L 5 KR 76/24 B ER

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 34 KR 2341/23 ER
Datum
29.12.2023
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 5 KR 76/24 B ER
Datum
04.06.2024
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Beschluss

Die Beschwerde des Antragstellers gegen den Beschluss des Sozialgerichts Düsseldorf vom 29.12.2023 wird zurückgewiesen.

Kosten sind auch im Beschwerdeverfahren nicht zu erstatten.

Gründe

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 Gewährung von Regelaltersrente bei der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Rheinland. Seit dem 01.02.2022 erhält er eine Regelaltersrente mit einem monatlichen Zahlungsbetrag von 910,54 Euro (Stand 01.07.2023). Zudem erhält er Blindengeld i.H.v. 473,00 Euro monatlich. Mit Rentenbeantragung 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 ausgefüllten Prüfbogen 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 ständigen Wohnsitz nunmehr seit 2019 in Deutschland zu haben. Er sei im Dezember 2019 aus Frankreich nach Deutschland zurückgekehrt. Ansprüche auf Krankenversicherung/-versorgung gegenüber einem ausländischen gesetzlichen Versicherungsträger im Rahmen des über- und zwischenstaatlichen Rechts bestünden nicht. Zuletzt sei er freiberuflich tätig gewesen. Er gab an, früher einmal die Namen „H.“ und „I.“ geführt zu haben, Angaben zu früheren Ehepartnern machte er hingegen nicht. Die Fragen zu dem Bestehen eines Krankenversicherungsschutzes über das Ausreiseland sowie zu einer Berufstätigkeit im Ausland ließ 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 „H.“, sondern den Familiennamen „M.“ führe. Als Vornamen sind „T. Q.“ eingetragen. Als letzte Wohnanschrift ist in dieser Bescheinigung „E.-straße N02, J., Frankreich“ vermerkt. Aus einer weiteren Bescheinigung der Meldebehörde der Stadt W. geht hervor, dass er seit dem 01.12.2019 unter seiner derzeitigen Wohnanschrift gemeldet ist. Ergänzend teilte der Antragsteller mit, dass er während 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 Durchführung der Auffangversicherung nach [§ 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 für die Durchführung der Krankenversicherung zuständig.

Hiergegen legte der Antragsteller Widerspruch ein. Er habe seit seiner Rückkehr nach Deutschland umfangreiche Bemühungen getätigt, um sich privat krankenzuversichern. Ihm sei von allen in Deutschland tätigen privaten Krankenversicherungen mitgeteilt worden, dass Antragsteller über 60 Jahren mit einem GdB von 100 weder aufgenommen noch versichert würden. Die DRV habe ihm mitgeteilt, dass auf Grund seines GdB die Möglichkeit bestünde, bei der Antragsgegnerin in die C. aufgenommen zu werden.

Mit Widerspruchsbescheid vom 14.02.2023 wies der Widerspruchsausschuss der Antragsgegnerin den Widerspruch des Antragstellers zurück. Eine Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) sei ausgeschlossen, weil der Antragsteller in Deutschland zuletzt privat Krankenversichert gewesen sei. Auch sei er nicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V](#) pflichtversichert, weil er seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenanspruchs nicht mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte des Zeitraums Mitglied oder nach [§ 10 SGB V](#) familienversichert gewesen sei. Eine Mitgliedschaft in der C. allein auf Grund einer Behinderung sei gesetzlich nicht vorgesehen. Eine freiwillige Mitgliedschaft könne ebenfalls nicht durchgeführt werden. Die Voraussetzungen des [§ 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V](#), der die Bedingungen einer freiwilligen Versicherung für schwerbehinderte Menschen regelt, seien nicht erfüllt. Die Antragsgegnerin habe in ihrer Satzung das Beitrittsalter auf das vollendete N03. Lebensjahr begrenzt.

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

Am 05.09.2023 hat er überdies um Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes nachgesucht. Er erfülle die Voraussetzungen des [§ 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 „plurimorbider“ Patient wegen seiner chronischen Krankheiten eingestuft sei. Lebensnotwendige blutdrucksenkende Medikamente und Augentropfen müsse er selbst bezahlen. Seine Rente werde durch Mietzahlung und andere regelmäßig wiederkehrende Verpflichtungen vollständig aufgezehrt. Er könne es sich nicht leisten, für Medikamente und ärztliche Behandlungen selbst aufzukommen. Sein gesundheitlicher Zustand habe sich bereits erheblich verschlechtert. Er sei bei Antragstellung bereits vollständig erblindet gewesen und habe Angaben aus dem Gedächtnis heraus tätigen müssen. 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 für Arzt- und Gesundheitsleistungen selbst aufkomme. Er habe sich sehr oft im Ausland aufgehalten, zuletzt in Frankreich. Er habe sich früher einmal überlegt, 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 begründet.

Der Antragsteller hat beantragt,

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

Die Antragsgegnerin hat beantragt,

den Antrag abzulehnen.

Sie hat die Entscheidung im Widerspruchsbescheid für rechtmäßig gehalten. Insbesondere seien die Vorversicherungszeiten für eine Aufnahme in die C. nicht erfüllt. Im Prüfbogen 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 geführt. Dass bei der R. G. kein Datensatz über den Antragsteller vorhanden sei, könne auch in dem Ablauf von Aufbewahrungsfristen begründet 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 Entkräftung erfolge nur pauschal. Im Übrigen seien private Krankenversicherungsunternehmen verpflichtet, einen Vertrag mit dem Antragsteller im Basistarif abzuschließen.

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, darüber hinaus eine nicht versicherungspflichtige geringfügige Beschäftigung vom 02.01.2008 bis zum 31.01.2008. Aus der ebenfalls übersandten 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. Für die Zeit vom 01.12.2004 bis laufend ist „keine Krankenversicherung“ 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 grundsätzlich ausschließe, gegen den der Antragsteller mit Schreiben vom 16.10.2023 ebenfalls Widerspruch eingelegt hat.

Auf Anfrage des Sozialgerichts hat „N.“ als Rechtsnachfolgerin der R. G. mitgeteilt, unter dem vom Sozialgericht angegebenen Namen („D. M.“) und dem Geburtsdatum keinen Versicherungsvertrag finden zu können. Soweit ein Vertrag aber bereits länger als die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen beendet sei, könnten die Daten auch bereits gelöscht sein.

Auf weitere Nachfrage des Sozialgerichts hat der Antragsteller am 08.11.2023 telefonisch gegenüber der dortigen Geschäftsstelle erklärt, er könne 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 erklärt:

„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 Düsseldorf auch meine vorherige Recherche bestätigt, nämlich, dass ich keinen Versicherungsvertrag mit ihr hatte. In dem Zeitraum, beginnend mit dem Jahr 2004, war ich auch bei keiner anderen Krankenversicherung privat versichert.“

Mit Beschluss vom 04.01.2024 hat das Sozialgericht den Antrag des Antragstellers abgelehnt. Der Antragsteller habe das Vorliegen der Voraussetzungen des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) nicht glaubhaft gemacht. Unter Berücksichtigung 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, könne nicht ausgeschlossen werden, dass er nach 2004 bei der R. V. versichert gewesen sei. Die Mitteilung der R. V. gegenüber dem Gericht widerlege eine Versicherung des Antragstellers nicht, weil nicht ausgeschlossen werden könne,

dass entsprechende Daten bereits gelöscht worden seien. Auch die eidesstattliche Versicherung des Antragstellers sei diesbezüglich unergiebig, weil er sich lediglich auf die Aussage der R. V. beziehe. Die Voraussetzungen für die Aufnahme in die C. gemäß [§ 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V](#) seien ebenfalls nicht erfüllt, weil der Antragsteller die erforderliche Vorversicherungszeit nicht erfüllt habe. Schließlich sei auch eine freiwillige Krankenversicherung nicht möglich. Der Antragsteller habe die in zulässiger Weise satzungsmäßig durch die Antragsgegnerin festgelegte Altersgrenze von N03 Jahren bei Antragstellung bereits überschritten 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 Versicherungsverhältnis gekommen. Um ein solches habe er sich lediglich bemüht, 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 über viele Jahre Erinnerungslücken und episodische Erinnerungs- und Konzentrationsausfälle davongetragen. Bei Ausfüllen des Prüfbogens der Antragsgegnerin habe er sich erinnert, ein Angebot von der R. V. gehabt zu haben. Die Zuordnung der damaligen Abläufe sei für ihn aber teils noch konfus, deshalb habe er den Vermerk unter Vorbehalt getätigt. Auf Nachfrage seiner Handlungsbevollmächtigten habe die K. G. aber bestätigt, dass er nicht als Mitglied geführt werde. Seine telefonische Erklärung gegenüber der Geschäftsstelle des Sozialgerichts am 08.11.2023 sei missverstanden worden. Er habe nur die Rückkehr seiner Handlungsbevollmächtigten abwarten wollen, bevor er eine eidesstattliche Versicherung abgebe. In seiner eidesstattlichen Versicherung habe er ausdrücklich 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 sinngemäß,

den Beschluss des Sozialgerichts Düsseldorf vom 04.01.2024 abzuändern und die Antragsgegnerin im Wege der einstweiligen Anordnung vorläufig zu verpflichten, ihn in die Krankenversicherung aufzunehmen.

Die Antragsgegnerin beantragt sinngemäß,

die Beschwerde zurückzuweisen.

Sie hält die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend.

Der Senat hat den Antragsteller ergänzend 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 Einkünfte er erzielt habe sowie wann und in welcher Höhe er Krankheitskosten selbst bestritten habe. Zudem hat er um Übersendung einer unterschriebenen Erklärung gebeten, mit der das Gericht ermächtigt wird, Auskünfte über ein mögliches Versicherungsverhältnis 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 Namensführung hervor. Hinsichtlich der Anfrage betreffend seine Einnahmen zur Sicherung des Lebensunterhaltes sehe er wegen des nicht gewährleisteten Datenschutzes nicht ein, seine Einkommensverhältnisse Unbekannten offenzulegen. Gegenstand der vorliegenden rechtlichen Auseinandersetzung sei die Verpflichtung der Antragsgegnerin zur Durchführung der Krankenversicherung als sein letzter Krankenversicherer im Rahmen von einstweiligem Rechtsschutz und nicht irgendwelche strafrechtliche Sachen. Nachweise zu Zahlungsvorgängen der Vergangenheit lägen ihm auf Grund von Zeitablauf und wegen mehrerer Umzüge nicht mehr vor. Sie seien teils verloren gegangen und er könne sie auf Grund seiner Blindheit nicht lesen, identifizieren und zuordnen. Er sei aber zuletzt bei der Antragsgegnerin krankenversichert gewesen und sei für alle medizinischen Leistungen selbst aufgekommen. Als Nachweis legte er eine ärztliche Abrechnung vom 30.12.2022 vor. Auf Grund der Anfrage des Senats habe seine Bevollmächtigte erneut bei der privaten G. in F. angefragt. Diese habe bestätigt, dass dort niemals ein Vertrag bestanden habe; auch nicht unter dem Namen „D. H.“. Zum Nachweis hat er ein Schreiben von „N.“ als Rechtsnachfolgerin der R. G. vom 25.04.2024 mit entsprechendem Inhalt vorgelegt.

Der Senat hat überdies den Kläger um Mitteilung gebeten, aus welchem Grunde er zum 30.11.2004 aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschieden sei. Die Antragsgegnerin hat daraufhin Unterlagen übersandt, 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 gekündigt. Er sei nach dem 30.11.2004 nicht in einem Arbeitsverhältnis beschäftigt gewesen. Soweit er wisse, habe er im Jahr 2004 an einer Weiterbildungsmaßnahme teilgenommen. Da die Vorgänge allerdings weit in der Vergangenheit lägen, er über keine Unterlagen mehr verfüge und er krankheitsbedingt nach seinem Koma erhebliche Erinnerungslücken gehabt habe und noch immer habe, könne er sich an die damaligen Abläufe nicht mehr genauer erinnern. Soweit er sich erinnern könne, habe sich seine gesundheitliche Situation damals massiv verschlechtert. Er sei daher auf Unterstützung und Hilfeleistung seiner nahen Verwandtschaft - darunter auch die seines Stiefsohnes - angewiesen gewesen. Durch die Aufnahme in deren Haushalt sei sein Anspruch auf den Bezug öffentlicher Leistungen weggefallen. Er habe später 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 Düsseldorf) Bezug genommen. Dieser ist Gegenstand der Entscheidungsfindung gewesen.

II.

Die Beschwerde des Antragstellers bleibt ohne Erfolg.

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

Einstweilige Anordnungen sind nach [§ 86b Abs. 2 S. 2 SGG](#) zur Regelung eines vorläufigen Zustands in Bezug auf ein streitiges Rechtsverhältnis zulässig, wenn eine solche Regelung zur Abwendung wesentlicher Nachteile nötig erscheint (Regelungsanordnung). Der Erlass einer einstweiligen Anordnung verlangt grundsätzlich Erfolgsaussichten in der Hauptsache sowie die Erforderlichkeit einer vorläufigen

gerichtlichen Entscheidung. Die Erfolgsaussichten in der Hauptsache (Anordnungsanspruch) und die Eilbedürftigkeit der erstrebten einstweiligen Regelung (Anordnungsgrund) sind glaubhaft zu machen ([§ 86b Abs. 2 S. 4 SGG](#) i.V.m. [§ 920 Abs. 2 ZPO](#)). Ob ein Anordnungsanspruch vorliegt, ist in der Regel durch summarische Prüfung zu ermitteln. Können ohne Eilrechtsschutz jedoch schwere und unzumutbare Nachteile entstehen, die durch das Hauptsacheverfahren nicht mehr zu beseitigen wären, ist eine abschließende Prüfung erforderlich (BVerfG, Beschluss vom 12.05.2005 – [1 BvR 569/05](#) Rn. 24 f.). Bei offenem Ausgang muss das Gericht anhand einer Folgenabwägung entscheiden, die die grundrechtlichen Belange der Antragsteller umfassend zu berücksichtigen hat (BVerfG a.a.O. Rn. 26).

Unter Zugrundelegung dieser Maßstäbe war die Antragsgegnerin nicht zur vorläufigen Durchführung 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 gebotenen Ermittlungsdichte nicht davon überzeugen, dass die Voraussetzungen für die Durchführung einer Pflicht- oder freiwilligen Versicherung vorliegend erfüllt sind.

a) Der Antragsteller erfüllt zunächst nicht die Voraussetzungen für eine Pflichtversicherung im Rahmen der C.. Gemäß [§ 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V](#) sind Personen versicherungspflichtig, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenanspruchs mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte des Zeitraums Mitglied oder nach [§ 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 annähernd erfüllt, weil er in der zweiten Hälfte 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 [§ 96 SGG](#) Gegenstand des Klageverfahrens geworden ist, fehlerhafte Daten zu Grunde gelegt oder eine unrichtige Berechnung angestellt hätte, hat der Antragsteller nicht vorgetragen und ist auch nicht ersichtlich.

b) Auch die Voraussetzungen für die Auffangversicherung gemäß [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) liegen nach summarischer Prüfung 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 § 6 Abs. 1 oder 2 genannten Personen gehören oder bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten. Der Senat konnte sich bei der gebotenen summarischen Prüfung nicht davon überzeugen, dass der Antragsteller die Voraussetzungen nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13](#) lit. a SGB V erfüllt. Insbesondere bestehen ernstliche Zweifel, dass der Antragsteller 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 lässt sich bei objektiver Auslegung des Erklärungsgehaltes allerdings schon nicht entnehmen, dass der Antragsteller nicht bei der R. G. privat krankenversichert gewesen ist. Die Formulierung „Selbstzahler“ trifft auch auf privat krankenversicherte Personen zu, die ihre Arztrechnungen typischerweise zunächst selbst begleichen und im Anschluss eine Erstattung durch ihre private Krankenversicherung erhalten. Unter Punkt 2.) seiner eidesstattlichen Versicherung hat der Antragsteller darüber hinaus nur die durch „N.“ gemachte Erklärung wiederholt und eine private Krankenversicherung bei einem anderen Versicherungsunternehmen ausgeschlossen. Eine Versicherung, bei der R. G. nicht versichert gewesen zu sein, kann dem objektiven Erklärungsgehalt daher nicht entnommen werden.

Selbst wenn der Antragsteller eine solche Erklärung hatte abgeben wollen, so könnte dieser angesichts der widersprüchlichen Aussagen des Antragstellers im Verwaltungs- und Gerichtsverfahren sowie seiner nur mangelhaften Mitwirkung bei den Bemühungen des Senats zur Sachverhaltsaufklärung nicht uneingeschränkt gefolgt werden. Der Antragsteller konnte nicht plausibel erklären, warum er nunmehr davon überzeugt ist, dass seine letzte Absicherung im Krankheitsfall das Versicherungsverhältnis 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 „Ob“ einer solchen Versicherung in Frage gestellt, sondern lediglich den Endzeitpunkt, indem er die Jahreszahl 2006 mit einem Fragezeichen versah. Zudem hatte er gegenüber der Regierungsbeschäftigten B. telefonisch erklärt, keine eidesstattliche Versicherung zur Frage der privaten Krankenversicherung abgeben zu können, 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 Regierungsbeschäftigten an einem Sozialgericht, die in einem einstweiligen Rechtsschutzverfahren Rücksprache mit einem Beteiligten hält, kann erwartet werden, dass sie sich der Bedeutung der abgegebenen Erklärungen bewusst ist und diese korrekt schriftlich niederlegt. Die im Verwaltungsverfahren und gegenüber dem Sozialgericht abgegebenen Erklärungen 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 überzeugt war. Hierbei kann auch nicht außer Acht gelassen werden, dass der Antragsteller selbst – auch noch im Beschwerdeverfahren – auf Erinnerungslücken betreffend die genauen Geschehensabläufe zum Ende der Versicherung bei der Antragsgegnerin im Jahr 2004 hingewiesen hat. Wenn der Antragsteller aber selbst angibt, keine genauen Erinnerungen an die streitentscheidenden Geschehensabläufe mehr zu haben, so kann dem Inhalt einer diesbezüglichen Versicherung an Eides Statt kein hinreichendes Gewicht beigemessen werden, der eine Entscheidung zu Gunsten des Antragstellers rechtfertigen könnte.

Zu Lasten des Antragstellers war außerdem zu berücksichtigen, dass er bei dem Versuch der weiteren Sachverhaltsaufklärung durch den Senat nur unzureichend mitgewirkt hat. So hat er trotz Anforderung des Senats gegenüber der Rechtsnachfolgerin der R. G. – „N.“ – keine Schweigepflichtentbindungserklärung erteilt, sondern nur eine selbst eingeholte Erklärung der Versicherung übersandt. Der Senat konnte daher selbst keine weiteren Ermittlungen bei „N.“ anstellen. Insbesondere war keine Nachfrage dazu möglich, ob auf Grund etwaiger Lösungsfristen über ein mögliches, lang zurückliegendes Versicherungsverhältnis möglicherweise keine Daten mehr vorhanden sein könnten. Auch konnten keine weiteren Auskünfte zu dem weiteren bekannten Vornamen „T.“ des Antragstellers (hierunter wird nach den Angaben des Antragstellers zum SEPA-Lastschriftmandat im Antragsverfahren sein Girokonto geführt) und dem weiteren Nachnamen „I.“ eingeholt werden. Die selbst eingeholte Auskunft von „N.“ erscheint vor diesem Hintergrund wenig aussagekräftig.

Schließlich erscheint es angesichts der langen, angeblich versicherungslosen Zeit bei doch erheblichen Vorerkrankungen (Koma mit weitreichenden Folgeschädigungen 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 für Arbeit und dem damit verbundenen Ende der Versicherungspflicht nach [§ 190](#)

[Abs. 12 SGB V](#) (in der bis zum 31.12.2004 geltenden Fassung) die Versicherung im Anschluss nicht als freiwillige Versicherung gemäß [§ 9 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB V](#) (in der bis zum 31.12.2004 geltenden Fassung) i.V.m. [§ 188 Abs. 2 S. 1 SGB V](#) (in der bis zum 31.07.2013 geltenden Fassung) fortgeführt hat, wenn keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall bestand. Es kann zudem auch nicht unberücksichtigt bleiben, dass der Antragsteller auf Nachfrage des Senats keine Angaben zu seinen Aufenthaltsorten seit 2004, seinen Einkünften, einer etwaigen Erwerbstätigkeit und den angefallenen Krankheitskosten gemacht hat. Dies wäre aber erforderlich gewesen, um den Vortrag, er habe alle Krankheitskosten der vergangenen fast 20 Jahre selbst getragen, plausibel zu machen.

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

2.) Die Kostenentscheidung beruht auf einer entsprechenden Anwendung des [§ 193 SGG](#).

3.) Dieser Beschluss ist nicht mit der Beschwerde an das Bundessozialgericht anfechtbar, [§ 177 SGG](#).

Rechtskraft
Aus
Saved
2024-07-04