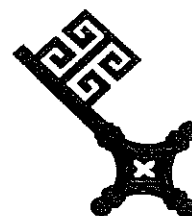




# Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen



## Beschluss

**L 4 KR 98/17 B ER**

S 32 KR 4004/17 ER Sozialgericht Hildesheim

In dem Beschwerdeverfahren

██████████

██████████ ██████████

- Antragstellerin und Beschwerdegegnerin

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

gegen

AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen, vertreten durch den Vorstand,  
Hildesheimer Straße 273, 30519 Hannover

- Antragsgegnerin und Beschwerdeführerin -

beigeladen:

Landkreis Osnabrück, vertreten durch den Landrat,  
Am Schölerberg 1, 49082 Osnabrück

hat der 4. Senat des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen am 28. Juni 2017 in Celle durch den Vorsitzenden Richter am Landessozialgericht ██████████, die Richterin am Landessozialgericht Dr. ██████████ und den Richter am Sozialgericht Dr. ██████████ beschlossen:

**Die Beschwerde gegen den Beschluss des Sozialgerichts Hildesheim vom 7. Februar 2017 wird zurückgewiesen.**

**Die Antragsgegnerin trägt auch im Beschwerdeverfahren die notwendigen außergerichtlichen Kosten der Antragstellerin. Eine weitere Kostentragung findet nicht statt.**

**Der Antragstellerin wird Prozesskostenhilfe unter Beiordnung von Rechtsanwalt Loewy, Bad Harzburg, ohne Ratenzahlung gewährt.**



## Gründe:

### I.

Die 1972 geborene Antragstellerin leidet unter einer geistigen Behinderung. Für sie wurde zuletzt unter dem 20. Oktober 2016 für die Aufgabenbereiche Sorge für die Gesundheit, Aufenthaltsbestimmung, Vermögenssorge sowie Rechts-, Antrags- und Behördenangelegenheiten gerichtlich eine Betreuerin bestellt.

Im Zeitraum vom 9. September 2002 bis zum 30. Juni 2016 war sie als behinderte Mitarbeiterin in den [REDACTED] beschäftigt. Die Antragstellerin bezieht Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) in Form von Hilfe zum Lebensunterhalt, Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung sowie Eingliederungshilfe für behinderte Menschen. Mit Schreiben vom 26. August 2016 informierte die Antragsgegnerin die Antragstellerin darüber, dass der Versicherungsschutz bei ihr am 21. Juli 2016 geendet habe und lückenlos als freiwillige Versicherung weitergeführt werde, sofern sie 14 Tage nach Erhalt des Schreibens keine Informationen über eine anderweitige Krankheitsabsicherung vorlege. Für diese Mitgliedschaft seien Beiträge zu zahlen.

Auf vorsorgliche Anfrage der Betreuerin, ob die Kosten für eine freiwillige Versicherung übernommen würden, empfahl der Landkreis Osnabrück unter dem 29. August 2016 die Antragstellung bezüglich der Familienversicherung über den Vater der Antragstellerin. Mit formularmäßiger Erklärung vom 29. August 2016 bestätigte die Betreuerin der Antragstellerin gegenüber der Antragsgegnerin, dass nach dem 21. Juli 2016 keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall bestehe. Darauf reagierte die Antragsgegnerin mit dem Hinweis, dass die Mitgliedschaft in der Kranken- und Pflegeversicherung lückenlos in Form einer Anschlussversicherung fortgeführt werde. Mit Schreiben vom 1. September 2016 stellte die Betreuerin rückwirkend einen Antrag auf beitragsfreie Familienversicherung nach § 10 SGB V. Diesen Antrag lehnte die Antragsgegnerin mit Bescheid vom 4. Oktober 2016 ab und begründete dies damit, dass sich die Antragstellerin laut Angaben aus einem nervenärztlichen Gutachten seit dem 24. November 1995 in Deutschland aufhalte. Zu diesem Zeitpunkt sei sie 22 Jahre alt gewesen und habe sich nicht in einer Schule oder Berufsausbildung befunden. Es habe keine Familienversicherung bestanden. Die Voraussetzungen, dass eine Familienversicherung und die Behinderung gleichzeitig bestanden hätten, seien nicht gegeben.

Mit Bescheid vom 19. Oktober lehnte der Landkreis Osnabrück eine Übernahme der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung ab, da die Krankenkasse (KK) vorrangig zuständig sei. Die Voraussetzungen für eine Familienversicherung seien unstreitig gegeben. Die Antragstel-

lerin habe sich erneut mit der KK in Verbindung zu setzen, wenn nötig auch unter Ausnutzung des Rechtsweges (Widerspruch). Eine Übernahme der Beiträge könne frühestens nach rechtskräftiger Entscheidung im Klageverfahren gegen die KK erfolgen (vgl. Schreiben vom 17. November 2016).

Mit Widerspruch vom 22. November 2016 wandte sich die Antragstellerin gegen die Entscheidung der KK, sie nicht über die Familienversicherung zu versichern. Mit Bescheid vom 28. Dezember 2016 erklärte sich der Landkreis Osnabrück bereit, die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung für die Antragstellerin rückwirkend ab dem 22. Juli 2016 sowie laufend zu übernehmen. Die Kostenzusage sei solange gültig, wie im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen die Kosten der stationären Unterbringung getragen würden.

Mit Schreiben vom 12. Januar 2017 informierte die KK die Antragstellerin darüber, dass sie seit dem 22. Juli 2016 nicht anderweitig im Krankheitsfall abgesichert sei. Die Mitgliedschaft in der Kranken- und Pflegeversicherung sei aufgrund gesetzlicher Regelungen lückenlos in Form einer Anschlussversicherung fortzuführen, wenn kein anderweitiger Versicherungsschutz bestehe. Für diese Mitgliedschaft müssten Beiträge gezahlt werden.

Mit Widerspruchsbescheid vom 10. Januar 2017 wies die Antragsgegnerin den Widerspruch der Antragstellerin gegen den Bescheid vom 4. Oktober 2016 (Familienversicherung ab dem 22. Juli 2016) zurück. Die Antragstellerin sei am 24. November 1995 aus Kasachstan in die Bundesrepublik Deutschland eingereist. Zu diesem Zeitpunkt sei sie bereits 23 Jahre alt gewesen und habe sich nicht in einer Schule oder Berufsausbildung befunden, so dass ein Familienversicherungsanspruch gem. § 10 Abs. 2 Nr. 3 SGB V nicht bestanden habe. Die Voraussetzung, dass ein Familienversicherungsanspruch und die Behinderung gleichzeitig bestanden haben, sei damit nicht erfüllt. Unabhängig davon, ob sie als Vertriebene anerkannt sei, könne auch die Gleichstellungsregelung des § 90 Abs. 1 Bundesvertriebenengesetz hier nicht eingreifen, da sie nach dem 31. Dezember 1992 in die Bundesrepublik Deutschland eingereist sei. Ein Anspruch auf beitragsfreie Familienversicherung bestehe somit nicht.

Unter dem 14. Januar 2017 beantragte die (neue) Betreuerin der Antragstellerin die Mitgliedschaft als freiwillig Versicherte bei der KK ab dem 22. Juli 2016.

Auf die Anzeige der Antragstellerin vom 16. Januar 2017 zur Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V stellte die Antragsgegnerin mit Bescheid vom 17. Januar 2017 fest, dass eine Mitgliedschaft bei ihr zurzeit nicht möglich sei, da sie laufende Leistungen der Sozialhilfe nach dem SGB XII als Hilfe zum Lebensunterhalt, Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, Eingliederungshilfe für behinderte Menschen oder Hilfe zur Pflege erhalte. Gegen

diese Entscheidung richtete sich die Antragstellerin mit ihrem Widerspruch vom 18. Januar 2017. Sie sei vor Ausscheiden aus dem Beschäftigungsverhältnis ununterbrochen 12 Monate bei der Antragsgegnerin krankenversichert gewesen. Eine Übernahme in die freiwillige Versicherung gem. § 9 SGB V sei demnach bereits zum Zeitpunkt der Anzeige am 29. August 2016 möglich gewesen. Eines Rückgriffes auf den Auffangtatbestand des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V bedürfe es daher nicht, da dieser nur einschlägig sei, sofern die Antragstellerin nicht anderweitig hätte versichert werden können.

Die Antragstellerin hat am 18. Januar 2017 einen Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung bei dem Sozialgericht (SG) Hildesheim gestellt. Die Antragsgegnerin sei im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes bis zu einer Entscheidung in der Hauptsache verpflichtet, die Antragstellerin in die freiwillige Versicherung gem. § 9 Abs. 1 Nr. 1 SGB V aufzunehmen. Eine Anzeige zur freiwilligen Versicherung sei durch die vorherige Betreuerin der Antragstellerin am 29. August 2016 erfolgt. Im Übrigen könnte der Antrag auf Begründung einer Familienversicherung gem. § 10 SGB V in einen Antrag auf Begründung einer freiwilligen Versicherung gem. § 9 SGB V umgedeutet werden. Die Antragstellerin sei folglich seit dem 1. Juli 2016 bei der Antragsgegnerin freiwillig krankenversichert. Eilbedürftigkeit bestehe bereits deshalb, weil die Antragstellerin dauerhaft auf ärztliche Behandlung angewiesen sei und seit dem 1. Juli 2016 kein Krankenversicherungsschutz mehr bestehe. Besonders sei sie aufgrund einer Nierenfunktionsstörung dringend behandlungsbedürftig. Eine angesetzte Dialysebehandlung sei bereits wegen nicht vorhandenen Krankenversicherungsschutzes abgesagt worden.

Das SG hat mit Beschluss vom 19. Januar 2017 den Landkreis Osnabrück, Fachdienst II Soziales - Eingliederungshilfe für behinderte Menschen - dem Verfahren beigelegt.

Das SG hat mit Beschluss vom 7. Februar 2017 die Antragsgegnerin im Wege der einstweiligen Anordnung verpflichtet, vorläufig und bis zur Entscheidung in einem ggf. geführten Hauptsacheverfahren, die Antragstellerin in die freiwillige Versicherung gem. § 9 Abs. 1 Nr. 1 SGB V aufzunehmen. Ein Anordnungsgrund sei von der Antragstellerin glaubhaft gemacht worden. Die erforderliche Eilbedürftigkeit sei zu bejahen. Die Antragstellerin habe derzeit keine Krankenversicherung und der beigelegte Sozialhilfeträger sei lediglich bereit, die Beiträge für die freiwillige Versicherung zu übernehmen. Die Antragstellerin könne auch einen Anordnungsanspruch glaubhaft machen. Nach summarischer Prüfung des Gerichts habe sie gegen die Antragsgegnerin einen Anspruch auf Aufnahme in die freiwillige Versicherung nach § 9 SGB V. Gem. § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V könnten der Versicherung Personen beitreten, die als Mitglied aus der Versicherungspflicht ausgeschieden seien und in den letzten 5 Jahren vor dem Ausscheiden mindestens 24 Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens 12 Monate versichert gewesen seien. Gem. § 9 Abs. 2 Nr. 1 SGB

V sei der Beitritt der KK im Falle des Abs. 1 Nr. 1 innerhalb von 3 Monaten nach Beendigung der Mitgliedschaft anzuzeigen. Das Vorliegen der Voraussetzungen des § 9 Abs. 1 Nr. 1 SGB V sei zwischen den Parteien unstrittig. Im Übrigen gehe das Gericht auch von dem Vorliegen einer Anzeige des Beitritts innerhalb von 3 Monaten nach Beendigung der Mitgliedschaft aus. Entgegen der Auffassung der Antragsgegnerin könne eine entsprechende Anzeige der Antragstellerin bereits in der Übersendung des Fragebogens am 29. August 2016 an die Antragsgegnerin gesehen werden. In diesem Fragebogen habe die Antragstellerin angegeben, dass sie unmittelbar nach dem 21. Juli 2016 keinen anderweitigen Versicherungsschutz habe. Mit dem Schreiben vom 1. September 2016 habe die Antragstellerin durch ihre Betreuerin zwar einen Antrag auf beitragsfreie Familienversicherung gestellt, jedoch könne aufgrund der zwischen den Beteiligten gewechselten Schriftsätze davon ausgegangen werden, dass die Antragstellerin bei der Antragsgegnerin in jedem Falle weiterhin versichert sein möchte, da sie ansonsten, wie in dem Fragebogen angegeben, keinen anderweitigen Versicherungsschutz habe. Sofern damit die Antragsgegnerin das Vorliegen der Voraussetzungen für eine Familienversicherung nach § 10 SGB V verneint habe, hätte sie gleichzeitig die Voraussetzungen für die freiwillige Versicherung prüfen müssen. Im Übrigen habe die Antragsgegnerin trotz der Kenntnis der Stellungnahme des Beigeladenen zu den Voraussetzungen der Familienversicherung an die Antragstellerin weiterhin die Mitgliedschaftsanträge für die freiwillige Versicherung geschickt und darauf hingewiesen, dass kein anderweitiger Versicherungsschutz bestehe und die Beiträge auf Grundlage der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze berechnet werden würden, falls keine Einkommensnachweise eingereicht werden. Dies spreche ebenfalls dafür, dass auch die Antragsgegnerin davon ausgehe, 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 habe damit auch die Antragstellerin nicht davon ausgehen müssen, dass eine entsprechende konkrete nochmalige Anzeige notwendig sei. Die Stellung eines Antrages, wie des Mitgliedschaftsantrages der Antragsgegnerin, sehe § 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 gegangen sei und diese davon Kenntnis gehabt habe, könne sich die Antragsgegnerin, nachdem die Familienversicherung abgelehnt worden sei, nicht mehr darauf berufen, dass die Anzeige erst nach der 3-monatigen Ausschlussfrist erfolgt sei.

Gegen den am 8. Februar 2017 zugestellten Beschluss hat die Antragsgegnerin am 3. März 2017 Beschwerde bei dem Landessozialgericht (LSG) Niedersachsen-Bremen eingelegt. Die erste Instanz überdehne den Erklärungsinhalt des durch die ehemalige Betreuerin der Antragstellerin unter dem 29. August 2016 durch Ankreuzen ausgefüllten Fragebogens der Antragsgegnerin. Ein rechtsgestaltender Wille, etwa in Bezug auf die Erklärung des Beitritts zur frei-

willigen Versicherung nach §§ 9, 188 Abs. 2 SGB V, sei dieser Erklärung, die sich insoweit zudem im reinen Ankreuzen eines Ankreuzfeldes erschöpft habe, nicht beizumessen. Hierfür spräche auch, dass die ehemalige Betreuerin der Antragstellerin im Nachgang zu dem von ihr unter dem 29. August 2016 ausgefüllten hiesigen Fragebogen unter dem 1. September 2016 gegenüber der Antragsgegnerin ausdrücklich die rückwirkende Familienversicherung nach § 10 SGB V für die Antragstellerin beehrte und ihr zudem durch das Servicecenter [REDACTED] unter dem 30. August 2016 ein weiteres Formular (Mitgliedschaftsantrag) zum Beitritt zur freiwilligen Versicherung übersandt worden sei. Dieses Formular habe die Betreuerin unstreitig jedoch nicht innerhalb der Frist des § 9 Abs. 2 SGB V ausgefüllt an die Antragsgegnerin zurückgesandt. Insofern sei der Beitritt zur freiwilligen Versicherung nicht wirksam innerhalb der maßgeblichen Frist erklärt worden.

Die Antragsgegnerin beantragt schriftsätzlich,

„den Beschluss des Sozialgerichts Hildesheim vom 7. Februar 2017 abzuändern und den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung abzuweisen.“

Die Antragstellerin beantragt (sinngemäß),

die Beschwerde zurückzuweisen.

Sie erachtet die Entscheidung des SG für zutreffend.

Der Beigeladene hat keinen Antrag gestellt.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den gesamten Inhalt der Gerichtsakten und der beigezogenen Verwaltungsakten Bezug genommen. Diese sind Gegenstand der Beratung des Senates gewesen.

## II.

Die zulässige Beschwerde ist unbegründet. Unter Berücksichtigung der im Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes gebotenen summarischen Prüfung ist festzustellen, dass die Antragstellerin als freiwilliges Mitglied gemäß § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V bei der Antragsgegnerin gegen Krankheit versichert ist.

Nach § 86b Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) kann das Gericht der Hauptsache, soweit ein Fall des Abs. 1 nicht vorliegt, auf Antrag eine einstweilige Anordnung nach Maßgabe der in

Abs. 1 bzw. Abs. 2 genannten Voraussetzungen treffen. Danach ist zwischen Sicherungs- (§ 86b Abs. 2 Satz 1 SGG) und Regelungsanordnung (§ 86b Abs. 2 Satz 2 SGG) zu unterscheiden. Der Erlass einer einstweiligen Anordnung verlangt grundsätzlich die Prüfung der Erfolgsaussicht in der Hauptsache sowie der Erforderlichkeit einer vorläufigen gerichtlichen Entscheidung. Die Erfolgsaussicht des Hauptsacherechtsbehelfs (Anordnungsanspruch) und die Eilbedürftigkeit der erstrebten einstweiligen Regelung (Anordnungsgrund) sind glaubhaft zu machen (§ 86b Abs. 2 Satz 4 SGG i.V.m. § 920 Abs. 2 Zivilprozessordnung - ZPO -). Die in tatsächlicher (Glaubhaftmachung) sowie in rechtlicher Hinsicht (summarische Prüfung) herabgesetzten Anforderungen für die Annahme eines Anordnungsanspruchs korrespondieren mit dem Gewicht der glaubhaft zu machenden wesentlichen Nachteile. Droht der Antragstellerin bei Versagung des einstweiligen Rechtsschutzes eine erheblich über Randbereiche hinausgehende Verletzung in ihren Rechten, die durch eine Entscheidung in der Hauptsache nicht mehr beseitigt werden kann, so ist - erforderlichenfalls unter eingehender tatsächlicher und rechtlicher Prüfung und des im Hauptsacheverfahren geltend gemachten Anspruchs - einstweiliger Rechtsschutz zu gewähren (Bundesverfassungsgericht - BVerfG -, Beschluss vom 12. Mai 2005, 1 BvR 569/05), es sei denn, dass ausnahmsweise überwiegende besondere gewichtige Gründe entgegenstehen (BVerfG, Beschluss vom 26. Mai 1995, 1 BvR 1089/91). Ist eine vollständige Aufklärung der Sach- und Rechtslage im Eilverfahren nicht möglich, so ist anhand einer Folgenabwägung zu entscheiden. Dabei sind die grundrechtlichen Belange der Antragstellerin umfassend in die Abwägung einzubeziehen, da sich die Gerichte schützend und fördernd vor die Grundrechte zu stellen haben. Dabei darf die einstweilige Anordnung grundsätzlich die endgültige Entscheidung in der Hauptsache nicht vorweg nehmen. Andererseits müssen die Gerichte unter Umständen wegen der Kürze der zur Verfügung stehenden Zeit Rechtsfragen nicht vertiefend behandeln und ihre Entscheidung maßgeblich auf der Grundlage einer Interessenabwägung treffen können. Ferner darf oder muss das Gericht ggf. auch im Sinne einer Folgenbetrachtung bedenken, zu welchen Konsequenzen für die Beteiligten die Gewährung vorläufigen Rechtsschutzes bei späterem Misserfolg der Antragstellerin im Hauptsacheverfahren einerseits gegenüber der Versagung vorläufigen Rechtsschutzes bei nachfolgendem Obsiegen in der Hauptsache andererseits führen würde.

Ausgehend von diesen Maßstäben ist die Beschwerde nicht begründet. Die Voraussetzungen für den Erlass einer einstweiligen Anordnung sind erfüllt. Dieses Ergebnis ergibt sich - außer der vom SG vorgenommenen Prüfung des § 9 Abs. 2 Nr. 1 SGB V - auch bei einer Prüfung des § 188 Abs. 4 SGB V.

Für Personen, deren Versicherungspflicht oder Familienversicherung endet, setzt sich die Versicherung gem. § 188 Abs. 4 SGB V mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder mit dem Tag nach dem Ende der Familienversicherung als freiwillige

Mitgliedschaft fort, es sei denn, das Mitglied erklärt innerhalb von 2 Wochen nach Hinweis der KK über die Austrittsmöglichkeit seinen Austritt. Der Austritt wird nur wirksam, wenn das Mitglied das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachweist. Satz 1 gilt nicht für Personen, deren Versicherungspflicht endet, wenn die übrigen Voraussetzungen für eine Familienversicherung erfüllt sind oder ein Anspruch auf Leistungen nach § 19 Abs. 2 SGB V besteht, sofern im Anschluss daran das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachgewiesen wird.

§ 188 Abs. 4 SGB V betrifft seinem Wortlaut nach ausdrücklich Personen, deren Versicherungspflicht oder deren Familienversicherung endet. Die Antragstellerin ist somit zunächst vom Anwendungsbereich der Vorschrift erfasst. Ihre aus dem Beschäftigungsverhältnis abgeleitete Versicherungspflicht nach § 5 SGB V endete im Juli 2016. Zwar gilt diese Vorschrift nicht für Personen, bei denen die Versicherungspflicht endete, aber die Voraussetzungen für eine Familienversicherung gegeben sind, Satz 3. Der Gesetzgeber wollte damit den Vorrang der Familienversicherung deutlich machen (vgl. BT-Drucks. 17/13947). Aus dem Sinngehalt der Vorschrift ist zu folgern, dass § 188 Abs. 4 SGB V nicht auf Familienversicherte passt. Wer von der Versicherungspflicht ausgehend nunmehr von § 10 SGB V erfasst wird, wird nicht kraft Gesetzes zu einem freiwillig Versicherten. Im vorliegenden Fall wird die Vorschrift relevant, weil gerade nicht eindeutig feststeht, dass die Antragstellerin nach § 10 SGB V familienversichert ist. Eine Familienversicherung ist indes auch nicht nachgewiesen, namentlich deshalb, weil Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die Voraussetzungen des § 10 Abs. 2 Nr. 4 2. Hs SGB V nicht vorliegen; diese Voraussetzungen hat auch die Antragsgegnerin selbst in Abrede genommen. § 188 Abs. 4 Satz 3 SGB V greift daher - bei hier allein geforderter summarischer Prüfung - nicht zu Lasten der Antragstellerin ein.

Eine automatische Fortsetzung der Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) als freiwillige Versicherung wird auch nicht deshalb „blockiert“, weil die Antragstellerin nicht die formellen Voraussetzungen erfüllt. Entgegen der Auffassung der Antragsgegnerin treten die Rechtsfolgen des § 188 Abs. 4 SGB V dann automatisch ein, ohne dass es auf die weiteren (formellen) Voraussetzungen des § 9 SGB V ankommt, wenn das Mitglied nicht innerhalb von 2 Wochen nach Hinweis der KK über die Austrittsmöglichkeit seinen Austritt erklärt. Bei dieser Austrittserklärung handelt es sich um eine empfangsbedürftige Willenserklärung, die an keine bestimmte Form gebunden ist. Die KK ist verpflichtet, das Mitglied auf seine Austrittsrechte hinzuweisen. Die in § 188 Abs. 4 SGB V genannte Frist von 2 Wochen wird erst durch diesen Hinweis in Gang gesetzt. Auf die Frist des § 9 Abs. 2 für die Beitrittserklärung kommt es deshalb von vornherein nicht an.



Hinzu kommt, dass der erklärte Austritt - dessen Voraussetzungen hier bereits nicht vorliegen - erst dann wirksam wird, wenn das Mitglied das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachweist. Der Austritt wird erst mit dem Nachweis wirksam; dies hat zum Zweck, dass lückenloser Versicherungsschutz gewährleistet wird. Auch an diesen Voraussetzungen fehlt es. Der Nachweis eines anderweitigen Krankenversicherungsschutzes ist nicht erfolgt.

Im Übrigen geht der erkennende Senat auch angesichts der gesundheitlichen Situation der Antragstellerin von Eilbedürftigkeit aus.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG in entsprechender Anwendung.

Der Beschluss ist unanfechtbar (§ 177 SGG).

\_\_\_\_\_

Dr. \_\_\_\_\_

Dr. \_\_\_\_\_



Beglaubigt

\_\_\_\_\_  
Justizangestellte

29. JUNI 2017