

L 4 KR 807/17

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 4 KR 2400/16
Datum
31.01.2017
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 KR 807/17
Datum
23.02.2018
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 31. Januar 2017 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten auch des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger wendet sich gegen das Bestehen einer freiwilligen Versicherung in der gesetzlichen Kranken- und einer daraus folgenden Pflichtversicherung in der sozialen Pflegeversicherung sowie die damit verbundene Beitragspflicht für die Zeit vom 1. November 2015 bis 28. Februar 2016.

Der am 1980 geborene, ledige Kläger, Vater einer Tochter, war bis zum 31. Oktober 2015 aufgrund abhängiger Beschäftigung bei der Beklagten zu 1 gesetzlich kranken- und bei der Beklagten zu 2 sozial pflegeversichert. Zum 2. November 2015 meldete er ein Gewerbe als Hausmeisterservice (nicht im Nebenerwerb) an (Gewerbeanmeldung vom 15. Oktober 2015). Eine abhängige Beschäftigung übte er daneben nicht aus.

Mit Mitgliedserklärung - freiwillige Kranken- und soziale Pflegeversicherung - vom 2. November 2015 erklärte er seine Mitgliedschaft zum 2. November 2015 bei den Beklagten. Gleichzeitig wählte er eine Krankenversicherung für hauptberuflich Selbständige mit Krankengeldanspruch sowie die Wahltarife IKK Krankengeld plus sowie IKK Cash und IKK Cash plus (Krankengeld vom 15. bis 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit sowie Bonusregelung). Als erwartete Einnahmen aus seiner selbständigen Tätigkeit gab er EUR 2.126,25 monatlich an. Die formularmäßigen Erklärungen gingen am selben Tag bei der Beklagten zu 1 ein.

Mit Bescheid vom 26. November 2015 bestätigte die Beklagte zu 1 - hinsichtlich der Pflegeversicherung im Namen der Beklagten zu 2 - die freiwillige Mitgliedschaft in der Krankenversicherung sowie die Mitgliedschaft in der Pflegeversicherung ab dem 1. November 2015 und setzte die zu zahlenden Beiträge "unter Vorbehalt des Steuerbescheides 2015" aus einem monatlichen Einkommen in Höhe von EUR 2.126,50 für die Krankenversicherung auf EUR 327,44 (Beitragssatz 15,4%) zzgl. EUR 53,16 (Wahltarif Krankengeld) und für die Pflegeversicherung auf EUR 49,97 (Beitragssatz 2,35%) fest. Mit weiteren Schreiben vom selben Tag bestätigte sie die Teilnahme an den Wahlтарifen IKK Cash und IKK Cash plus zum 1. Januar 2016.

Mit Schreiben vom 16. Dezember 2015, Eingang bei den Beklagten am selben Tag, "kündigte" der Kläger die Kranken- und Pflegeversicherung zum 31. Oktober 2015 und "widersprach" dem "Angebot" vom 26. November 2015 zur freiwilligen Mitgliedschaft. Die Beklagte zu 1 bestätigte ihm unter dem 23. Dezember 2015 die Kündigung der Mitgliedschaft zum 29. Februar 2016. Der Kläger legte ihr eine Bestätigung eines privaten Krankenversicherungsunternehmens vom 17. Dezember 2015 vor, wonach bei diesem für ihn seit 1. November 2015 eine private Krankenversicherung bestehe, deren Leistungen der Art nach denen der gesetzlichen Krankenversicherung entsprächen.

Mit - mit Rechtsbehelfsbelehrung versehenem - Schreiben vom 20. Januar 2016 legte die Beklagte zu 1 dem Kläger dar, dass es sich bei ihrem Schreiben vom 26. November 2015 nicht um ein Vertragsangebot, sondern um eine Versicherungsbestätigung gehandelt habe. Ein Widerruf der freiwilligen Versicherung sei nur vor Beginn der Versicherung möglich, danach lediglich innerhalb der Kündigungsfrist (mindestens zwei volle Monate zum Monatsende unter Einhaltung von Bindungsfristen). Die freiwillige Mitgliedschaft bestehe vom 1. November 2015 bis 29. Februar 2016 zu Recht; Beiträge seien in bereits mitgeteilter Höhe zu zahlen.

Zum 1. Januar 2016 setzte die Beklagte zu 1 – auch im Namen der Beklagten zu 2 – die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung neu auf insgesamt EUR 374,20 fest (Krankenversicherung EUR 348,60 bei einem Beitragssatz von 16,0%; Pflegeversicherung EUR 25,60; monatliche Bemessungsgrundlage EUR 2.178,75) fest (Bescheid vom 21. Januar 2016).

Mit Schriftsatz vom 10. Februar 2016 führte der Kläger aus, er habe mit seinem Schreiben vom 16. Dezember 2015 Widerspruch gegen den Bescheid eingelegt, mit dem seine Mitgliedschaft als freiwillig Versicherter festgestellt worden sei, so dass dieser Status mit Wirkung ab Versicherungsbeginn (1. November 2015) entfallen sei. Die Möglichkeit, das Krankenversicherungsverhältnis innerhalb der Widerspruchsfrist mit Wirkung für die Vergangenheit zu beseitigen, könne nicht verwehrt werden. Andernfalls werde die dreimonatige Frist unterlaufen, die der Gesetzgeber dem Versicherten für die Entscheidung zwischen einem Wechsel in die private oder dem freiwilligen Verbleib in der gesetzlichen Krankenversicherung einräume.

Erstmals unter dem 14. Januar 2016 und danach wiederholt wurde die Beitragszahlung angemahnt.

Mit Widerspruchsbescheid vom 14. Juni 2016 wies der gemeinsame Widerspruchsausschuss der Beklagten den Widerspruch gegen den Bescheid vom 26. November 2015 als unbegründet zurück. Die Beitrittserklärung zur freiwilligen Versicherung werde als einseitige, empfangsbedürftige Willenserklärung mit Zugang wirksam. Die Krankenkasse dürfte die Mitgliedschaft – bei Vorliegen der weiteren Voraussetzungen – nicht ablehnen. Die Mitgliedschaft beginne mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht. Der Kläger habe seinen Beitritt form- und fristgerecht erklärt, so dass seine Mitgliedschaft ab dem 1. November 2015 bestehe und er zur Beitragszahlung in festgesetzter Höhe verpflichtet sei.

Am 18. Juli 2016 erhob der Kläger hiergegen Klage beim Sozialgericht Karlsruhe (SG), mit der er neben der Aufhebung des Bescheides "vom 26.01.2015" in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14. Juni 2016 auf die Feststellungen begehrt, dass eine Pflegeversicherung nicht bestanden habe, er aufgrund des Bestehens einer privaten Krankenversicherung nicht freiwillig bei der Beklagten versichert gewesen sei und keine Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung in Höhe von EUR 1.509,64 für den Zeitraum vom 1. November 2015 bis zum 28. Februar 2016 schulde. Zur Begründung führte er aus, parallel zum Beitrittsverfahren bei den Beklagten habe er sich über die Kosten einer privaten Krankenversicherung informiert, die sich als deutlich günstiger herausgestellt habe. Daher habe er – über das Faxgerät des Versicherungsmaklers – am 16. Dezember 2015 die Kündigung erklärt bzw. dem Angebot widersprochen. Darin liege gleichzeitig ein Widerspruch gegen den Bescheid vom 26. November 2015 und eine Rücknahme des Antrags auf freiwillige Versicherung, die mangels Bestandskraft des die Mitgliedschaft feststellenden Bescheides möglich gewesen sei. Im streitbefangenen Zeitraum habe nicht die Beklagte zu 1 das versicherte Risiko getragen, sondern das private Krankenversicherungsunternehmen.

Die vom SG allein als Beklagte geführte Beklagte zu 1 verwies auf die Begründung der angefochtenen Bescheide.

Mit Gerichtsbescheid vom 31. Januar 2017 wies das SG die Klage ab und verwies zur Begründung auf die Ausführungen im Widerspruchsbescheid. Ergänzend führte es aus, dem Kläger habe nach seiner ausdrücklichen und schriftlichen Beitrittserklärung keine Widerrufsmöglichkeit mehr zugestanden. Rücknahme oder Widerruf seien gesetzlich nicht vorgesehen. Nach erfolgtem Beitritt bestehe allein die Möglichkeit der Kündigung unter Einhaltung der gesetzlichen Fristen. Die Kündigung des Klägers habe die Beklagte (zu 1) zutreffend umgesetzt. Eine rückwirkende Beseitigung der Wirksamkeit einer Beitrittserklärung durch deren Anfechtung nach [§§ 119 ff.](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) scheidet aus, da lediglich ein unbeachtlicher Motivirrtum vorliege. Dies ergebe sich aus dem gegenüber der Beklagten (zu 1) telefonisch geäußerten Hinweis des Klägers, dass er bei seinem privaten Krankenversicherungsunternehmen einen Existenzgründer-Rabatt erhalte.

Gegen diesem ihm am 6. Februar 2017 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 1. März 2017 Berufung beim Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg eingelegt und zur Begründung ausgeführt, eine Rücknahme oder ein Widerruf der Beitrittserklärung sei bis zur Rechtskraft der Entscheidung der Krankenkasse möglich (Verweis auf Gerlach in Hauck/Noftz, SGB V, Oktober 2012, § 9 Rn. 84 und Sonnhoff in Hauck/Noftz, SGB V, April 2015, § 175 Rn. 16). Nachdem er den Beitritt bereits erklärt gehabt habe, habe er sich bei der Beklagten (zu 1) erkundigt, ob er aus dem Versicherungsverhältnis wieder herauskomme, wenn er sich privat krankenversichere. Dies sei ihm zugesagt worden. Daraufhin habe er den privaten Krankenversicherungsvertrag abgeschlossen. Bei zutreffender Beratung hätte er diesen Vertrag nicht geschlossen. Er sei daher so zu stellen, als hätte er die Mitgliedschaft bei den Beklagten mit Bestehen des privaten Krankenversicherungsschutzes beendet. Er stelle hilfsweise einen Schadensersatzanspruch zur Aufrechnung gegen die mit den Bescheiden festgesetzten Beiträgen. Die Feststellungsbegehren hat er zuletzt nicht mehr aufrecht halten (Schriftsatz vom 24. April 2017).

Der Kläger beantragt zuletzt (sachgerecht gefasst),

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 31. Januar 2017 und die Bescheide vom 26. November 2015 und 21. Januar 2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14. Juni 2016 aufzuheben.

Die Beklagten beantragen,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie halten die Entscheidung für zutreffend und haben im Übrigen auf das bisherige Vorbringen verwiesen.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten der Beklagten sowie der Verfahrensakten des SG und des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

1. Die Berufung des Klägers, über die der Senat mit Einverständnis der Beteiligten nach [§ 124 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) entschieden

hat, ist zulässig. Sie ist gemäß [§ 143 SGG](#) statthaft und gemäß [§ 151 Abs. 1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegt. Die Berufung bedurfte gemäß [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) auch nicht der Zulassung, denn der Kläger wendet sich gegen Beitragsforderungen von mehr als EUR 750,00.

2. Gegenstand des Verfahrens ist das Begehren des Klägers, die Festsetzung der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung aufgrund einer freiwilligen Mitgliedschaft in der gesetzlichen Kranken- und daraus folgenden Mitgliedschaft in der sozialen Pflegeversicherung für die Zeit vom 1. November 2015 bis 29. Februar 2016 aufzuheben.

a) Obwohl der Kläger die Klage ursprünglich nur gegen die zu 1 beklagte Krankenkasse gerichtet hat, richtete sie sich von vornherein nicht nur gegen die zu 1 beklagte Krankenkasse, sondern auch gegen die zu 2 beklagte Pflegekasse, weshalb eine Berichtigung des Rubrums auf Beklagtenseite – auch noch im Berufungsverfahren – möglich und keine Klageänderung im Sinne des [§ 99 SGG](#) ist (vgl. Urteile des Senats vom 12. September 2014 – [L 4 KR 75/14](#) – juris, Rn. 17, vom 21. November 2014 – [L 4 KR 1792/13](#) –, vom 12. Dezember 2014 – [L 4 KR 3408/11](#) – und vom 27. Februar 2015 – [L 4 KR 2931/13](#) – jeweils nicht veröffentlicht). Denn die Klage betraf von Anfang an die Verpflichtung nicht nur zur Zahlung der Beiträge zur Krankenversicherung, sondern auch zur Pflegeversicherung. Sowohl der Ausgangsbescheid vom 26. November 2015 als auch der Widerspruchsbescheid vom 14. Juni 2016 enthielten eine – ausdrücklich im Namen der Beklagten zu 2 erlassene – Regelung hierzu. Das SG hat im angefochtenen Gerichtsbescheid ausdrücklich auch über die Rechtmäßigkeit der Festsetzung der Pflegeversicherungsbeiträge entschieden, wie sich aus dem dort formulierten Antrag und dem Verweis in den Entscheidungsgründen auf die Ausführungen im Widerspruchsbescheid ergibt.

b) Streitbefangen ist somit der Bescheid vom 26. November 2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14. Juni 2016, der die erstmalige Regelung hierzu traf, aber auch der Bescheid vom 21. Januar 2016, mit dem diese Ausgangsregelung für die Zeit ab dem 1. Januar 2016 hinsichtlich der Höhe der Beiträge abgeändert wurde. Dieser wurde nach [§ 86 SGG](#) kraft Gesetzes Gegenstand des bereits gegen den Bescheid vom 26. November 2015 anhängigen Widerspruchsverfahrens, ohne dass es der ausdrücklichen Einlegung eines Widerspruches bedurfte. Der Prüfung dieses Bescheides im Klage- und damit auch dem Berufungsverfahren steht nicht entgegen, dass er im Widerspruchsbescheid vom 14. Juni 2016 nicht genannt ist. Ergeht ein Widerspruchsbescheid, der erkennbar eine abschließende Entscheidung über den gesamten Verfahrensgegenstand treffen sollte, liegt ein abgeschlossenes Vorverfahren vor, auch wenn nur über einen Teil der belastenden Regelungen entschieden wurde. Eine Aussetzung zur Nachholung des Vorverfahrens diesbezüglich ist nicht erforderlich (Bundessozialgericht [BSG], Beschluss vom 13. Juni 2013 – [B 13 R 454/12 B](#) – juris, Rn. 20 m.w.N.).

Nicht Gegenstand des Verfahrens ist hingegen das Schreiben der Beklagten zu 1 vom 20. Januar 2016. In diesem legte die Beklagte zu 1 dem Kläger lediglich nochmals ihre dem Bescheid vom 26. November 2015 zugrundeliegende Rechtsauffassung dar. Dies wird untermauert durch die Ausführungen im Widerspruchsbescheid vom 14. Juni 2016. Danach sei der Kläger in diesem über die Sach- und Rechtslage "informiert" worden. Dieses Schreiben traf jedenfalls keine neue eigenständige Regelung i.S.d. [§ 31 Satz 1](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X). Denn es nahm nur den Verfügungssatz des Verwaltungsakts vom 26. November 2015 auf und gab eine ausführliche Begründung. Es stellt somit allenfalls eine wiederholende Verfügung und damit keinen Verwaltungsakt dar (BSG, Urteil vom 13. August 2014 – [B 6 KA 38/13 R](#) – juris, Rn. 27 m.w.N.).

c) Ein Schadensersatzbegehren macht der Kläger im vorliegenden Rechtsstreit nicht geltend. Für den behaupteten Amtshaftungsanspruch wäre der Rechtsweg zu den Sozialgerichten auch nicht gegeben (vgl. [Art. 19 Abs. 4 Satz 2](#) Grundgesetz [GG]). Vorliegend begehrt der Kläger aber schon nicht die Verurteilung der Beklagten zur Zahlung von Schadensersatz, sondern behauptet einen solchen Anspruch lediglich als Gegenforderung, mit der er hilfsweise die Aufrechnung gegen die Beitragsforderungen der Beklagten erklärt hat. Eine Aufrechnung beträfe aber nicht die hier allein streitgegenständliche Rechtmäßigkeit der Beitragsbescheide, sondern allein die im Rahmen einer Vollstreckung relevante Erfüllung der durch diese begründeten Beitragsforderungen. Die Beitragsbescheide erledigen sich durch eine Erfüllung jedoch nicht, sondern bleiben als Rechtsgrund für das Behaltendürfen der Beiträge relevant. Eine Erfüllung hat mithin keine Auswirkungen auf die hier streitbefangene Regelung.

3. Die Berufung des Klägers ist nicht begründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Bescheid vom 26. November 2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14. Juni 2016 ist rechtmäßig, der Bescheid vom 21. Januar 2016 nicht zu Lasten des Klägers rechtswidrig. Dieser wird nicht in seinen Rechten verletzt.

a) Der Kläger war vom 1. November 2015 bis 29. Februar 2016 bei der Beklagten zu 1 freiwillig kranken- und damit bei der Beklagten zu 2 sozial pflegeversichert ([§ 20 Abs. 3](#) Elftes Buch Sozialgesetzbuch [SGB XI]).

aa) Der gesetzlichen Krankenversicherung können 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; Zeiten der Mitgliedschaft nach [§ 189](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) und Zeiten, in denen eine Versicherung allein deshalb bestanden hat, weil Arbeitslosengeld II zu Unrecht bezogen wurde, werden nicht berücksichtigt ([§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#)).

Diese Voraussetzungen sind beim Kläger, der zum 31. Oktober 2015 aus der Versicherungspflicht aufgrund abhängiger Beschäftigung ([§ 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#)) ausschied, erfüllt. Dies entnimmt der Senat den vom Kläger nicht widersprochenen Feststellungen in den angefochtenen Bescheiden. Auch nach dem 31. Oktober 2015 verwirklichte der Kläger keinen der in [§ 5 Abs. 1 SGB V](#) genannten Tatbestände einer Versicherungspflicht. Insbesondere bezog er ab dem 1. November 2015 weder Arbeitsentgelt aus abhängiger Beschäftigung noch Sozialleistungen. Vielmehr war er ab dem 2. November 2015 hauptberuflich selbständig tätig. Dies entnimmt der Senat aus den eigenen Angaben des Klägers, an denen zu zweifeln, kein Anlass besteht.

bb) Der Beitritt ist der Krankenkasse innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Mitgliedschaft anzuzeigen ([§ 9 Abs. 2 Nr. 1](#) i.V.m. Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V). Vorliegend hat der Kläger der Beklagten zu 1 seinen Beitritt zur freiwilligen Krankenversicherung mit Mitgliedserklärung vom 2. November 2015 angezeigt, die am selben Tag und damit innerhalb von drei Monaten nach Ende der Pflichtmitgliedschaft am 31. Oktober 2015 bei dieser einging. Die nach [§ 188 Abs. 3 SGB V](#) erforderliche Schriftform ist durch Einreichung des unterschriebenen Beitrittsformulars gewahrt.

Diese Beitrittserklärung nach [§ 9 Abs. 2 SGB V](#) ("Anzeige des Beitritts") ist eine empfangsbedürftige öffentlich-rechtliche Willenserklärung mit Gestaltungswirkung (BSG, Urteil vom 19. Dezember 1991 - [12 RK 24/90](#) - juris, Rn. 32 f.), die mit dem Zugang bei der Krankenkasse wirksam wird und hinsichtlich ihrer Gültigkeit den allgemeinen Vorschriften des BGB über Willenserklärungen unterliegt, soweit sich deren Anwendung auf das Krankenversicherungsverhältnis verträgt (Baier in Krauskopf, SGB V, April 2017, § 9 Rn. 26 m.w.N.; Peters in Kasseler Kommentar, SGB V, Juni 2014, § 9 Rn. 49; Gerlach, a.a.O., § 9 Rn. 81). Liegen - wie hier - die übrigen Voraussetzungen vor, wird der Beitritt schon allein durch die Anzeige wirksam; es bedarf keines Aufnahmeaktes der Krankenkasse (Peters, a.a.O., Rn. 49, 65; Baier, a.a.O., Rn. 28). Schon begrifflich spricht das Gesetz nicht von einem Antrag, sondern nur von einer Anzeige.

Die freiwillige Versicherung beginnt mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht ([§ 188 Abs. 2 SGB V](#)), vorliegend mithin zum 1. November 2015.

cc) Die so begründete Mitgliedschaft ist nicht durch Anfechtung, Rücknahme oder Widerruf der Beitrittserklärung entfallen.

(1) Unabhängig davon, ob die zivilrechtlichen Regelungen der [§§ 119 ff.](#), [130 BGB](#) über Anfechtung oder Widerruf auf das Krankenversicherungsverhältnis anwendbar sind, liegen bereits die Tatbestandsvoraussetzungen der zivilrechtlichen Normen nicht vor.

(a) Ein Anfechtungsgrund liegt nicht vor.

Wer bei der Abgabe einer Willenserklärung über deren Inhalt im Irrtum war oder eine Erklärung dieses Inhalts überhaupt nicht abgeben wollte, kann die Erklärung anfechten, wenn anzunehmen ist, dass er sie bei Kenntnis der Sachlage und bei verständiger Würdigung des Falles nicht abgegeben haben würde ([§ 119 Abs. 1 BGB](#)). Voraussetzung ist immer, dass der tatsächliche Wille von dem unmittelbaren objektiven Erklärungsinhalt abweicht. Beim so genannten Erklärungsirrtum ([§ 119 Abs. 1 Alt. 2 BGB](#)) liegt ein Fehler in der Erklärungshandlung vor. Erfasst sind also die Fälle des Sich-Versprechens, Vergreifens oder Verschreibens. Beim Inhaltsirrtum ([§ 119 Abs. 1 Alt. 1 BGB](#)) irrt der Erklärende über den objektiven Sinn der von ihm verwendeten Erklärungszeichen. Auch der so genannte Rechtsfolgenirrtum kann einen Inhaltsirrtum i.S.d. [§ 119 Abs. 1 Alt. 1 BGB](#) darstellen. Ein zur Anfechtung berechtigender Irrtum liegt aber nur dann vor, wenn der erstrebte rechtliche Erfolg unmittelbar Gegenstand der Erklärung ist und wenn das vorgenommene Rechtsgeschäft wesentlich andere als die beabsichtigten Wirkungen erzeugt. Der Irrtum des Erklärenden muss sich also (zumindest auch) konkret auf die Rechtsfolgen seiner Erklärung beziehen (Gergen in jurisPK-BGB, 8. Aufl. 2017, § 119 Rn. 17 ff. m.w.N.).

Einem nach [§ 119 Abs. 1 BGB](#) beachtlichem Irrtum unterlag der Kläger bei Abgabe seiner Beitrittserklärung am 2. November 2015 nicht. Zu diesem Zeitpunkt wollte der Kläger eine freiwillige Krankenversicherung bei der Beklagten zu 1 begründen. Abweichendes macht er selbst nicht geltend. Erst nachdem er nach Abgabe der Beitrittserklärung erfahren hatte, dass eine private Krankenversicherung zu günstigeren Prämien möglich ist, wollte er sich von der ursprünglich gewollten Erklärung und deren ebenfalls gewollten Rechtsfolgen lösen. Dies entnimmt der Senat dem eigenen Vortrag des Klägers. Die danach bei Abgabe der Beitrittserklärung bestehende Vorstellung des Klägers, die freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung stelle für ihn die günstigere Absicherung im Krankheitsfall dar, rechtfertigt als unbeachtlicher Motivirrtum keine Anfechtung. Dass diese Mitgliedschaft auch eine solche in der sozialen Pflegeversicherung nach sich zieht, war für ihn bereits aus dem für die Beitrittserklärung verwendeten Formular ersichtlich (Mitgliedserklärung - freiwillige Kranken- und soziale Pflegeversicherung -). Einen diesbezüglichen Irrtum behauptet der Kläger selbst nicht.

(b) Ein vorheriger oder gleichzeitiger, also spätestens bis zum 2. November 2015 eingegangener, Widerruf, wie nach [§ 130 Abs. 1 Satz 2 BGB](#) vorausgesetzt, liegt nicht vor. Erstmals im Schreiben vom 16. Dezember 2015 hat der Kläger erkennen lassen, dass er sich von der Beitrittserklärung und der daraus folgenden freiwilligen Versicherung lösen wolle.

(2) Das SGB sieht eine Rücknahme oder einen - rückwirkenden - Widerruf der Beitrittsanzeige nicht vor.

Solches wäre auch mit deren rechtsgestaltender Wirkung nicht zu vereinbaren (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 25. Februar 2009 - [L 16 B 79/08 KR ER](#) - juris, Rn. 14, 25). Mit Zugang der empfangsbedürftigen Willenserklärung wird, wie oben ausgeführt, das Versicherungsverhältnis nach [§ 9 SGB V](#) begründet. Auf einen Mitwirkungsakt oder eine Entscheidung der Krankenkasse kommt es nicht an. Ab Versicherungsbeginn räumt das Gesetz nur noch - in die Zukunft gerichtete - Kündigungsmöglichkeiten vor. Anders als bei Anträgen, die lediglich ein Verwaltungsverfahren in Gang setzen, ist bei Gestaltungserklärungen mit Außenwirkungen, sogenannten Betätigungs- und Wirkungserklärungen, ein ex nunc wirkender Widerruf schon aus der Natur der Sache heraus ausgeschlossen (Sonnhoff in Hauck/Noftz, a.a.O., § 175 Rn. 16 zur Wahlrechtserklärung).

Der Auffassung des Klägers, eine Rücknahme der Erklärung oder deren Widerruf sei möglich, solange die Krankenkasse hierüber noch nicht rechtskräftig entschieden habe (so wohl auch Gerlach, a.a.O., Rn. 84), vermag der Senat nicht zu folgen. Da dem Beitritt Gestaltungswirkung zukommt, bedarf es gerade keiner positiven Entscheidung der Krankenkasse über das Bestehen der freiwilligen Versicherung (s.o.). Ergeht dennoch eine solche positive Entscheidung, hat diese keine konstitutive Wirkung, sondern enthält lediglich eine (deklaratorische) Feststellung (vgl. Peters, a.a.O., Rn. 65; Baier, a.a.O., Rn. 28). Da diese Feststellung der Beitrittsanzeige des Versicherten entspricht, kann sie von diesem mangels Beschwer nicht angefochten werden. Eine Anfechtungsmöglichkeit besteht nur hinsichtlich der Höhe der festgesetzten Beiträge. Wollte man der Auffassung des Klägers folgen, wäre im Übrigen vorliegend mangels Anfechtungsmöglichkeit die Feststellung über das Bestehen der freiwilligen Versicherung bereits mit Erlass, also mit Zugang beim Kläger, "rechtskräftig" (richtig: bestandskräftig). Die Rücknahme oder der Widerruf wären also nach dieser Auffassung vorliegend nur bis zum Erlass des Bescheides vom 26. November 2015 möglich. Auch bis zu diesem Zeitpunkt lag keine Rücknahme und kein Widerruf der Beitrittsanzeige vor.

Die Bindung an die abgegebene Beitrittsanzeige "unterläuft" entgegen der Ansicht des Klägers nicht die in [§ 9 Abs. 2 SGB V](#) vorgesehene Frist. Diese Norm bestimmt nur eine Ausschlussfrist, nach deren Ablauf die Anzeige nicht mehr möglich ist. Sie trifft aber keine Regelung für den Fall, dass der Versicherte sich entschieden und sein Gestaltungsrecht tatsächlich ausgeübt hat.

dd) Der Kläger ist nicht so zu stellen, als habe er die Beitrittserklärung nicht abgegeben.

Die Voraussetzungen des von der Rechtsprechung entwickelten, sog. sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs liegen nicht vor. Dieser ist auf die Vornahme einer Amtshandlung zur Herstellung des Zustandes gerichtet, der bestehen würde, wenn der Leistungsträger die ihm aufgrund eines Gesetzes oder des konkreten Sozialrechtsverhältnisses gegenüber dem Berechtigten obliegenden Haupt- oder Nebenpflichten, insbesondere zur Auskunft und Beratung (§§ 14, 15 Erstes Buch Sozialgesetzbuch [SGB I]), ordnungsgemäß wahrgenommen hätte. Er setzt demnach eine dem Sozialleistungsträger zurechenbare behördliche Pflichtverletzung voraus, die (als wesentliche Bedingung) kausal zu einem sozialrechtlichen Nachteil des Berechtigten geworden ist. Außerdem ist erforderlich, dass durch Vornahme einer zulässigen Amtshandlung der Zustand hergestellt werden kann, der bestehen würde, wenn die Behörde ihre Verpflichtungen gegenüber dem Berechtigten nicht verletzt hätte (ständige Rechtsprechung des BSG, vgl. BSG, Urteil vom 16. März 2016 – [B 9 V 6/15 R](#) – juris, Rn. 29).

Der Kläger macht geltend, er sei von der Beklagten zu 1 nach Abgabe seiner Beitrittserklärung falsch beraten worden. So sei ihm mitgeteilt worden, seine freiwillige Mitgliedschaft bei der Beklagten zu 1 könne rückwirkend entfallen, wenn er über eine ausreichende private Krankenversicherung verfüge. Daraufhin habe er den Vertrag mit dem privaten Krankenversicherungsunternehmen abgeschlossen, aus dem er nun zur Zahlung von Prämien verpflichtet sei. Schon nach seinem eigenen Vortrag kann die – behauptete – Falschberatung nicht kausal für die Abgabe der Beitrittserklärung und damit die Begründung der freiwilligen Krankenversicherung gewesen sein, da sie zeitlich nach dieser erfolgt sein soll. Der Abschluss des privatrechtlichen Krankenversicherungsvertrages und die daraus resultierende Pflicht zur Prämienzahlung stellen keinen sozialrechtlichen Nachteil dar und sind daher einer Korrektur durch den sozialrechtlichen Herstellungsanspruch nicht zugänglich. Im Übrigen entspräche dies auch nicht dem Klageziel.

ee) Die freiwillige Versicherung wurde nicht vor dem 29. Februar 2016 beendet.

Die freiwillige Mitgliedschaft endet nach [§ 191 Nr. 3 SGB V](#) mit dem Wirksamwerden der Kündigung ([§ 175 Abs. 4 SGB V](#)). Danach ist eine Kündigung der Mitgliedschaft zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Bei Auslegung des klägerischen Schreibens vom 16. Dezember 2015 als Kündigung war diese demnach frühestens zum 29. Februar 2016 möglich. Zu diesem Zeitpunkt hat die Beklagte zu 1 die freiwillige Versicherung auch beendet.

b) Die Erklärungen des Klägers zum Krankengeldanspruch im Rahmen der freiwilligen Krankenversicherung sind ebenfalls wirksam.

Zeitgleich mit der Erklärung über den Beitritt zur freiwilligen Krankenversicherung gab der Kläger am 2. November 2015 auch eine Wahlerklärung nach [§ 44 Abs. 2 Nr. 2 Halbsatz 2 SGB V](#) (Anspruch auf Zahlung von Krankengeld ab der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit) ab und entschied sich des Weiteren für einen Wahltarif nach [§ 53 Abs. 6 SGB V](#) und § 40 Abs. 1 und 8 Satz 1 der Satzung der Beklagten zu 1 (Krankengeld vom 15. bis 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit). Bei beiden Erklärungen handelt es sich jeweils um eine einseitige öffentlich-rechtliche Willenserklärung, durch die der Versicherte ein Gestaltungsrecht ausübt (Knittel in Krauskopf, a.a.O., § 44 Rn. 35; Wagner in Krauskopf, a.a.O., § 53 Rn. 4; Hessisches LSG, Urteil vom 28. Juni 2012 – [L 1 KR 231/10](#) – juris, Rn. 29 ff.; Sächsisches LSG, Urteil vom 10. August 2011 – L 1 K 44/10 – juris, Rn. 31 ff.). Damit scheidet insoweit eine Rücknahme oder ein Widerruf aus den oben genannten Gründen aus. Auch eine Anfechtung und der sozialrechtliche Herstellungsanspruch führen aus den oben genannten Gründen nicht zum Erfolg.

c) Beitragsschuldner ist nach [§ 250 Abs. 2 SGB V](#) und [§ 59 Abs. 4 Satz 1 SGB XI](#) der Kläger selbst.

d) Die Beklagten haben die Beiträge für die Zeit vom 1. November bis 31. Dezember 2015 mit Bescheid vom 26. November 2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14. Juni 2016 in zutreffender Höhe und für die Zeit vom 1. Januar bis 29. Februar 2016 durch Bescheid vom 21. Januar 2016 nicht zu Lasten des Klägers rechtswidrig festgesetzt.

(1) Nach [§ 220 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) werden die Mittel der Krankenversicherung unter anderem durch Beiträge aufgebracht. Nach [§ 223 Abs. 2 SGB V](#) werden die Beiträge nach den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder bemessen (Satz 1). Für die Berechnung ist die Woche zu sieben, der Monat zu dreißig und das Jahr zu dreihundertsechzig Tagen anzusetzen (Satz 2). Beitragspflichtige Einnahmen sind nach [§ 223 Abs. 3 SGB V](#) bis zu einem Betrag von einem Dreihundertsechzigstel der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach [§ 6 Abs. 7 SGB V](#) für den Kalendertag zu berücksichtigen (Beitragsbemessungsgrenze; Satz 1). Einnahmen, die diesen Betrag übersteigen, bleiben außer Ansatz, soweit das SGB V nichts Abweichendes bestimmt (Satz 2). Die beitragspflichtigen Einnahmen freiwilliger Mitglieder werden in [§ 240 SGB V](#) bestimmt. Nach Abs. 1 Satz 1 (hier in der Fassung des Art. 2 Nr. 29a1 des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 26. März 2007 [GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG], BGBl. I S. 378) wird diese Beitragsbemessung – im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben in den weiteren Bestimmungen des [§ 240 SGB V](#) – einheitlich durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen geregelt, der hierzu die Einheitlichen Grundsätze zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (BeitrVerfGrds SelbstZ) erlassen hat. Bei der Beitragsbemessung ist sicherzustellen, dass die Beitragsbelastung die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des freiwilligen Mitglieds berücksichtigt. Bei der Bestimmung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit sind mindestens die Einnahmen des freiwilligen Mitglieds zu berücksichtigen, die bei einem vergleichbaren versicherungspflichtig Beschäftigten der Beitragsbemessung zugrunde zu legen sind; sofern und solange Mitglieder Nachweise über die beitragspflichtigen Einnahmen auf Verlangen der Krankenkasse nicht vorlegen, gilt als beitragspflichtige Einnahmen für den Kalendertag der dreißigste Teil der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze (§ 240 Abs. 1 Satz 2 in der seit 1. August 2014 geltenden Fassung des Art. 1 Nr. 16 Buchst. a des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung [GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG] vom 21. Juli 2014, [BGBl. I, S. 1133](#), Abs. 2 Satz 1 SGB V in der Fassung seit 1. Januar 2009 geltenden Fassung Art. 2 Nr. 29a1 Buchst. b GKV-WSG). Allerdings gibt das Gesetz in [§ 240 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) (hier in der ab 1. April 2012 geltenden Fassung des Art. 8 Nr. 3 Buchst. b DBuchst. bb Gesetzes zur Verbesserung der Eingliederungschancen am Arbeitsmarkt vom 20. Dezember 2011, [BGBl. I, S. 2854](#)) eine verbindliche Bestimmung über die beitragspflichtigen Einnahmen für freiwillige Mitglieder, die hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind, vor. Für diese gilt als beitragspflichtige Einnahmen für den Kalendertag der dreißigste Teil der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze ([§ 223 SGB V](#)), bei Nachweis niedrigerer Einnahmen jedoch mindestens der vierzigste, für freiwillige Mitglieder, die einen monatlichen Gründungszuschuss nach [§ 93](#) Drittes Buch Sozialgesetzbuch (SGB III) oder eine entsprechende Leistung nach [§ 16b](#) Zweites Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) erhalten, der sechzigste Teil der monatlichen Bezugsgröße. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt, unter welchen Voraussetzungen darüber hinaus der Beitragsbemessung hauptberuflich selbständig Erwerbstätiger niedrigere Einnahmen, mindestens jedoch der sechzigste Teil der monatlichen Bezugsgröße, zugrunde gelegt werden. Dabei

sind insbesondere das Vermögen des Mitglieds sowie Einkommen und Vermögen von Personen, die mit dem Mitglied in Bedarfsgemeinschaft leben, zu berücksichtigen ([§ 240 Abs. 4 Satz 3](#) und 4 SGB V in der Fassung des Art. 1 Nr. 157 Buchst. a DBuchst. aa und Art. 2 Nr. 29a1 Buchst. c GKV-WSG). Nach [§ 57 Abs. 4 Satz 1 SGB XI](#) ist bei freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung für die Beitragsbemessung [§ 240 SGB V](#) entsprechend anzuwenden.

Dass seine beitragspflichtigen Einnahmen im streitbefangenen Zeitraum für den Kalendertag tatsächlich 1/40 der monatlichen Bezugsgröße unterschritten hätten (vgl. § 7 Abs. 4 Satz 1 BeitrVerfGrds SelbstZ), hat der Kläger selbst weder behauptet noch substantiiert dargelegt. Einen Gründungszuschuss nach § 93 SGB III oder eine entsprechende Leistung nach [§ 16b SGB II](#) bezog der Kläger in diesem Zeitraum nicht. Die monatliche Beitragsbemessungsgrenze betrug 2015 EUR 2.835,00 und 2016 EUR 2.905,00, die Mindestbemessungsgrundlage für hauptberuflich Selbständige nach [§ 240 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) (1/40 der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze nach [§ 223 SGB V](#) für den Kalendertag) mithin monatlich EUR 2.126,25 (2015) bzw. EUR 2.178,75 (2016). Einnahmen in dieser Höhe haben die Beklagten in den Bescheiden vom 26. November 2015 und 21. Januar 2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14. Juni 2016 jeweils berücksichtigt.

(2) Für den Kläger galt im streitbefangenen Zeitraum in der gesetzlichen Krankenversicherung der allgemeine Beitragssatz von 14,6 % nach [§ 241 SGB V](#) (in der ab dem 1. Januar 2015 geltenden Fassung des Art. 1 Nr. 17 GKV-FQWG). Der ermäßigte Beitragssatz nach [§ 243 SGB V](#) für Mitglieder ohne Anspruch auf Krankengeld war nicht anzusetzen. Denn der Kläger hatte aufgrund seiner Wahlerklärung nach [§ 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 Halbsatz 2 SGB V](#) einen Anspruch auf Krankengeld ab der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit. Des Weiteren war ein Zusatzbeitrag nach [§ 242 SGB V](#) zu berücksichtigen. Dieser betrug nach § 13a der Satzung der Beklagten zu 1 2015 0,8 % und 2016 1,4 %, der monatliche Beitrag zur Krankenversicherung mithin 2015 EUR 327,48 (EUR 2.126,50×15,4 %) und 2016 EUR 348,60 (EUR 2.178,75×16 %), wie in den angefochtenen Bescheiden festgesetzt.

Aufgrund der Wahl des Wahltarifs nach [§ 53 Abs. 6 SGB V](#) und § 40 Abs.1 und 8 Satz 1 der Satzung der Beklagten zu 1 (Krankengeld vom 15. bis 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit) hatte der Kläger des Weiteren nach § 40 Abs. 1, 7, 13, 14 und 17 der Satzung der Beklagten zu 1 eine Prämie von 2,5 % der beitragspflichtigen Einnahmen zu zahlen. Diese betrug 2015 EUR 53,16 monatlich, wie im Bescheid vom 26. November 2015 festgesetzt. Eine Anpassung an die ab 1. Januar 2016 erhöhten beitragspflichtigen Einnahmen hat die Beklagte zu 1 im Bescheid vom 21. Januar 2016 nicht vorgenommen. Der Kläger ist hierdurch nicht in seinen Rechten verletzt.

Der Beitragssatz in der Pflegeversicherung betrug im streitbefangenen Zeitraum 2,35 % ([§ 55 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) in der Fassung des Art. 1 Nr. 21 des Ersten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften [Erstes Pflegestärkungsgesetz - PSG I] vom 17. Dezember 2014, [BGBl. I, S. 2222](#)), der monatliche Beitrag mithin EUR 49,97 im Jahr 2015, wie im Bescheid vom 26. November 2015 festgesetzt. 2016 betrug der monatliche Beitrag EUR 51,20, so dass die Festsetzung eines Pflegeversicherungsbeitrags lediglich in Höhe von EUR 25,60 monatlich im Bescheid vom 21. Januar 2016 den Kläger nicht in seinen Rechten verletzt.

4. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs. 1 Satz 1, Abs. 4 SGG](#).

5. Gründe, die Revision zuzulassen ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGG](#)), liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2018-03-05