S 34 KR 2341/23 ER

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht	Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	5
Kategorie	Beschluss
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 34 KR 2341/23 ER
Datum	29.12.2023

2. Instanz

Aktenzeichen	L 5 KR 76/24 B ER
Datum	04.06.2024

3. Instanz

Datum	-

Die Beschwerde des Antragstellers gegen den Beschluss des Sozialgerichts DÃ¼sseldorf vom 29.12.2023 wird zurÃ¼ckgewiesen.

Kosten sind auch im Beschwerdeverfahren nicht zu erstatten.

GrÃ¼nde

I.

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob der Antragsteller bei der Beklagten pflicht- oder freiwillig versichertes Mitglied ist.

Der N01 geborene, geschiedene Antragsteller ist auf Grund einer hochgradigen Sehbehinderung schwerbehindert mit einem Grad der Behinderung von 100; die Merkzeichen G, RF, H und Bl sind zuerkannt. Er beantragte am 10.08.2021 die GewÃ¤hrung von Regelaltersrente bei der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Rheinland. Seit dem 01.02.2022 erhÃ¤lt er eine Regelaltersrente mit einem monatlichen Zahlbetrag von 910,54 Euro (Stand 01.07.2023). Zudem erhÃ¤lt er Blindengeld i.H.v. 473,00 Euro monatlich. Mit Rentenantragstellung leitete die DRV

einen Antrag des Antragstellers auf Aufnahme in die Krankenversicherung der Rentner (C.) an die Antragsgegnerin weiter. In dem von dem Antragsteller am 08.07.2022 ausgefÃ¼llten PrÃ¼fbogen zur Feststellung der Anspruchsberechtigung auf Pflichtversicherung gab der Antragsteller an, zuletzt bei der R. G. privat krankenversichert gewesen zu sein. In zeitlicher Hinsicht gab er an, dass die Versicherung bis zum Jahr 2006 bestanden habe, wobei er die Jahreszahl mit einem Fragezeichen versehen hatte. Des Weiteren gab er an, seinen stÃ¤ndigen Wohnsitz nunmehr seit 2019 in Deutschland zu haben. Er sei im Dezember 2019 aus Frankreich nach Deutschland zurÃ¼ckgekehrt. AnsprÃ¼che auf Krankenversicherung/-versorgung gegenÃ¼ber einem auslÃ¤ndischen gesetzlichen VersicherungstrÃ¤ger im Rahmen des Ã¼ber- und zwischenstaatlichen Rechts bestÃ¼nden nicht. Zuletzt sei er freiberuflich tÃ¤tig gewesen. Er gab an, frÃ¼her einmal die Namen â□□H.â□□ und â□□I.â□□ gefÃ¼hrt zu haben, Angaben zu frÃ¼heren Ehepartnern machte er hingegen nicht. Die Fragen zu dem Bestehen eines Krankenversicherungsschutzes Ã¼ber das Ausreiseland sowie zu einer BerufstÃ¤tigkeit im Ausland lieÃ□ er unbeantwortet.

Auf Anforderung der Beklagten legte er eine Bescheinigung des Standesamtes X. A. vom 05.12.2019 vor, wonach er seit dem 05.12.2019 nicht mehr den Familiennamen â□□H.â□□, sondern den Familiennamen â□□M.â□□ fÃ¼hre. Als Vornamen sind â□□T. Q.â□□ eingetragen. Als letzte Wohnanschrift ist in dieser Bescheinigung â□□E.-straÃ□e N02, J., Frankreichâ□□ vermerkt. Aus einer weiteren Bescheinigung der MeldebehÃ¶rde der Stadt W. geht hervor, dass er seit dem 01.12.2019 unter seiner derzeitigen Wohnanschrift gemeldet ist. ErgÃ¤nzend teilte der Antragsteller mit, dass er wÃ¤hrend seines Auslandsaufenthaltes in Frankreich nicht gesetzlich versichert gewesen sei; er sei Selbstzahler gewesen und habe notwendige Arztrechnungen selbst gezahlt.

Mit Bescheid vom 29.08.2022 lehnte die Antragsgegnerin die DurchfÃ¼hrung der Auffangversicherung nach Â§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ab. Seine letzte Mitgliedschaft bei der Antragsgegnerin habe am 30.11.2004 geendet. Nach seinen Angaben sei er zuletzt in Deutschland bis etwa 2006 privat krankenversichert gewesen, in Frankreich sei er nicht versichert gewesen. Da seine letzte Krankenversicherung eine private gewesen sei, sei diese auch fÃ¼r die DurchfÃ¼hrung der Krankenversicherung zustÃ¤ndig.

Hiergegen legte der Antragsteller Widerspruch ein. Er habe seit seiner RÃ¼ckkehr nach Deutschland umfangreiche BemÃ¼hungen getÃ¤tigt, um sich privat krankenzuversichern. Ihm sei von allen in Deutschland tÃ¤tigen privaten Krankenversicherungen mitgeteilt worden, dass Antragsteller Ã¼ber 60 Jahren mit einem GdB von 100 weder aufgenommen noch versichert wÃ¼rden. Die DRV habe ihm mitgeteilt, dass auf Grund seines GdB die MÃ¶glichkeit bestÃ¼nde, bei der Antragsgegnerin in die C. aufgenommen zu werden.

Mit Widerspruchsbescheid vom 14.02.2023 wies der Widerspruchsausschuss der Antragsgegnerin den Widerspruch des Antragstellers zurÃ¼ck. Eine Versicherungspflicht nach Â§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V sei ausgeschlossen, weil der Antragsteller in Deutschland zuletzt privat krankenversichert gewesen sei. Auch sei

er nicht nach Â§ 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V pflichtversichert, weil er seit der erstmaligen Aufnahme einer ErwerbstÃ¤tigkeit bis zur Stellung des Rentenantrags nicht mindestens neun Zehntel der zweiten HÃ¤lfte des Zeitraums Mitglied oder nach Â§ 10 SGB V familienversichert gewesen sei. Eine Mitgliedschaft in der C. allein auf Grund einer Behinderung sei gesetzlich nicht vorgesehen. Eine freiwillige Mitgliedschaft kÃ¶nne ebenfalls nicht durchgefÃ¼hrt werden. Die Voraussetzungen des Â§ 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V, der die Bedingungen einer freiwilligen Versicherung fÃ¼r schwerbehinderte Menschen regele, seien nicht erfÃ¼llt. Die Antragsgegnerin habe in ihrer Satzung das Beitrittsalter auf das vollendete N03. Lebensjahr begrenzt.

Am 15.03.2023 hat der Antragsteller bei dem Sozialgericht DÃ¼sseldorf hiergegen Klage erhoben, die unter dem Aktenzeichen S 34 KR 1205/23 weiterhin anhÃ¤ngig ist.

Am 05.09.2023 hat er Ã¼berdies um GewÃ¤hrung einstweiligen Rechtschutzes nachgesucht. Er erfÃ¼lle die Voraussetzungen des Â§ 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V, weil der Antragsgegnerin seine Schwerbehinderung bereits seit der Rentenantragstellung am 10.08.2021 und der damit verbundenen Meldung zur C. bekannt gewesen sei. Er sei derzeit nicht krankenversichert, obwohl er als â□□plurimorbiderâ□□ Patient wegen seiner chronischen Krankheiten eingestuft sei. Lebensnotwendige blutdrucksenkende Medikamente und Augentropfen mÃ¼sse er selbst bezahlen. Seine Rente werde durch Mietzahlung und andere regelmÃ¤Ã□ig wiederkehrende Verpflichtungen vollstÃ¤ndig aufgezehrt. Er kÃ¶nne es sich nicht leisten, fÃ¼r Medikamente und Ã¤rztliche Behandlungen selbst aufzukommen. Sein gesundheitlicher Zustand habe sich bereits erheblich verschlechtert. Er sei bei Antragstellung bereits vollstÃ¤ndig erblindet gewesen und habe Angaben aus dem GedÃ¤chtnis heraus tÃ¤tigen mÃ¼ssen. Deshalb befinde sich in dem Antragsformular ein Fragezeichen bei seiner Angabe zur privaten Krankenversicherung, weil er es nicht mehr genau gewusst habe. Er wisse nur, dass er seit Dezember 2004 immer Selbstzahler gewesen sei und ohne Krankenversicherungsschutz fÃ¼r Arzt- und Gesundheitsleistungen selbst aufkomme. Er habe sich sehr oft im Ausland aufgehalten, zuletzt in Frankreich. Er habe sich frÃ¼her einmal Ã¼berlegt, sich privat krankenzuversichern, z.B. bei der U., der R. G., der O., der P., aber es habe nicht geklappt. Er habe bei der R. G. noch einmal telefonisch nachgefragt, dort existiere zu seiner Person kein Datensatz. Seit Dezember 2004 habe er keine neue Mitgliedschaft begrÃ¼ndet.

Der Antragsteller hat beantragt,

die Antragsgegnerin im Wege der einstweiligen Anordnung zu verpflichten, ihn in der Krankenversicherung fÃ¼r Rentner ab Antragstellung bis auf Weiteres aufzunehmen.

Die Antragsgegnerin hat beantragt,

den Antrag abzulehnen.

Sie hat die Entscheidung im Widerspruchsbescheid fÃ¼r rechtmÃ¤Ãig gehalten. Insbesondere seien die Vorversicherungszeiten fÃ¼r eine Aufnahme in die C. nicht erfÃ¼llt. Im PrÃ¼fbogen habe der Antragsteller angegeben, zuletzt in Deutschland bei der R. G. privat krankenversichert gewesen zu sein. Ein Fragezeichen sei lediglich bei der Jahreszahl gemacht worden. Es sei nicht ersichtlich, welche konkreten Daten durch den Antragsteller bei der R. G. erfragt worden seien; immerhin habe der Antragsteller in der Vergangenheit zwei andere Nachnamen gefÃ¼hrt. Dass bei der R. G. kein Datensatz Ã¼ber den Antragsteller vorhanden sei, kÃ¶nne auch in dem Ablauf von Aufbewahrungsfristen begrÃ¼ndet liegen. Der Antragsteller habe nicht glaubhaft gemacht, im Anschluss an die Versicherung bei der Antragsgegnerin nicht bei der R. G. versichert gewesen zu sein. Der Versuch der EntkrÃ¤ftung erfolge nur pauschal. Im Ãbrigen seien private Krankenversicherungsunternehmen verpflichtet, einen Vertrag mit dem Antragsteller im Basistarif abzuschlieÃen.

Auf Anforderung des Sozialgerichts hat der Antragsteller den Rentenbescheid der DRV vom 02.12.2021 vorgelegt. Darin sind Pflichtbeitragszeiten vom 01.09.1972 bis zum 30.11.2004 verzeichnet, darÃ¼ber hinaus eine nicht versicherungspflichtige geringfÃ¼gige BeschÃ¤ftigung vom 02.01.2008 bis zum 31.01.2008. Aus der ebenfalls Ã¼bersandten Meldung zur C. geht zudem die Antragsgegnerin als letzte gesetzliche Krankenversicherung des Antragstellers im Zeitraum vom 16.03.2002 bis zum 30.11.2004 hervor. FÃ¼r die Zeit vom 01.12.2004 bis laufend ist â keine Krankenversicherungâ vermerkt.

Mit weiterem Bescheid vom 29.09.2023 teilte die Antragsgegnerin dem Antragsteller mit, dass sein bisheriger Versicherungsverlauf zum jetzigen Zeitpunkt eine Krankenversicherung bei einer gesetzlichen Krankenkasse grundsÃ¤tzlich ausschlieÃe, gegen den der Antragsteller mit Schreiben vom 16.10.2023 ebenfalls Widerspruch eingelegt hat.

Auf Anfrage des Sozialgerichts hat â N.â als Rechtsnachfolgerin der R. G. mitgeteilt, unter dem vom Sozialgericht angegebenen Namen (â D. M.â) und dem Geburtsdatum keinen Versicherungsvertrag finden zu kÃ¶nnen. Soweit ein Vertrag aber bereits lÃ¤nger als die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen beendet sei, kÃ¶nnten die Daten auch bereits gelÃ¶scht sein.

Auf weitere Nachfrage des Sozialgerichts hat der Antragsteller am 08.11.2023 telefonisch gegenÃ¼ber der dortigen GeschÃ¤ftsstelle erklÃ¤rt, er kÃ¶nne keine eidesstattliche Versicherung abgeben, nicht privat krankenversichert gewesen zu sein, weil er nicht 100%ig wisse, ob dem so gewesen sei. Mit Schreiben vom 21.11.2023 hat der Antragsteller in Kenntnis der Strafbarkeit der Abgabe einer eidesstattlichen Versicherung jedoch u.a. Folgendes erklÃ¤rt:

â 1. Seit der Beendigung meiner gesetzlichen Krankenversicherung bei der L. im Jahr 2004 war und bin ich noch Selbstzahler.

2. N. V. hat auf Anfrage des Sozialgerichts DÃ¼sseldorf auch meine vorherige Recherche bestÃ¤tigt, nÃ¤mlich, dass ich keinen Versicherungsvertrag mit ihr hatte.

In dem Zeitraum, beginnend mit dem Jahr 2004, war ich auch bei keiner anderen Krankenversicherung privat versichert.â□□

Mit Beschluss vom 04.01.2024 hat das Sozialgericht den Antrag des Antragstellers abgelehnt. Der Antragsteller habe das Vorliegen der Voraussetzungen des Â§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V nicht glaubhaft gemacht. Unter BerÃ¼cksichtigung der Angaben des Antragstellers im Antragsverfahren zur letzten Krankenversicherung und seines Vortrags, er habe die Jahreszahl mit einem Fragezeichen versehen, weil er nicht mehr wisse, ob es so gewesen sei, kÃ¶nne nicht ausgeschlossen werden, dass er nach 2004 bei der R. V. versichert gewesen sei. Die Mitteilung der R. V. gegenÃ¼ber dem Gericht widerlege eine Versicherung des Antragstellers nicht, weil nicht ausgeschlossen werden kÃ¶nne, dass entsprechende Daten bereits gelÃ¶scht worden seien. Auch die eidesstattliche Versicherung des Antragstellers sei diesbezÃ¼glich unergiebig, weil er sich lediglich auf die Aussage der R. V. beziehe. Die Voraussetzungen fÃ¼r die Aufnahme in die C. gemÃ¤Ã□ Â§ 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V seien ebenfalls nicht erfÃ¼llt, weil der Antragsteller die erforderliche Vorversicherungszeit nicht erfÃ¼llt habe. SchlieÃ□lich sei auch eine freiwillige Krankenversicherung nicht mÃ¶glich. Der Antragsteller habe die in zulÃ¤ssiger Weise satzungsmÃ¤Ã□ig durch die Antragsgegnerin festgelegte Altersgrenze von N03 Jahren bei Antragstellung bereits Ã¼berschritten gehabt.

Gegen den ihm am 09.01.2024 zugestellten Beschluss hat der Antragsteller am 05.02.2024 Beschwerde eingelegt. Er wiederholt und vertieft sein erstinstanzliches Vorbringen. Nach dem Ende seiner Mitgliedschaft sei es nicht zu einem privaten VersicherungsverhÃ¤ltnis gekommen. Um ein solches habe er sich lediglich bemÃ¼ht, ohne dass es zu einem Vertragsschluss gekommen sei. Ende 1999 bis Anfang 2000 habe er wegen einer Erkrankung im Koma gelegen und als Folge hiervon Ã¼ber viele Jahre ErinnerungslÃ¼cken und episodische Erinnerungs- und KonzentrationsausfÃ¤lle davongetragen. Bei AusfÃ¼llen des PrÃ¼fbogens der Antragsgegnerin habe er sich erinnert, ein Angebot von der R. V. gehabt zu haben. Die Zuordnung der damaligen AblÃ¤ufe sei fÃ¼r ihn aber teils noch konfus, deshalb habe er den Vermerk unter Vorbehalt getÃ¤tigt. Auf Nachfrage seiner HandlungsbevollmÃ¤chtigten habe die K. G. aber bestÃ¤tigt, dass er nicht als Mitglied gefÃ¼hrt werde. Seine telefonische ErklÃ¤rung gegenÃ¼ber der GeschÃ¤ftsstelle des Sozialgerichts am 08.11.2023 sei missverstanden worden. Er habe nur die RÃ¼ckkehr seiner HandlungsbevollmÃ¤chtigten abwarten wollen, bevor er eine eidesstattliche Versicherung abgebe. In seiner eidesstattlichen Versicherung habe er ausdrÃ¼cklich angegeben, dass er seit der Beendigung seiner gesetzlichen Krankenversicherung bei der Y. im Jahr 2004 Selbstzahler gewesen sei und es noch immer sei.

Der Antragsteller beantragt sinngemÃ¤Ã□,

den Beschluss des Sozialgerichts DÃ¼sseldorf vom 04.01.2024 abzuÃ¤ndern und die Antragsgegnerin im Wege der einstweiligen Anordnung vorlÃ¤ufig zu verpflichten, ihn in die Krankenversicherung aufzunehmen.

Die Antragsgegnerin beantragt sinngemÃ¤Ã□,

die Beschwerde zurÃ¼ckzuweisen.

Sie hÃ¤lt die erstinstanzliche Entscheidung fÃ¼r zutreffend.

Der Senat hat den Antragsteller ergÃ¤nzend um Mitteilung und Nachweise gebeten, wo er seit Dezember 2004 bis zum Bezug der Altersrente seinen Lebensmittelpunkt gehabt habe, wie er seinen Lebensunterhalt bestritten habe, welche EinkÃ¼nfte er erzielt habe sowie wann und in welcher HÃ¶he er Krankheitskosten selbst bestritten habe. Zudem hat er um Ãbersendung einer unterschriebenen ErklÃ¤rung gebeten, mit der das Gericht ermÃ¤chtigt wird, AuskÃ¼nfte Ã¼ber ein mÃ¶gliches VersicherungsverhÃ¤ltnis bei der R. V. einzuholen. Der Antragsteller hat daraufhin mitgeteilt, bislang keine Grundsicherung im Alter beantragt zu haben, weil wegen des Einkommens seiner Partnerin kein Anspruch bestehe. Das Jobcenter W. habe einen entsprechenden Antrag bereits im Jahr 2020 abgelehnt. Seine letzte Adresse in Frankreich gehe aus der bereits vorliegenden Bescheinigung zur NamensfÃ¼hrung hervor. Hinsichtlich der Anfrage betreffend seine Einnahmen zur Sicherung des Lebensunterhaltes sehe er wegen des nicht gewÃ¤hrleisteten Datenschutzes nicht ein, seine EinkommensverhÃ¤ltnisse Unbekannten offenzulegen. Gegenstand der vorliegenden rechtlichen Auseinandersetzung sei die Verpflichtung der Antragsgegnerin zur DurchfÃ¼hrung der Krankenversicherung als sein letzter Krankenversicherer im Rahmen von einstweiligem Rechtsschutz und nicht irgendwelche strafrechtliche Sachen. Nachweise zu ZahlungsvorgÃ¤ngen der Vergangenheit lÃ¤gen ihm auf Grund von Zeitablauf und wegen mehrerer UmzÃ¼ge nicht mehr vor. Sie seien teils verloren gegangen und er kÃ¶nne sie auf Grund seiner Blindheit nicht lesen, identifizieren und zuordnen. Er sei aber zuletzt bei der Antragsgegnerin krankenversichert gewesen und sei fÃ¼r alle medizinischen Leistungen selbst aufgekommen. Als Nachweis legte er eine Ã¤rztliche Abrechnung vom 30.12.2022 vor. Auf Grund der Anfrage des Senats habe seine BevollmÃ¤chtigte erneut bei der privaten G. in F. angefragt. Diese habe bestÃ¤tigt, dass dort niemals ein Vertrag bestanden habe; auch nicht unter dem Namen âD. H.â. Zum Nachweis hat er ein Schreiben von âN.â als Rechtsnachfolgerin der R. G. vom 25.04.2024 mit entsprechendem Inhalt vorgelegt.

Der Senat hat Ã¼berdies den KlÃ¤ger um Mitteilung gebeten, aus welchem Grunde er zum 30.11.2004 aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschieden sei. Die Antragsgegnerin hat daraufhin Unterlagen Ã¼bersandt, wonach der Antragsteller bis zum 30.11.2004 im Rahmen der Arbeitslosenhilfe bei der Antragsgegnerin versichert gewesen sei. Die Abmeldung erfolgte danach auf Grund des Endes des Leistungsbezuges wegen Arbeitsaufnahme.

In Kenntnis dieser Unterlagen hat der Antragsteller an Eides Statt versichert, dass die Abmeldung bei der Antragsgegnerin zum 30.11.2004 nicht auf Grund einer Arbeitsaufnahme erfolgt sei. Er habe die Mitgliedschaft nicht gekÃ¼ndigt. Er sei nach dem 30.11.2004 nicht in einem ArbeitsverhÃ¤ltnis beschÃ¤ftigt gewesen. Soweit er wisse, habe er im Jahr 2004 an einer WeiterbildungsmaÃnahme teilgenommen. Da die VorgÃ¤nge allerdings weit in der Vergangenheit lÃ¤gen, er Ã¼ber keine Unterlagen mehr verfÃ¼ge und er krankheitsbedingt nach seinem Koma erhebliche ErinnerungslÃ¼cken gehabt habe und noch immer habe, kÃ¶nne

er sich an die damaligen AblÃ¤ufe nicht mehr genauer erinnern. Soweit er sich erinnern kÃ¶nne, habe sich seine gesundheitliche Situation damals massiv verschlechtert. Er sei daher auf UnterstÃ¼tzung und Hilfeleistung seiner nahen Verwandtschaft â darunter auch die seines Stiefsohnes â angewiesen gewesen. Durch die Aufnahme in deren Haushalt sei sein Anspruch auf den Bezug Ã¶ffentlicher Leistungen weggefallen. Er habe spÃ¤ter versucht, sich bei der Antragsgegnerin freiwillig krankenzuversichern, sei aber von dieser auf die private Krankenversicherung verwiesen worden.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakten sowie der beigezogenen Streitakten mit dem Az. S 34 KR 1205/23 (SG DÃ¼sseldorf) Bezug genommen. Dieser ist Gegenstand der Entscheidungsfindung gewesen.

II.

Die Beschwerde des Antragstellers bleibt ohne Erfolg.

1.) Die Beschwerde ist zwar zulÃ¤ssig, sie ist jedoch nicht begrÃ¼ndet. Zu Recht hat das Sozialgericht den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung abgelehnt.

Einstweilige Anordnungen sind nach Â§ 86b Abs. 2 S. 2 SGG zur Regelung eines vorlÃ¤ufigen Zustands in Bezug auf ein streitiges RechtsverhÃ¤ltnis zulÃ¤ssig, wenn eine solche Regelung zur Abwendung wesentlicher Nachteile nÃ¶tig erscheint (Regelungsanordnung). Der Erlass einer einstweiligen Anordnung verlangt grundsÃ¤tzlich Erfolgsaussichten in der Hauptsache sowie die Erforderlichkeit einer vorlÃ¤ufigen gerichtlichen Entscheidung. Die Erfolgsaussichten in der Hauptsache (Anordnungsanspruch) und die EilbedÃ¼rftigkeit der erstrebten einstweiligen Regelung (Anordnungsgrund) sind glaubhaft zu machen (Â§ 86b Abs. 2 S. 4 SGG i.V.m. Â§ 920 Abs. 2 ZPO). Ob ein Anordnungsanspruch vorliegt, ist in der Regel durch summarische PrÃ¼fung zu ermitteln. KÃ¶nnen ohne Eilrechtsschutz jedoch schwere und unzumutbare Nachteile entstehen, die durch das Hauptsacheverfahren nicht mehr zu beseitigen wÃ¤ren, ist eine abschlieÃende PrÃ¼fung erforderlich (BVerfG, Beschluss vom 12.05.2005 â 1 BvR 569/05 Rn. 24 f.). Bei offenem Ausgang muss das Gericht anhand einer FolgenabwÃ¤gung entscheiden, die die grundrechtlichen Belange der Antragsteller umfassend zu berÃ¼cksichtigen hat (BVerfG a.a.O. Rn. 26).

Unter Zugrundelegung dieser MaÃstÃ¤be war die Antragsgegnerin nicht zur vorlÃ¤ufigen DurchfÃ¼hrung der Krankenversicherung zu verpflichten. Der Antragsteller hat bereits das Bestehen eines Anordnungsanspruchs nicht hinreichend glaubhaft gemacht. Der Senat konnte sich im Rahmen der im Eilverfahren geboten Ermittlungsdichte nicht davon Ã¼berzeugen, dass die Voraussetzungen fÃ¼r die DurchfÃ¼hrung einer Pflicht- oder freiwilligen Versicherung vorliegend erfÃ¼llt sind.

a) Der Antragsteller erfÃ¼llt zunÃ¤chst nicht die Voraussetzungen fÃ¼r eine

Pflichtversicherung im Rahmen der C.. GemÃ¤Ã Â§ 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V sind Personen versicherungspflichtig, die die Voraussetzungen fÃ¼r den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfÃ¼llen und diese Rente beantragt haben, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer ErwerbstÃ¤tigkeit bis zur Stellung des Rentenantrags mindestens neun Zehntel der zweiten HÃ¤lfte des Zeitraums Mitglied oder nach Â§ 10 SGB V versichert waren. Der Antragsteller hat zwar vorliegend einen Anspruch auf Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung. Er hat jedoch ausgehend von dem durch seinen Rentenbescheid nachgewiesenen Versicherungsverlauf die erforderlichen Vorversicherungszeiten nicht annÃ¤hernd erfÃ¼llt, weil er in der zweiten HÃ¤lfte seines Berufslebens lediglich 2.835 Tage und damit nicht in dem erforderlichen Umfang von 8.042 Tagen gesetzlich krankenversichert gewesen ist. Dass die Antragsgegnerin in ihrem Bescheid vom 29.09.2023, der nach Â§ 96 SGG Gegenstand des Klageverfahrens geworden ist, fehlerhafte Daten zu Grunde gelegt oder eine unrichtige Berechnung angestellt hÃ¤tte, hat der Antragsteller nicht vorgetragen und ist auch nicht ersichtlich.

b) Auch die Voraussetzungen fÃ¼r die Auffangversicherung gemÃ¤Ã Â§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V liegen nach summarischer PrÃ¼fung nicht vor. Nach dieser Vorschrift sind in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert auch Personen, die a) keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und entweder zuletzt gesetzlich krankenversichert waren oder b) bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in Absatz 5 oder den in Â§ 6 Abs. 1 oder 2 genannten Personen gehÃ¶ren oder bei AusÃ¼bung ihrer beruflichen TÃ¤tigkeit im Inland gehÃ¶rt hÃ¤tten. Der Senat konnte sich bei der gebotenen summarischen PrÃ¼fung nicht davon Ã¼berzeugen, dass der Antragsteller die Voraussetzungen nach Â§ 5 Abs. 1 Nr. 13 lit. a SGB V erfÃ¼llt. Insbesondere bestehen ernstliche Zweifel, dass der Antragteller zuletzt gesetzlich krankenversichert war. Zwar hat der Antragsteller im Laufe des gerichtlichen Eilverfahrens an Eides Statt versichert, seit Dezember 2004 Selbstzahler und auch bei keiner anderen Versicherung als der R. G. privat krankenversichert gewesen zu sein. Dieser Versicherung an Eides Statt lÃ¤sst sich bei objektiver Auslegung des ErklÃ¤rungsgehaltes allerdings schon nicht entnehmen, dass der Antragsteller nicht bei der R. G. privat krankenversichert gewesen ist. Die Formulierung â□□Selbstzahlerâ□□ trifft auch auf privat krankenversicherte Personen zu, die ihre Arztrechnungen typischerweise zunÃ¤chst selbst begleichen und im Anschluss eine Erstattung durch ihre private Krankenversicherung erhalten. Unter Punkt 2.) seiner eidesstattlichen Versicherung hat der Antragsteller darÃ¼ber hinaus nur die durch â□□N.â□□ gemachte ErklÃ¤rung wiederholt und eine private Krankenversicherung bei einem anderen Versicherungsunternehmen ausgeschlossen. Eine Versicherung, bei der R. G. nicht versichert gewesen zu sein, kann dem objektiven ErklÃ¤rungsgehalt daher nicht entnommen werden.

Selbst wenn der Antragsteller eine solche ErklÃ¤rung hatte abgeben wollen, so kÃ¶nnte dieser angesichts der widersprÃ¼chlichen Aussagen des Antragstellers im Verwaltungs- und Gerichtsverfahren sowie seiner nur mangelhaften Mitwirkung bei den BemÃ¼hungen des Senats zur SachverhaltsaufklÃ¤rung nicht uneingeschrÃ¤nkt gefolgt werden. Der Antragsteller konnte nicht plausibel

erklÃ¤ren, warum er nunmehr davon Ã¼berzeugt ist, dass seine letzte Absicherung im Krankheitsfall das VersicherungsverhÃ¤ltnis bei der Antragsgegnerin gewesen ist. Die Angaben in seinem am 08.07.2022 unterzeichneten Antragsformular weisen als letzte Krankenversicherung die (private) K. G. aus. Dabei hatte er in dem Formular nicht das â□□Obâ□□ einer solchen Versicherung in Frage gestellt, sondern lediglich den Endzeitpunkt, indem er die Jahreszahl 2006 mit einem Fragezeichen versah. Zudem hatte er gegenÃ¼ber der RegierungsbeschÃ¤ftigten B. telefonisch erklÃ¤rt, keine eidesstattliche Versicherung zur Frage der privaten Krankenversicherung abgeben zu kÃ¶nnen, weil er nicht mehr 100%ig wisse, ob er nicht privat krankenversichert gewesen sei. Der Senat hat insofern keine Zweifel an der inhaltlichen Richtigkeit der Wiedergabe des Telefonats. Denn von einer RegierungsbeschÃ¤ftigten an einem Sozialgericht, die in einem einstweiligen Rechtsschutzverfahren RÃ¼cksprache mit einem Beteiligten hÃ¤lt, kann erwartet werden, dass sie sich der Bedeutung der abgegebenen ErklÃ¤rungen bewusst ist und diese korrekt schriftlich niederlegt. Die im Verwaltungsverfahren und gegenÃ¼ber dem Sozialgericht abgegebenen ErklÃ¤rungen widersprechen aber einer Versicherung an Eides Statt mit dem Inhalt, seit 2004 nicht privat krankenversichert gewesen zu sein, so dass der Senat von der Richtigkeit der letztgenannten insgesamt nicht Ã¼berzeugt war. Hierbei kann auch nicht auÃ□er Acht gelassen werden, dass der Antragsteller selbst â□□ auch noch im Beschwerdeverfahren â□□ auf ErinnerungslÃ¼cken betreffend die genauen GeschehensablÃ¤ufe zum Ende der Versicherung bei der Antragsgegnerin im Jahr 2004 hingewiesen hat. Wenn der Antragsteller aber selbst angibt, keine genauen Erinnerungen an die streitentscheidenden GeschehensablÃ¤ufe mehr zu haben, so kann dem Inhalt einer diesbezÃ¼glichen Versicherung an Eides Statt kein hinreichendes Gewicht beigemessen werden, der eine Entscheidung zu Gunsten des Antragstellers rechtfertigen kÃ¶nnte.

Zu Lasten des Antragstellers war auÃ□erdem zu berÃ¼cksichtigen, dass er bei dem Versuch der weiteren SachverhaltsaufklÃ¤rung durch den Senat nur unzureichend mitgewirkt hat. So hat er trotz Anforderung des Senats gegenÃ¼ber der Rechtsnachfolgerin der R. G. â□□ â□□N.â□□ â□□ keine SchweigepflichtsentbindungserklÃ¤rung erteilt, sondern nur eine selbst eingeholte ErklÃ¤rung der Versicherung Ã¼bersandt. Der Senat konnte daher selbst keine weiteren Ermittlungen bei â□□N.â□□ anstellen. Insbesondere war keine Nachfrage dazu mÃ¶glich, ob auf Grund etwaiger LÃ¶schungsfristen Ã¼ber ein mÃ¶gliches, lang zurÃ¼ckliegendes VersicherungsverhÃ¤ltnis mÃ¶glicherweise keine Daten mehr vorhanden sein kÃ¶nnten. Auch konnten keine weiteren AuskÃ¼nfte zu dem weiteren bekannten Vornamen â□□T.â□□ des Antragstellers (hierunter wird nach den Angaben des Antragstellers zum SEPA-Lastschriftmandat im Antragsverfahren sein Girokonto gefÃ¼hrt) und dem weiteren Nachnamen â□□I.â□□ eingeholt werden. Die selbst eingeholte Auskunft von â□□N.â□□ erscheint vor diesem Hintergrund wenig aussagekrÃ¤ftig.

SchlieÃ□lich erscheint es angesichts der langen, angeblich versicherungslosen Zeit bei doch erheblichen Vorerkrankungen (Koma mit weitreichenden FolgeschÃ¤digungen in 1999/2000) nicht plausibel, warum er aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschieden ist, ohne eine Anschlussversicherung zu

haben. Der Antragsteller hat selbst vorgetragen, dass es im Jahr 2004 zu einer erheblichen Verschlechterung seines Gesundheitszustandes gekommen sei. Es erscheint daher wenig nachvollziehbar, warum er nach seinem Ausscheiden aus dem Leistungsbezug der Bundesagentur fÃ¼r Arbeit und dem damit verbundenen Ende der Versicherungspflicht nach Â§ 190 Abs. 12 SGB V (in der bis zum 31.12.2004 geltenden Fassung) die Versicherung im Anschluss nicht als freiwillige Versicherung gemÃ¤Ã Â§Â 9 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB V (in der bis zum 31.12.2004 geltenden Fassung) i.V.m. Â§ 188 Abs. 2 S. 1 SGB V (in der bis zum 31.07.2013 geltenden Fassung) fortgefÃ¼hrt hat, wenn keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall bestand. Es kann zudem auch nicht unberÃ¼cksichtigt bleiben, dass der Antragsteller auf Nachfrage des Senats keine Angaben zu seinen Aufenthaltsorten seit 2004, seinen EinkÃ¼nften, einer etwaigen ErwerbstÃ¤tigkeit und den angefallenen Krankheitskosten gemacht hat. Dies wÃ¤re aber erforderlich gewesen, um den Vortrag, er habe alle Krankheitskosten der vergangenen fast 20 Jahre selbst getragen, plausibel zu machen.

c) Die Voraussetzungen fÃ¼r den Beitritt als freiwillig versichertes Mitglied erfÃ¼llt der Antragsteller nach summarischer PrÃ¼fung ebenfalls nicht. Allein in Betracht kÃ¤me vorliegend ein Beitritt nach Â§ 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V. Danach kÃ¶nnen schwerbehinderte Menschen im Sinne des Neunten Buches der Versicherung beitreten, wenn sie, ein Elternteil, ihr Ehegatte oder ihr Lebenspartner in den letzten fÃ¼nf Jahren vor dem Beitritt mindestens drei Jahre versichert waren, es sei denn, sie konnten wegen ihrer Behinderung diese Voraussetzung nicht erfÃ¼llen; die Satzung kann das Recht zum Beitritt von einer Altersgrenze abhÃ¤ngig machen. Die Antragsgegnerin hat in gesetzeskonformer Weise von ihrem Satzungsrecht Gebrauch gemacht und in Â§ 8 Abs. 1 lit. d ihrer Satzung festgelegt, dass schwerbehinderte Menschen im Sinne des SGB IX unter den in Â§ 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V genannten Bedingungen nur Mitglieder der Kasse werden kÃ¶nnen, wenn sie das N03. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Da der N01 geborene KlÃ¤ger diese Altersgrenze bei Antragstellung im Jahr 2021 bereits Ã¼berschritten hatte, konnte auch nach dieser Regelung eine Mitgliedschaft nicht eintreten.

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

3.) Dieser Beschluss ist nicht mit der Beschwerde an das Bundessozialgericht anfechtbar, Â§Â 177 SGG.

Erstellt am: 04.07.2024

Zuletzt verändert am: 23.12.2024