



Sozialgericht Hildesheim
BESCHLUSS

S 32 KR 4004/17 ER

In dem Rechtsstreit

[REDACTED]
[REDACTED]

- Antragstellerin -

Prozessbevollmächtigter:
Rechtsanwalt Michael Loewy,
Herzog-Wilhelm-Straße 61 a, 38667 Bad Harzburg

gegen

AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen Regionaleinheit Südniedersachsen, vertreten durch den Vorstand, [REDACTED]

- Antragsgegnerin -

beigeladen:
Landkreis Osnabrück Fachbereich Soziales, vertreten durch den Landrat,
Am Schölerberg 1, 49082 Osnabrück

hat die 32. Kammer des Sozialgerichts Hildesheim am 7. Februar 2017 durch die Richterin am Sozialgericht [REDACTED] beschlossen:

Die Antragsgegnerin wird im Wege der einstweiligen Anordnung verpflichtet – vorläufig und bis zur Entscheidung in einem gegebenenfalls geführten Hauptsacheverfahren –, die Antragstellerin in die freiwillige Versicherung gem. § 9 Abs. 1 Nr. 1 SGB V aufzunehmen.

Die Antragsgegnerin hat die notwendigen außergerichtlichen Kosten der Antragstellerin zu erstatten.

Gründe

Der Antrag der Antragstellerin ist zulässig und begründet.

Die Antragstellerin begehrt von der Antragsgegnerin die Versicherung in der freiwilligen Versicherung bei der Antragsgegnerin nach § 9 SGB V. Die Voraussetzungen der freiwilligen Versicherung würden vorliegen, weil die Antragstellerin vor dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht ununterbrochen mindestens 12 Monate versichert gewesen sei. Auch habe die Antragstellerin den Beitritt durch ihre vorherige Betreuerin am 29. August 2016 angezeigt. Aus den eingereichten Unterlagen gehe deutlich hervor, dass die Antragstellerin weiterhin bei der Antragsgegnerin versichert werden sein wollte.

Eine Versicherung hat die Antragsgegnerin mit Bescheid vom 17. Januar 2017 abgelehnt, weil die Voraussetzungen nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V nicht vorliegen würden. Die Antragstellerin erhalte laufende Leistungen nach dem SGB XII, so dass eine Mitgliedschaft bei der Antragsgegnerin nicht möglich sei. Im Übrigen hat die Antragsgegnerin im laufenden Verfahren vorgetragen, dass die Anzeige zum Beitritt erst nach Ablauf der 3-monatigen Ausschlussfrist des § 9 Abs. 2 SGB V erfolgt sei, so dass aus diesem Grund eine freiwillige Versicherung nicht mehr in Betracht gekommen sei. Die bloße Rückgabe eines Fragebogens erfülle nicht die Voraussetzungen einer Anzeige zum freiwilligen Beitritt. Auch aus dem Schreiben vom 01. September 2016 gehe hervor, dass ausdrücklich nur ein Antrag auf beitragsfreie Familienversicherung gestellt worden sei.

Nach § 86b Abs. 2 Satz 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) kann das Gericht auf Antrag eine einstweilige Anordnung zur Regelung eines vorläufigen Zustands in Bezug auf ein streitiges Rechtsverhältnis treffen, wenn eine solche Regelung zur Abwendung wesentlicher Nachteile notwendig erscheint. Der Erlass einer Regelungsanordnung setzt voraus, dass nach materiellem Recht ein Anspruch auf die begehrte Leistung besteht (Anordnungsanspruch) und die Regelungsanordnung zur Abwendung wesentlicher Nachteile notwendig ist, insbesondere auch ein Eilbedürfnis vorliegt (Anordnungsgrund). Sowohl der Anordnungsanspruch als auch der Anordnungsgrund sind

glaubhaft zu machen (§ 920 Abs. 2 Zivilprozessordnung [ZPO] i. V. m. § 86b Abs. 2 Satz 4 SGG).

Die Glaubhaftmachung setzt eine mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vorliegende Überzeugungsgewissheit für die tatsächlichen Voraussetzungen des Anordnungsanspruchs und des Anordnungsgrundes voraus (LSG Nds.-Bremen, Beschluss vom 05. November 2005 - L 9 AS 1207/10 B ER).

Ein Anordnungsgrund ist von der Antragstellerin glaubhaft gemacht worden. Die erforderliche Eilbedürftigkeit ist zu bejahen. Die Antragstellerin hat derzeit keine Krankenversicherung und der beigelegte Sozialhilfeträger ist lediglich bereit, die Beiträge für die freiwillige Weiterversicherung zu übernehmen.

Die Antragstellerin konnte auch einen Anordnungsanspruch glaubhaft machen. Nach summarischer Prüfung des Gerichts hat die Antragstellerin gegen die Antragsgegnerin einen Anspruch auf Aufnahme in die freiwillige Versicherung nach § 9 SGB V.

Gem. § 9 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB V können der Versicherung Personen beitreten, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens vierundzwanzig Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens zwölf Monate versichert waren. Gem. § 9 Abs. 2 Nr. 1 SGB V ist der Beitritt ist der Krankenkasse im Falle des Absatzes 1 Nr. 1 innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Mitgliedschaft anzuzeigen.

Das Vorliegen der Voraussetzungen des § 9 Abs. 1 Nr. 1 SGB V ist zwischen den Parteien unstreitig. Im Übrigen geht das Gericht auch von dem Vorliegen einer Anzeige des Beitritts innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Mitgliedschaft aus. Entgegen der Auffassung der Antragsgegnerin kann eine entsprechende Anzeige der Antragstellerin bereits in der Übersendung des Fragebogens am 29. August 2016 an die Antragsgegnerin gesehen werden. In diesem Fragebogen hat die Antragstellerin angegeben, dass sie unmittelbar nach dem 21. Juli 2016 keinen anderweitigen Versicherungsschutz habe. Mit dem Schreiben vom 1. September 2016 hat die Antragstellerin durch ihre Betreuerin zwar einen Antrag auf beitragsfreie Familienversicherung gestellt, jedoch kann aufgrund der zwischen den Beteiligten gewechselten Schriftsätze davon ausgegangen werden, dass die Antragstellerin bei der Antragsgegnerin in jedem Fall weiterhin versichert sein möchte, da sie ansonsten, wie in dem Fragebogen

angegeben, keinen anderweitigen Versicherungsschutz hätte. Sofern damit die Antragsgegnerin das Vorliegen der Voraussetzungen für eine Familienversicherung nach § 10 SGB V verneint hat, hätte sie gleichzeitig die Voraussetzungen für die freiwillige Versicherung prüfen müssen. Im Übrigen hat die Antragsgegnerin trotz der Kenntnis der Stellungnahme des Beigeladenen zu den Voraussetzungen der Familienversicherung an die Antragstellerin weiterhin die Mitgliedschaftsanträge für die freiwillig Versicherte gesendet und darauf hingewiesen, dass kein anderweitiger Versicherungsschutz bestehe und die Beiträge auf Grundlage der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze berechnet werden würden, falls keine Einkommensnachweise eingereicht werden. Das spricht dafür, dass auch die Antragsgegnerin davon ausging, dass eine Versicherung in der freiwilligen Versicherung noch möglich sei, obwohl sie von der Beteiligung des Beigeladenen und damit von dem Bezug von SGB XII-Leistungen hätte Kenntnis haben müssen. Aus diesem Grund konnte damit auch die Antragstellerin nicht davon ausgehen, dass eine entsprechende konkrete nochmalige Anzeige noch notwendig sei. Die Stellung eines Antrages, wie des Mitgliedschaftsantrages der Antragsgegnerin, sieht § 9 SGB V als Voraussetzung nicht vor. Unter Beachtung der Gesamtumstände des Falles, insbesondere der Tatsache, dass es der Antragstellerin von Anfang an um eine Krankenversicherung bei der Antragsgegnerin ging und diese davon Kenntnis hatte, kann sich die Antragsgegnerin, nachdem die Familienversicherung abgelehnt worden ist, nicht nunmehr darauf berufen, dass die Anzeige erst nach der 3-monatigen Ausschlussfrist erfolgt sei.

Liegen die Voraussetzungen für eine freiwillige Versicherung nach § 9 SGB V vor, kommt es nicht mehr darauf an, ob eine Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V noch möglich wäre und diese ggf. nach § 5 Abs. 8a SGB V wegen des SGB XII-Bezuges ausgeschlossen sei.

Die Kostenentscheidung beruht auf entsprechender Anwendung des § 193 SGG.

Rechtsmittelbelehrung

Gegen diesen Beschluss ist die Beschwerde an das Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen zulässig (§ 172 SGG). Sie ist innerhalb eines Monats nach Zustellung dieses Beschlusses beim Sozialgericht Hildesheim, Kreuzstraße 8, 31134 Hildesheim, schriftlich oder in elektronischer Form nach Maßgabe der Niedersächsischen Verordnung über den elektroni-

10 1

schen Rechtsverkehr in der Justiz vom 21.10.2011 (Nds. GVBl. S. 367) in der jeweils aktuellen Fassung oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen (§ 173 SGG). Die Beschwerdefrist ist auch gewahrt, wenn die Beschwerde innerhalb der Frist bei dem Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, Georg-Wilhelm-Str. 1, 29223 Celle oder bei der Zweigstelle des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen, Am Wall 198, 28195 Bremen, schriftlich oder in elektronischer Form oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird.



Beglaubigt
Hildesheim

Justizangestellte
als Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle