

L 5 KR 44/97

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Duisburg (NRW)
Aktenzeichen
S 9 Kr 93/96
Datum
18.07.1997
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 5 KR 44/97
Datum
17.11.1998
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 12 KR 28/98 R
Datum
-

Kategorie
Urteil

Auf die Berufung des Klägers wird das Urteil des Sozialgerichts Duisburg vom 18.07.1997 geändert. Die Beklagte wird unter Aufhebung des Bescheides vom 20.06.1996 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 21.08.1996 verurteilt, die Krankenversicherung des Klägers ab dem 29.08.1995 als freiwillige Versicherung fortzuführen. Die Beklagte trägt die außergerichtlichen Kosten des Klägers in beiden Rechtszügen. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Berechtigung des Klägers, die Krankenversicherung im Anschluß an eine Pflichtversicherung bei der Beklagten freiwillig fortzusetzen.

Der 36-jährige geschiedene türkische Kläger verfügt über keinen Schul- oder Berufsabschluß. Er erlitt als ungelernter Arbeiter am 23.07.1986 bei einem Arbeitsunfall schwere Quetschverletzungen beider Hände. Seine Schwerbehinderteneigenschaft stellte das Versorgungsamt E im Jahre 1987 fest (derzeitiger Grad der Behinderung -GdB-: 90). Der Kläger erhält von der Berufsgenossenschaft der chemischen Industrie (BG) eine Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit um 80 v.H ...

Seit Mai 1988 bezog der Kläger mit kurzen Unterbrechungen bei dem Arbeitsamt X Arbeitslosenhilfe, zuletzt durchgängig ab 17.01.1990. Während der Zeit des Leistungsbezuges war der Kläger bei der Beklagten pflichtversichert (§ 5 Abs. 1 Nr. 2 des Sozialgesetzbuchs - Gesetzliche Krankenversicherung - (SGB V) i.V.m. § 155 Abs. 1 des Arbeitsförderungsgesetzes -AFG- in der bis zum 31.12.1997 geltenden Fassung). Im Rahmen der Neufestsetzung des Bemessungsentgelts der Arbeitslosenhilfe im August 1995 ergab sich, daß der Anrechnungsbetrag aus der Verletztenrente den Leistungssatz der Arbeitslosenhilfe übertraf. Das Arbeitsamt X hob daraufhin die Leistungsbewilligung mit Bescheid vom 24.08.1995 mit Wirkung zum 28.08.1995 auf. Am 29.08.1995 versandte das Arbeitsamt X an den Kläger eine(n) "Leistungsnachweis/Entgeltbescheinigung". Der an den Kläger versandte Text ist nicht aktenkundig. Entsprechende Computerausdrucke enthalten zunächst die Mahnung, den Nachweis für das Finanzamt und den Rentenversicherungsträger aufzubewahren. Es folgen Angaben zu den bezogenen Leistungen. Schließlich heißt es: "Für die Zeit, in der sie keine Leistungen beziehen, sind sie durch das Arbeitsamt nicht krankenversichert. Um Nachteile zu vermeiden, erkundigen sie sich bitte umgehend bei ihrer Krankenkasse über Möglichkeiten zur Wahrung des weiteren Versicherungsschutzes (z.B. durch freiwillige Weiterversicherung)." Der Kläger behielt in der Folgezeit die Krankenversicherungskarte der Beklagten.

Im April 1996 sprach der Kläger bei der Beklagten wegen einer Zuzahlungsbefreiung vor. Der Zeuge N, Verwaltungsangestellter der Beklagten, zog die Krankenversicherungskarte ein und verwies den Kläger hinsichtlich des Krankenversicherungsschutzes auf private Krankenversicherungen, die BG und das Sozialamt. Vom 28.04. bis 07.05.1996 wurde der Kläger stationär im St. X-Spital F behandelt. Das Krankenhaus stellte ihm 3851,80 DM in Rechnung. Am 14.05.1996 beantragte der Kläger durch einen Bevollmächtigten die Weiterversicherung, hilfsweise die Gewährung von Wiedereinsetzung in den vorigen Stand. Eine Mitteilung des Endes des Krankenversicherungsschutzes durch die Beklagte sei nicht erfolgt. Deshalb habe er die Dreimonatsfrist zur Anzeige des Beitritts nicht einhalten können.

Mit Bescheid vom 20.06.1996 stellte die Beklagte fest, daß die Pflichtversicherung des Klägers am 26.08.1995 mit dem Ausscheiden aus dem Arbeitslosenhilfe-Bezug geendet habe. Ausscheidende Mitglieder mußten von der Krankenkasse nicht darauf aufmerksam gemacht werden, daß sie sich um die Fortsetzung ihrer Krankenversicherung kümmern mußten. Der Kläger solle sich einmal vorstellen, welcher Aufwand damit betrieben werden müsse. Schließlich habe der Kläger vom Arbeitsamt den Hinweis erhalten, sich unverzüglich mit der letzten Krankenkasse in Verbindung zu setzen. Die Dreimonatsfrist zur Anzeige des Beitritts zur freiwilligen Versicherung habe er versäumt.

Wiedereinsetzung in den vorigen Stand könne nicht gewährt werden, weil ihn ein Verschulden an der Nichtbeachtung der Frist treffe und er die Zweiwochenfrist des § 27 des Sozialgesetzbuchs - Verwaltungsverfahren - (SGB X) versäumt habe. Den Widerspruch des Klägers vom 01.07.1996 wies der Widerspruchsausschuß der Beklagten mit Widerspruchsbescheid vom 21.08.1996 als unbegründet zurück.

Mit der am 24.09.1996 bei dem Sozialgericht Duisburg (SG) erhobenen Klage hat der Kläger geltend gemacht, seine Krankenversicherung über den 27.08.1995 hinaus im Wege der freiwilligen Versicherung fortzuführen. Er sei davon ausgegangen, trotz der Aufhebung der Arbeitslosenhilfebewilligung weiter bei der Beklagten krankenversichert gewesen zu sein. Es seien unbeanstandet Leistungen in Anspruch genommen worden sein.

Das SG hat die Klage mit Urteil vom 18.07.1997 abgewiesen. Die Versicherungsberechtigung des Klägers scheitere gem. [§ 9 Abs. 2 SGB V](#) daran, daß er der Beklagten nicht innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Pflichtmitgliedschaft den Beitritt zur freiwilligen Versicherung angezeigt habe. Da der Kläger nicht ohne Verschulden gehindert gewesen sei, die Frist einzuhalten, komme die Gewährung von Wiedereinsetzung in den vorigen Stand nicht in Betracht. Die Belehrung durch den Vordruck des Arbeitsamtes sei ausreichend. Der Kläger habe auch nicht aufgrund des Besitzes der Krankenversicherungskarte auf den Bestand des Versicherungsschutzes vertrauen dürfen. Der sozialrechtliche Herstellungsanspruch komme nicht in Betracht, weil ein der Beklagten zurechenbarer Beratungsfehler nicht vorliege. Eine Beratungspflicht von Amts wegen, also unverlangt, bestehe nicht.

Gegen das am 18.08.1997 zugestellte Urteil des SG hat der Kläger am 17.09.1997 Berufung eingelegt. Die Beklagte habe mit der fortgesetzten Leistungsgewährung einen Vertrauenstatbestand geschaffen. Sie habe im Verhältnis zum Kläger eine besondere Betreuungspflicht gehabt. So habe es ihr zumindest obliegen, unverzüglich die Versicherungskarte zurückzufordern und dem Kläger dadurch rechtzeitig die Rechtslage zur Kenntnis zu bringen.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Duisburg vom 18.07.1997 zu ändern und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 20.06.1996 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 21.08.1996 zu verurteilen, seine Krankenversicherung ab dem 29.08.1995 als freiwillige Versicherung fortzuführen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte trägt vor: Das Arbeitsamt habe im Rahmen des Meldeverfahrens zwischen Kranken- und Arbeitslosenversicherung den Kläger bei der Beklagten am 19.09.1995 zum 28.08.1995 abgemeldet. Üblicherweise erhielten die ehemaligen Versicherten dann automatisch ein Schreiben mit der Bitte, die Krankenversicherungskarte zurückzusenden. Bei erstmaliger Übersendung der Karte würden die Mitglieder automatisch durch ein Anschreiben über die Gültigkeitsdauer informiert. Es sei davon auszugehen, daß dies auch bei dem Kläger geschehen sei. Bewilligungsbescheide des Arbeitsamtes enthielten den Hinweis auf die mit dem Leistungsbezug verbundene Mitgliedschaft in einer Krankenkasse. Ein Beratungsbedarf des Klägers sei für die Beklagte nicht ersichtlich gewesen. Die Inanspruchnahme ärztlicher bzw. zahnärztlicher Leistungen mittels der Krankenversicherungskarte könne die Beklagte nicht ermitteln. Auf der Grundlage der Mindestbemessungsgrundlage ergebe sich im Falle des Obsiegens des Klägers für die Zeit bis zum 30.09.1998 eine Beitragsforderung i.H.v. 7092,84 DM. Die Höhe der dagegenstehenden Leistungen sei unbekannt.

Der Berichterstatter hat in einem Erörterungstermin den Zeugen N vernommen. Der Zeuge hat bekundet, daß er den Kläger anlässlich der Vorsprache wegen einer Zuzahlungsbefreiung auf den fehlenden Versicherungsschutz hingewiesen habe. Der Kläger sei ungehalten gewesen. Was der Kläger genau gesagt habe, wisse er nicht mehr. Er könne auch nicht sagen, ob der Kläger überrascht gewesen sei. Ein ausführliches Gespräch sei wegen Sprachschwierigkeiten nicht zustande gekommen. Nach seinem Kenntnisstand werde bei Eingang einer Abmeldung des Arbeitsamtes durch die EDV automatisch die Rückforderung des Versicherten ausweises veranlaßt. Genau könne er dies aber nicht sagen.

Der Internist Dr. L hat auf gerichtliche Anfrage am 20.07.1998 mitgeteilt, daß er den Kläger am 24.07.1995, 25.03.1996, 11.04.1996 und 25.04.1996 behandelt habe.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Prozeßakte und die Verwaltungsakten der Beklagten, der Bundesanstalt für Arbeit, des Versorgungsamtes E und der BG Bezug genommen. Diese Akten haben vorgelegen und sind ihrem wesentlichen Inhalt nach Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers ist zulässig und begründet. Das SG hat die Klage zu Unrecht abgewiesen, weil dem Kläger im Wege der Wiedereinsetzung in den vorigen Stand die Berechtigung zur freiwilligen Fortsetzung der Krankenversicherung bei der Beklagten einzuräumen ist.

Die Pflichtversicherung des Klägers aufgrund des Bezuges von Arbeitslosenhilfe endete gem. [§ 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V](#) i.V.m. § 155 Abs. 3 Satz 2 AFG (seit 01.01.1998: [§ 190 Abs. 12 SGB V](#)) mit Ablauf des letzten Tages, für den die Leistung bezogen worden ist, also am 28.08.1995. Das Ende der Mitgliedschaft trat kraft Gesetzes ein, ohne daß es einer bescheidmäßigen Feststellung durch die Beklagte bedurfte (vgl. KassKomm-Peters, [§ 190 SGB V](#) RdNr. 3; Leitherer in: Schulin, HS-KV, § 19 RdNr. 216).

Der Kläger war nach [§ 9 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) weiterversicherungsberechtigt. Er erfüllte die Vorversicherungszeit dieser Vorschrift. Er hätte der Beklagten den Beitritt zur freiwilligen Versicherung gem. [§ 9 Abs. 2 Nr. 1](#), [§ 188 Abs. 3 SGB V](#) innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Pflichtmitgliedschaft schriftlich anzeigen müssen. Dies ist nicht erfolgt. Die Versicherungsberechtigung besteht jedoch ungeachtet dieses Fristversäumnisses, weil der Kläger ohne Verschulden verhindert war, die Beitrittserklärung zur freiwilligen Weiterversicherung

rechtzeitig abzugeben.

Nach [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) ist auf Antrag demjenigen Wiedereinsetzung in den vorigen Stand zu gewähren, der ohne Verschulden verhindert war, eine gesetzliche Frist einzuhalten. Der Rechtsanspruch auf Gewährung von Wiedereinsetzung greift auch dann ein, wenn eine hier vorliegende materiell-rechtliche Ausschlussfrist unverschuldet versäumt worden ist (vgl. [BSGE 64, 153](#), 155 ff.; [BSGE 73, 56](#), 58 f. = [SozR 3 - 1200 § 14 Nr. 9](#)). Ein krankenversicherungsrechtlicher Ausschluss der Wiedereinsetzung liegt nicht vor ([§ 27 Abs. 5 SGB X](#); KassKomm-Peters, [§ 9 SGB V](#) RdNr. 31, § 8 SGB V RdNr. 20).

Der Kläger war unverschuldet verhindert, die Beitrittsfrist zu wahren, weil die Beklagte ihn nach dem Ende der Versicherungspflicht nicht auf die Form- und Fristanforderungen der Beitrittserklärung zur freiwilligen Weiterversicherung hingewiesen hat. Die Rechtsunkenntnis des Klägers ist wegen dieser Verletzung der sozialbehördlichen Beratungspflicht als unverschuldet i.S. des [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) anzusehen.

Aufgrund der Beratungspflicht aus § 14 des Sozialgesetzbuchs - Allgemeiner Teil - (SGB I) ist ein Versicherungsträger gehalten, auf klar zu Tage liegende Gestaltungsmöglichkeiten hinzuweisen, die sich offensichtlich als zweckmäßig aufdrängen und die von jedem verständigen Versicherten mutmaßlich genutzt werden (BSG [SozR 3 - 1200 § 14 Nr. 5](#) und Nr. 6, jeweils m.w.Nw.). In der Rechtsprechung ist anerkannt, daß Versicherungsträger trotz Nichtvorliegens eines Beratungsbegehrens gehalten sind, Versicherte bei einem konkreten Anlaß von sich aus "spontan" auf solche klar zu Tage liegende Gestaltungsmöglichkeiten hinzuweisen ([BSGE 41, 126](#), 128 = [SozR 7610 § 242 Nr. 5](#); [BSGE 46, 124](#), 126 = [SozR 2200 § 1290 Nr. 11](#); [BSGE 60, 79](#), 86 = [SozR 4100 § 100 Nr. 11](#); BSG [SozR 3 - 5750 Art. 2 § 6 Nr. 7](#), Bl. 30 f.; BSG, Urteil vom 26.10.1994 - [11 RAr 5/94](#) -, Umdr. S. 6). Darin liegt keine Überforderung der Sozialleistungsträger. Die engen Verknüpfungen der verschiedenen Zweige der sozialen Sicherung, die von Betroffenen oftmals nicht überschaut werden, machen es erforderlich, die Beratungspflicht der Versicherungsträger dahin abzugrenzen, daß Versicherte zumindest auf Fragen, die für die Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes oder erhebliche Leistungs Nachteile bedeutsam sind, bei konkretem Anlaß hingewiesen werden ([BSGE 73, 56](#), 59 ff. m.w.Nw.; s.a. BSG [SozR 3 - 2600 § 58 Nr. 2](#), Bl. 6 f.; BSG, Urteil vom 06.08.1992 - [8 RKn 9/91](#) -, Umdr. S. 5). Diese Pflichtenstellung der Versicherungsträger bildet einen Gegenpol zu der komplexen Sozialrechtsmaterie und ihrer häufig existenziellen Bedeutung für Versicherte, wobei sich eine normative Begründung aus dem gesetzlichen Auftrag zur möglichst weitgehenden Verwirklichung sozialer Rechte in [§ 2 Abs. 2 SGB I](#) ergibt (BSG [SozR 3 - 1200 § 14 Nr. 22](#), Bl. 74 f.; SG Dortmund, Breithaupt 1997, 587, 589).

Ein solcher konkreter Anlaß für eine "Spontanberatung" des Klägers durch die Beklagte ist darin zu sehen, daß für die Krankenkasse aufgrund der Abmeldung des Klägers durch das Arbeitsamt der Lauf der Dreimonatsfrist des [§ 9 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) erkennbar war. Trotz der - inzwischen aufgegebenen - Verweisung in das Arbeitsförderungsrecht sind die Krankenkassen Träger der Krankenversicherung der Arbeitslosen. Von daher obliegt ihnen als zuständige Sozialversicherungsträger gegenüber bei ihnen versicherten Arbeitslosen eine besondere Betreuungspflicht, die auch die Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes nach dem Ende der Versicherungspflicht umfaßt. Die jeweilige Krankenkasse hat aus dem vorbestehenden Versicherungsverhältnis die nachgehende Nebenpflicht, den Betroffenen rechtzeitig über die Möglichkeit und die Voraussetzungen der Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes nach [§ 9 SGB V](#) zu beraten, wobei die gesetzliche Dreimonatsfrist besonders herauszustellen ist. Die Versicherungsberechtigung nach Ablauf der Versicherungspflicht beruht nämlich darauf, daß von einem Fortbestehen der sozialen Schutzbedürftigkeit ausgegangen wird. Sie stellt damit eine notwendige Ergänzung der Versicherungspflicht dar (KassKomm-Peters, [§ 9 SGB V](#) RdNr. 2).

Dieser Zusammenhang ist für die Beklagte erkennbar bei dem Kläger gegeben: Als Arbeitsunfallopfer und Schwerbehinderter (s.a. die hier nicht mehr greifende Versicherungsberechtigung nach [§ 9 Abs. 1 Nr. 4, Abs. 2 Nr. 4 SGB V](#)) ist der Kläger seit Jahren auf Sozialleistungen angewiesen. Er gehört damit nicht zu dem Personenkreis, der aufgrund seiner wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit für in der Lage gehalten wird, das Krankheitsrisiko privat abzusichern (vgl. [§ 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#)). Vor diesem Hintergrund erhält die Beitrittsfrist des [§ 9 Abs. 2 SGB V](#) eine besondere Bedeutung: Nach Ablauf der Ausschlussfrist kommt die Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung außerhalb der erneuten Verwirklichung eines Versicherungspflichttatbestandes nicht mehr in Betracht.

Auf die bei fehlendem anderweitigem Krankenversicherungsschutz - z.B. im Rahmen der Familienversicherung - offensichtlich zweckmäßige rechtzeitige Beitrittserklärung zur freiwilligen Weiterversicherung hätte die Beklagte nach der Abmeldung aus dem Leistungsbezug der Arbeitsverwaltung isoliert oder im Zusammenhang mit der Rückforderung der Krankenversicherungskarte hinweisen müssen. Die Krankenkasse hat gem. [§ 291 Abs. 4 SGB V](#) bei Beendigung des Versicherungsschutzes die Krankenversicherungskarte von dem Versicherten einzufordern. Ein Kontakt mit dem Versicherten aus Anlaß der Beendigung der Mitgliedschaft ist demnach gesetzlich vorgesehen. Die Beklagte trägt vor, sie übersende regelmäßig eine Aufforderung zur Rückgabe der Krankenversicherungskarte, wobei der Zeuge N dies bezogen auf den Kläger nicht ausdrücklich bestätigen konnte. Weder das von der Beklagten vorgelegte Anschreiben an eine andere Versicherte bezüglich der Kartenrückgabe noch das "Begrüßungsschreiben" enthalten einen Hinweis auf die befristete Möglichkeit zur Weiterversicherung nach dem Ende der Versicherungspflicht.

Die Beklagte kann sich auch nicht entlasten, indem sie auf Bewilligungsbescheide und den Leistungsnachweis des Arbeitsamtes verweist. Der von ihr vorgelegte Arbeitslosenhilfebescheid enthält lediglich den Hinweis, daß der Arbeitslose bei der AOK L kranken- und pflegeversichert und zuständiger Rentenversicherungszweig die Rentenversicherung der Arbeiter sei. Der Aufhebungsbescheid des Arbeitsamtes X vom 24.08.1995 verhält sich überhaupt nicht zu krankenversicherungsrechtlichen Folgen der Leistungseinstellung. Lediglich der Leistungsnachweis vom 29.08.1995 enthält den wörtlich wiedergegebenen Hinweis. Dieser ist indes nicht ausreichend: Zwar hätte dem Kläger bei der ihm abzuverlangenden Lektüre - ggfs. nach Übersetzung - klar werden müssen, daß eine Krankenversicherung durch das Arbeitsamt nicht mehr erfolgte. Ein allgemeiner Hinweis auf die Möglichkeit der Weiterversicherung war vorhanden. Entscheidend ist jedoch, daß die laufende Ausschlussfrist und die Notwendigkeit einer schriftlichen Beitrittserklärung bei der Beklagten nicht erwähnt wurden. Darüber hinaus wäre es angesichts der Bedeutung der Weiterversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung auch nicht angemessen, diese Belehrung am Ende eines zur Vorlage bei Finanzamt und Rentenversicherungsträger bestimmten Leistungsnachweises "zu verstecken".

Der von der Bundesanstalt für Arbeit gegebene Hinweis ist somit nicht geeignet, die primär der Beklagten obliegende individuelle Beratung des Klägers zu ersetzen. Nach den Umständen ist davon auszugehen, daß der Kläger die Dringlichkeit einer Beratung durch die Beklagte trotz des allgemeinen Hinweises in dem arbeitsamtlichen Leistungsnachweis nicht realisiert hat. Angesichts der Weitergewährung von Krankenbehandlungsleistungen konnte bei dem eher ungebildeten Kläger der Eindruck bestehen, daß aus einem anderen Grunde als dem

AFG- Leistungsbezug (z.B. fortbestehende Arbeitslosigkeit, Unfallrentenbezug mit Heilbehandlungsanspruch, Schwerbehinderung) die Krankenversicherung fortgeführt würde. Dies kommt insbesondere dann in Betracht, wenn die Rückforderung der Krankenversicherungskarte unterblieben ist. Hierfür spricht, daß die Beklagte ansonsten bei Nichtrückgabe nachgefaßt hätte.

Das fehlende Verschulden des Klägers i.S. des [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) folgt schließlich daraus, daß die Pflichtverletzung der Beklagten ursächlich für den sozialrechtlichen Schaden des Klägers in Gestalt des Ausschlusses von der freiwilligen Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses ist. Mangels sinnvoller Handlungsalternativen (der unfallversicherungsrechtliche Heilbehandlungsanspruch ist beschränkt auf den durch den Arbeitsunfall verursachten Gesundheitsschaden, § 556 Abs. 1 Nr. 1 der Reichsversicherungsordnung (RVO) a.F., § 26 Abs. 2 Nr. 1 des Sozialgesetzbuchs - Gesetzliche Unfallversicherung - (SGB VII)) ist davon auszugehen, daß der Kläger bei rechtzeitiger Beratung fristgemäß den Beitritt zur freiwilligen Krankenversicherung bei der Beklagten erklärt hätte. Die verletzte Spontanberatungspflicht der Beklagten ist darauf gerichtet, gerade die hier eingetretene Versäumung der rechtzeitigen Beitrittserklärung bei Beendigung der Versicherungspflicht zu verhindern (Schutzzweckzusammenhang zwischen Pflichtverletzung und sozialrechtlichem Nachteil, vgl. zum sozialrechtlichen Herstellungsanspruch: BSG [SozR 3 - 2600 § 58 Nr. 2](#), Bl. 5 f.).

Die Gewährung von Wiedereinsetzung in den vorigen Stand scheidet nicht an den Handlungsfristen des [§ 27 SGB X](#).

Die Jahresfrist des [§ 27 Abs. 3 SGB X](#) hat der Kläger gewahrt.

Die Gewährung von Wiedereinsetzung in den vorigen Stand ist innerhalb von zwei Wochen nach Wegfall des Hindernisses zu beantragen. Innerhalb der Antragsfrist ist die versäumte Handlung nachzuholen ([§ 27 Abs. 2 Satz 1, Satz 3 SGB X](#)).

Nicht feststellbar ist, an welchem Tag im April 1996 der Kläger bei der Beklagten wegen der Zuzahlungsbefreiung vorgesprochen hat. Nach dem diesbezüglichen handschriftlichen Aktenvermerk in den Unterlagen der Beklagten soll es sich um den 07.04.1996 gehandelt haben. Da dieser Tag Ostersonntag war, dürfte die Angabe unzutreffend sein. Der Kläger will Ende April vorgesprochen haben. Weil er sich ab dem 28.04.1996 in stationärer Behandlung befand, muß die Vorsprache und damit die Kenntnisnahme von dem Fristversäumnis zuvor erfolgt sein. Hierfür spricht, daß sich der Kläger am 17.04.1996 bei der BG nach einer Übernahme von Krankenversicherungsbeiträgen erkundigt hat. Die Zweiwochenfrist des [§ 27 Abs. 2 SGB X](#) wäre somit bei Eingang des Weiterversicherungsantrages am 14.05.1996 abgelaufen gewesen. Der Senat geht jedoch aufgrund des Aktenvermerkes der Beklagten und der Bekundungen des Zeugen N davon aus, daß der Kläger bereits bei der Vorsprache im April 1996 hinreichend deutlich zum Ausdruck gebracht hat, daß er bei der Beklagten weiterhin versichert sein möchte und damit rechtzeitig - in seinen Worten - die Gewährung von Wiedereinsetzung beantragt hat. Da die Beklagte daraufhin nicht die erforderliche schriftliche Beitrittserklärung des Klägers aufgenommen, sondern ihn mit wenig zweckmäßigen Hinweisen auf andere Leistungsträger in die Irre geleitet hat, ist dem Kläger hinsichtlich der Nachholung der Beitrittserklärung gem. [§ 27 Abs. 2 Satz 3 SGB X](#) ebenfalls Wiedereinsetzung in den vorigen Stand zu gewähren.

Der Kläger ist so zu behandeln, als hätte er die schriftliche Beitrittserklärung fristgerecht abgegeben. Die Mitgliedschaft in der freiwilligen Krankenversicherung hat deshalb gem. [§ 188 Abs. 2 SGB V](#) am 29.08.1995 begonnen.

Der Senat braucht nicht zu entscheiden, ob der bei einer Beratungspflichtverletzung ebenfalls einschlägige sozialrechtliche Herstellungsanspruch durch die Anwendbarkeit des [§ 27 SGB X](#) verdrängt wird (bejahend: BVerwG [NJW 1997, 2966](#); verneinend: Schneider-Danwitz in: Bley u.a., Gesamtkommentar Sozialversicherung, Band 4, § 27 SGB X Anm. 9 b und KassKomm- Krasney, [§ 27 SGB X](#) RdNr. 2).

Die Revision wird wegen grundsätzlicher Bedeutung der Rechtssache zugelassen ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1](#) des Sozialgerichtsgesetzes- SGG -). So hat der 12. Senat des BSG in einer Entscheidung vom 11.05.1993 (SozR 3 - 2200 § 176 b Nr. 1, Bl. 6) ausdrücklich offengelassen, ob sich wegen der Bedeutung des Krankenversicherungsschutzes aus [§ 14 SGB I](#) eine Hinweispflicht auf die freiwillige Weiterversicherung ergibt.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2006-10-11