

Â

Der Anordnungsgrund, also die Dringlichkeit des Antrags ergibt sich vorliegend daraus, dass die Antragstellerin derzeit ohne Versicherungsschutz ist. Nach den Angaben des BevollmÃ¤chtigten der Antragstellerin ist diese aufgrund diverser chronischer Erkrankungen dringend auf Ã¤rztliche Behandlung angewiesen. Aus den Verwaltungsakten des Landkreises D ergibt sich, dass sie seit 2020 in neurochirurgischer und neurologischer Behandlung gewesen ist wegen einer Tumorerkrankung, so dass von einer weiteren BehandlungsbedÃ¼rftigkeit auszugehen ist.

Â

Der Antragstellerin steht auch ein Anordnungsanspruch zur Seite. Nach summarischer PrÃ¼fung ist davon auszugehen, dass die Antragstellerin freiwilliges Mitglied der Antragsgegnerin geworden ist.

Â

GemÃ¤Ã Â§ 9 Abs. 1 Nr. 1 des Sozialgesetzbuches FÃ¼nftes Buch (SGB V) kÃ¶nnen Personen der Versicherung beitreten, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und in den letzten fÃ¼nf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens vierundzwanzig Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens zwÃ¶lf Monate versichert waren; Zeiten der Mitgliedschaft nach Â§ 189 und Zeiten, in denen eine Versicherung allein deshalb bestanden hat, weil Alg II zu Unrecht bezogen wurde, werden nicht berÃ¼cksichtigt. Der Beitritt ist innerhalb von drei Monaten anzuzeigen (Â§ 9 Abs. 2 Nr. 1 SGB V). Die Antragstellerin erfÃ¼llt nach summarischer PrÃ¼fung die Voraussetzungen des Â§ 9 Abs. 1 Nr. 1 SGB V. Allerdings hat sie ihren Beitritt nicht innerhalb des Drei-Monats-Zeitraums nach Ende der Pflichtmitgliedschaft, der mit dem Ende der Leistungen nach dem SGB II am 01.10.2019 begonnen hatte, angezeigt.

Â

Die Antragstellerin ist jedoch im Rahmen des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs so zu stellen, als habe sie diese Frist eingehalten. Ein solcher Herstellungsanspruch setzt nach der hÃ¶chstrichterlichen Rechtsprechung voraus, dass eine BehÃ¶rde durch fehlerhaftes Verwaltungshandeln nachteilige Folgen fÃ¼r die Rechtsstellung des Versicherten herbeigefÃ¼hrt hat, und dass diese rechtlichen Nachteile durch rechtmÃ¤Ãiges Verwaltungshandeln wieder beseitigt werden kÃ¶nnen. Wenn diese Voraussetzungen vorliegen, hat die BehÃ¶rde grundsÃ¤tzlich dem Versicherten die Rechtsposition einzurÃ¤umen, die er gehabt hÃ¤tte, wenn von Anfang an ordnungsgemÃ¤Ã verfahren worden wÃ¤re. Insoweit hat das Bundessozialgericht (BSG) bereits entschieden, dass der Herstellungsanspruch auch bei der VersÃ¤umung von Ausschlussfristen durchgreifen kann (vgl. BSG vom 17.12.1980 â 12 RK 34/80, juris).

Â

Zwar ist keine Pflichtverletzung der Antragsgegnerin selber ersichtlich. Denn die Abmeldung der Antragstellerin erfolgte im maschinellen Verfahren, so dass kein Beratungsbedarf ersichtlich werden konnte. Auch das Schreiben vom 03.12.2019 wurde nicht aufgrund eines konkreten Verwaltungskontakts angestoÃen, sondern durch das EDV-Programm.

Â

Die Antragsgegnerin muss sich aber eine Pflichtverletzung des Landkreises D zurechnen lassen. Denn dieser hat pflichtwidrig den Antrag auf freiwillige Krankenversicherung nicht rechtzeitig an die Antragsgegnerin weiter geleitet bzw. die Antragstellerin ausdrÃ¼cklich im Rahmen einer Beratung darauf hingewiesen, dass ein solcher Antrag bei der Antragsgegnerin zu stellen ist. In der BSG-Rechtsprechung ist es anerkannt, dass ein LeistungstrÃ¤ger unabhÃ¤ngig von einem konkreten Beratungsbegehren gehalten ist, bei Vorliegen eines konkreten Anlasses auf klar zu Tage tretende GestaltungsmÃ¶glichkeiten hinzuweisen, die sich offensichtlich als zweckmÃ¤Ãig aufdrÃ¤ngen und von jedem verstÃ¤ndigen Versicherten mutmaÃlich genutzt wÃ¼rden (sog. Spontanberatung, vgl. BSG vom 28.09.2010, B 1 KR 31/09 R, juris, Rdnr. 19 mwNachw). Ist das zur ErfÃ¼llung der gesetzlichen Aufgaben auf einem Gebiet bereit gestellte Leistungsangebot fÃ¼r die Versicherten so unÃ¼bersichtlich, dass sich im Einzelfall nicht vermeiden lÃ¤sst, einen konkreten Weg aufzuzeigen, der zu den gesetzlich mÃ¶glichen Leistungen fÃ¼hrt, ist eine solche Spontanberatung geboten. Das gilt insbesondere, wenn sich aus dem Verhalten des Versicherten ergibt, dass er Ã¼ber die gesetzlichen MÃ¶glichkeiten nicht ausreichend informiert ist (vgl. BSG SozR 2200 Â§ 182 Nr. 57 S. 108 f).

Â

Der Landkreis D war zu einer solchen Spontanberatung verpflichtet, jedenfalls aber zur Weiterleitung des Antrags auf freiwillige Versicherung vom 21.10.2019 an die Antragsgegnerin. Wie sich dem E-Mail-Verkehr zwischen den Sachbearbeitern des Landkreises D und Herrn Gâ¦ ergibt, ist die Frage der freiwilligen Versicherung der Antragstellerin vom Landkreis als klÃ¤rungsbedÃ¼rftig angesehen worden. So ist z.B. unter dem 17.10.2019 bei Herrn Gâ¦ nachgefragt worden, ob bereits ein solcher Antrag gestellt worden ist. Unter dem 21.10.2019 ist ein Aktenvermerk Ã¼ber die Anforderung eines Beitragsbescheides fÃ¼r die freiwillige Versicherung erstellt worden. SchlieÃlich ist am 25.10.2019 ein formloser Antrag auf freiwillige Krankenversicherung vom 21.10.2019Â zu den Akten gelangt. Angesichts des bekannten Umstands, dass die Antragstellerin Analphabetin ist, wÃ¤re der Landkreis D nach Auffassung des Gerichtes im Rahmen seiner gesetzlich bestehenden Beratungs- und Informationspflichten nach Â§Â§ 13 ff. des Sozialgesetzbuches Erstes Buch (SGB I) verpflichtet gewesen, innerhalb dieser 3-Monatsfrist nachzufragen, was mit dem Antrag auf freiwillige Versicherung vom 16.10.2019 geschehen ist bzw. den Antrag vom 21.10.2019 selber an die Antragsgegnerin weiterzuleiten (Â§ 16 Abs. 2 SGB I). SchlieÃlich hat auch der Landkreis D auf Nachfrage des Gerichts nicht nachvollziehbar erklÃ¤ren kÃ¶nnen, weshalb bezÃ¼glich dieses Antrages nichts weiter unternommen worden ist.

Insoweit ist lediglich unter dem 30.08.2021 gegenÃ¼ber dem Gericht mitgeteilt worden, dass zunÃ¤chst davon ausgegangen worden sei, dass der formelle Antrag gestellt und wesentliche Frist eingehalten worden seien. Daraufhin sei mit E-Mail vom 21.10.2019 durch Herrn Gâ¦ nur noch der Beitragsbescheid der Krankenkasse angefordert worden. Der Antrag auf freiwillige Versicherung sei dann nochmals per E-Mail am 20.01.2020 an die Antragsgegnerin Ã¼bermittelt worden. Jedenfalls konnte sich der Landkreis D nicht auf eine Erledigung der Antragsweiterleitung durch Herrn Gâ¦ verlassen, der nur im Rahmen der FlÃ¼chtlingsbetreuung tÃ¤tig geworden ist.

Â

Die Antragsgegnerin muss sich diese Pflichtverletzung des Landkreises auch zurechnen lassen. Eine solche Zurechnung kommt bei der Fallgestaltung, dass zwischen beiden LeistungstrÃ¤gern eine Funktionseinheit in der Weise besteht, dass ein anderer LeistungstrÃ¤ger oder eine andere BehÃ¶rde in den Verwaltungsablauf derjenigen BehÃ¶rde arbeitsteilig eingeschaltet ist, gegen die der Herstellungsanspruch gerichtet wird, in Betracht. UnabhÃ¤ngig davon, ob vorliegend eine solche Funktionseinheit Â zwischen demÂ Landkreis und der Antragsgegnerin anzunehmen ist, wird die Zurechnung der Pflichtverletzung eines anderen LeistungstrÃ¤gers von der RechtsprechungÂ ausnahmsweise auch dann bejaht, wenn sich aufgrund eines konkreten Verwaltungskontakts zwischen dem BÃ¼rger und einem LeistungstrÃ¤ger fÃ¼r diesen erkennbar ein zwingender sozialrechtlicher Beratungsbedarf in einer gewichtigen Frage fÃ¼r einen Leistungsbereich auÃerhalb seiner eigenen ZustÃ¤ndigkeit ergibt (vgl. Hess. LSG vom 18.07.2019, L 8 KR 487/16, juris, Rdnr. 44).

Â

Vorliegend hat sich ein solcher Beratungsbedarf fÃ¼r den Landkreis, wie bereits oben ausgefÃ¼hrt, aufgedrÃ¤ngt. Jedenfalls aber wiesen die UmstÃ¤nde eindeutig darauf hin, den Antrag auf freiwillige Versicherung (den der Landkreis selber fÃ¼r erforderlich zu stellen gehalten hatte) weiterzuleiten und nicht nur letztlich nicht weiterfÃ¼hrende Nachfragen bei dem FlÃ¼chtlingsberater zu halten. Der Landkreis konnte keinesfalls davon ausgehen, dass die Antragstellerin selber in der Lage war, sich im erforderlichen MaÃe um ihre Krankenversicherungsangelegenheit zu kÃ¼mmern.

Â

Â

Â Die Antragstellerin muss daher so gestellt werden, als ob der von ihr gestellte Antrag vom Landkreis D an die Antragsgegnerin fristgerecht weitergeleitet worden wÃ¤re. Die Antragsgegnerin ist daher verpflichtet, die freiwillige Versicherung zugunsten der Antragstellerin â vorlÃ¤ufig bis zu dem rechtskrÃ¤ftigen Abschluss des Hauptsacheverfahrens â durchzufÃ¼hren und ihr Leistungen nach dem SGB V ab dem 01.07.2022 zu gewÃ¤hren.

Â

FÃ¼r die Vergangenheit ist im einstweiligen Rechtsschutzverfahren keine Regelung zu treffen, da die dort stattgefundenen Krankenhausaufenthalte und Behandlungen abgeschlossen sind. Eine besondere Dringlichkeit besteht fÃ¼r den abgelaufenen Zeitraum nicht.

Â

Die Kostenentscheidung beruht auf einer entsprechenden Anwendung des Â§ 193 SGG.

Erstellt am: 27.07.2023

Zuletzt verändert am: 23.12.2024