

S 2 KR 345/18

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Kassel (HES)
Sachgebiet
Krankenversicherung
1. Instanz
SG Kassel (HES)
Aktenzeichen
S 2 KR 345/18
Datum
23.11.2022
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 8 KR 155/23
Datum
03.04.2025
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 a KR 2/25 R
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Klage wird abgewiesen.

Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten über die Mitgliedschaft des Klägers bei der Beklagten in der gesetzlichen Krankenversicherung nach den Vorschriften des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V).

Der 1960 geborene Kläger leidet an einer schweren geistigen Behinderung unklarer Genese. Es ist aufgrund der gesundheitlichen Einschränkungen des Klägers ein GdB von 100 festgestellt.

Die Eltern des Klägers (Herr Dr. F. A. und Frau G. A., geborene J.) schlossen im Jahr 1968 mit dem Rechtsvorgänger des Beigeladenen einen Vertrag. Der Kläger lebt aufgrund des Vertrages seit dem 29. April 1968 in der Obhut des Beigeladenen bzw. seiner Rechtsvorgänger.

Inhalt des Vertrages war:

„§ 1

Auf Wunsch der Vertretungsberechtigten nimmt die Anstalt ab 6. Mai 1958 den minderjährigen A. A. auf und verpflichtet sich, ihn in der Anstaltsgemeinschaft bis an sein Lebensende nach den allgemein anerkannten Grundsätzen der modernen Sozialhilfe und Heilpädagogik zu betreuen und ihm alle in der Anstalt üblichen Leistungen zu gewähren, die zu seinem Wohle dienen, einschließlich der eventuell notwendig werdenden Aufnahme und Behandlung in einer Spezialklinik. Die Anstalt verpflichtet sich im Rahmen ihrer Möglichkeiten auch zur seelsorgerischen Betreuung des Minderjährigen.

§ 2

Die Vertretungsberechtigten zahlen dafür spätestens am Tage der Aufnahme des Minderjährigen dem Betrag von DM94.600, – – (in Worten: 94.600 Deutsche Mark) zur Abfindung aller Ansprüche der Anstalt ohne Abzug lachten an die Anstalt.“

Der Betreuer des Klägers stellte im Jahr 2013 bei der Beklagten einen Antrag auf Aufnahme in die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung. Im Rahmen des Antrages wird angegeben, dass nicht bekannt sei, dass für den Kläger im Zeitraum von 1960-1968 eine private oder gesetzliche Krankenversicherung bestanden habe. Weder in der beim Amtsgericht Schwalmstadt geführten Betreuungsakte noch in den Unterlagen des Beigeladenen seien Angaben zu einem Krankenversicherungsschutz für den Zeitraum von 1960-1968 zu entnehmen. Kontakte zu den Eltern bestünden seit Jahrzehnten nicht mehr. Es sei zu vermuten, dass die Eltern nicht Mitglied in einer gesetzlichen Krankenversicherung waren. Im Rahmen des Antragsverfahrens gab der Betreuer des Klägers für den Kläger eine Leistungsverzichtserklärung ab (Bl. 61 der Verwaltungsakte). Der Kläger versicherte und erklärte sich ausdrücklich, dass er während der Zeit vom 1. April 2007 bis 31. März 2013 (nach Erhebungszeitraum) Leistungen nicht in Anspruch genommen habe, Leistungen in Anspruch genommen habe und auf eine Kostenübernahme oder Kostenerstattung durch die Beklagte verzichte.

Die Beklagte lehnte mit Bescheid vom 11. April 2014 die Aufnahme des Klägers in die Versichertengemeinschaft ab. Der Kläger sei zu keinem Zeitpunkt Mitglied der Beklagten. Es scheint erscheine unwahrscheinlich, dass der Kläger bis zur Aufnahme bei dem Beigeladenen im Jahr 1968 kein Krankenversicherungsschutz gehabt habe. Sofern auch kein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz bestand, so wäre zu prüfen ob bei einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung ein Versicherungsverhältnis bestanden habe. In diesem Fall obliege

dem Unternehmen der privaten Krankenversicherung die Durchführung und Prüfung einer Kranken- und Pflegeversicherung. Die Beklagte könne für den Kläger keine Kranken- und Pflegeversicherung durchführen.

Der Prozessbevollmächtigte des Klägers legte mit Schreiben vom 8. Mai 2014 Widerspruch gegen den Bescheid der Beklagten ein. Nach Auffassung des Klägers bestünde ein Versicherungsschutz nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#). Der Kläger sei versicherungspflichtig gemäß [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) für die Zeit ab dem 1. April 2007. Die Anspruchsvoraussetzungen liegen vor, da der Kläger keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall habe und bisher weder gesetzlich noch privat krankenversichert gewesen sei. Es sei kein Anhaltspunkt ersichtlich, dass die Eltern einen privaten oder gesetzlichen Krankenversicherungsschutz zum damaligen Zeitpunkt hatten. Zum damaligen Zeitpunkt habe auch keine Versicherungspflicht bestanden. Aufgrund des erheblichen Vermögens der Eltern sei zum damaligen Zeitpunkt eine Krankenversicherung auch nicht notwendig gewesen. Der Auffangtatbestand des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. b SGB V](#) greife ein. Gemäß [§ 5 Abs. 8 Buchst. a SGB V](#) bestehe nur dann keine Versicherungspflicht nach Abs. 1 Nr. 13, wenn eine Absicherung nach Abs. 1 Nr. 1 bis 12 noch nach [§ 10 SGB V](#) bestünde, oder wenn Leistungen nach dem SGB XII oder dem Asylbewerberleistungsgesetz bezogen würden. Vorliegend ist keine Ausnahmeregelung einschlägig.

Die Beklagte erläuterte mit Schreiben vom 29. Mai 2015 noch einmal ihre rechtliche Auffassung. Eine Versicherungspflicht komme für den Kläger ab dem 1. April 2007 nicht in Betracht.

Der Prozessbevollmächtigte des Klägers nahm zum Schreiben der Beklagten Stellung und wies unter anderem darauf hin, dass erst seit der Aufnahme im Jahr 1968 seine Krankenbehandlungskosten durch die Beigeladene finanziert worden sein. Es habe im gesamten Zeitraum bis zur Antragstellung nie eine Krankenversicherung für den Kläger bestanden. Es sei bereits vorgetragen worden, dass keine Anhaltspunkte für eine damalige private oder gesetzliche Krankenversicherung bestehen. Es wäre insofern Aufgabe der Beklagten, Gegenteiliges darzulegen um substantiiert vorzubringen.

Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 9. September 2015 den Widerspruch gegen den Bescheid vom 11. April 2014 als unbegründet zurück. Die Voraussetzungen des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) für eine Versicherungspflicht für Personen, die keinen Anspruch auf eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall haben und zuletzt gesetzlich krankenversichert waren bzw. die bisher nicht in Deutschland gesetzlich oder privatkranken versichert waren nicht vor. Bei dem Kläger ist eine andere Form der Absicherung im Krankheitsfall anzunehmen. Zwischen den Eltern als Erziehungsvertretungsberechtigten des damals minderjährigen Klägers und dem hessischen K. e. V., Anstalten D. in A-Stadt-E. (Rechtsvorgänger des hessischen Diakoniezentrum D.) sei ein entsprechender Vertrag geschlossen worden, der auch die andere anderweitige Absicherung im Krankheitsfall umfasse. Der Kläger könne demzufolge gegenüber dem hessischen Diakoniezentrum Leistungen geltend machen, die den Hilfen zu Gesundheit und der Hilfe zur Pflege im Rahmen des Sozialgesetzbuches XII (Sozialhilferecht) entsprechen würden. Eine Auffangversicherungspflicht komme nicht in Betracht.

Der Prozessbevollmächtigte des Klägers hat am 1. Oktober 2015 Klage vor dem Sozialgericht erhoben. Der Kläger begehrt die Feststellung der Versicherungspflicht in der Kranken und Pflegeversicherung. Der Kläger sei gemäß [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) versicherungspflichtiges Mitglied in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Es bestünden keine Anhaltspunkte für eine private oder gesetzliche Krankenversicherung im Zeitraum vom 1960-1968. Der im Jahr 1968 geschlossene Vertrag stelle keine anderweitige Absicherung des Klägers im Krankheitsfall dar.

Das Gericht hat mit Beschluss vom 7. Januar 2016 den Rechtsnachfolger des Vertragspartners der Eltern des Klägers zum Verfahren beigeladen. Der Beigeladene geht ebenfalls davon aus, dass eine Versicherungspflicht des Klägers bei der Beklagten besteht.

Das Verfahren wurde für die Durchführung eines Güterichterverfahrens zwischenzeitlich ruhend gestellt.

Nachdem der Konflikt nicht im Rahmen eines Güterichterverfahrens beigelegt werden konnte, ist das Verfahren im September 2018 fortgeführt worden.

Im Rahmen des Güterichterverfahrens gab die Mutter des Klägers mit Schreiben vom 16. Mai 2018 an, dass sie die Anfrage bezüglich einer Absicherung im Krankheitsfall bezüglich ihres Sohnes nicht mehr mit Gewissheit beantworten könne. Sie wisse mit Sicherheit, dass ihr damaliger Ehemann, der Vater des Klägers, nicht versichert gewesen sei. Er habe einen so genannten „privaten“ Hausarzt gehabt, den er bezahlt habe. Dieser habe bei Bedarf auch die Kinder behandelt. Soweit sich die Mutter erinnere sei sie selbst während der Ehe noch über ihre Eltern versichert gewesen. Sie geht jedoch nicht davon aus, dass die Kinder zu diesem Zeitpunkt dort mitversichert waren. Sie gibt zudem an das sie damals recht jung bei der Eheschließung war (24 Jahre) und ihr älterer damaliger Ehemann (damals 58 Jahre) sich um die entsprechenden Angelegenheiten gekümmert habe.

Der Kläger und der Beigeladene gehen weiterhin davon aus, dass die Voraussetzungen des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) vorliegen und der Kläger versicherungspflichtiges Mitglied bei der Beklagten ist.

Der Beigeladene weist darauf hin, dass es bisher keinerlei Anhaltspunkte für eine private oder gesetzliche Krankenversicherung des Klägers in der Vergangenheit gab. Weder den Unterlagen des Betreuers des Klägers noch den Unterlagen des Vorgängers sei Gegenteiliges zu entnehmen. Der Kläger sei bereits im Alter von 8 Jahren in die Einrichtung des Beigeladenen aufgenommen worden. Seither bestünde keinerlei Kontakt mehr zu seinen Eltern. Der Vater des Klägers ist 1985 verstorben. Kontakt zur Mutter bestünde nicht. Aufgrund des erheblichen Vermögens der Eltern – der Kläger entstamme der Sektdynastie A. – mag seinerseits auch eine Krankenversicherung nicht notwendig gewesen sein. Etwaige Krankenhaltungen konnten problemlos aus dem Vermögen bezahlt werden.

Der Beigeladene erhob eine Klage gegen den Kläger auf Anpassung des Vertrages an die geltende Sach- und Rechtslage vor dem Landgericht Marburg. Das Verfahren ist im Jahr 2021 durch ein Urteil des OLG Frankfurt am Main in der 2. Instanz abgeschlossen worden. Die Eltern des Klägers haben ebenso wie sein Betreuer unter Berufung auf den genannten Vertrag jegliche Kostentragung für Krankenbehandlungen des Klägers ebenso abgelehnt wie eine Anpassung der Vergütung für die Unterkunft-, Pflege- und Betreuungsleistungen, die der Beigeladene seit nunmehr Jahrzehnten gegenüber dem Kläger erbringe. Bei einer nominalen Betrachtung wäre die erfolgte Einmalzahlung für die entsprechenden Leistungen bereits im Jahr 1976 aufgebraucht gewesen. Der Beigeladene habe den Kläger, wie es dem diakonischen Selbstverständnis des Beigeladenen entspreche – seither unverändert weiter betreut. Angesichts der Weigerung der Eltern und des Betreuers des Klägers, die Kosten der Krankenbehandlungen des Klägers zu tragen, übernahm die

Beigeladene diese in der Vergangenheit ebenfalls. Eine Anerkennung dahingehend, dass er dazu vertraglich oder anderweitig verpflichtet gewesen sei, habe der Beigeladene niemals erklärt. Seit Jahresbeginn 2016 hat der Beigeladene auch keine Arztrechnung mehr für den Kläger beglichen.

Das Sozialgericht hat die Gerichtsakte des Landgerichts Marburg zum Az. [1 O 37/16](#) im November 2016 beigezogen.

Der Beigeladene weist auf das Urteil des OLG Frankfurt vom 10. Dezember 2021 hin. Dort habe das OLG Frankfurt am Main entschieden, dass der Beigeladene gegen den Kläger nach Anpassung des Vertrages vom 25. April 1968 nach den Grundsätzen der Störung der Geschäftsgrundlage einen Anspruch auf Zahlung eines weiteren Betrages i.H.v. 254.188,84 € habe. An keiner Stelle gehe das OLG Frankfurt am Main davon aus, dass der Vertrag aus dem Jahr 1968 einen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall beinhalte. Vielmehr bestimme auch das OLG Frankfurt am Main, dass der Vertrag ausschließlich die „Pflege“ und „Eingliederungshilfe“ umfasse.

Der Kläger beantragt,
den Bescheid der Beklagten vom 11. April 2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 09. September 2015 aufzuheben und festzustellen, dass der Kläger der Versicherungspflicht in der Kranken- und Pflegeversicherung der Beklagten unterliegt.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Der Beigeladene stellt keinen Antrag.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakte sowie die Verwaltungsakte und die beigezogenen Akten verwiesen.

Entscheidungsgründe

Die zulässige Klage ist unbegründet.

Der Bescheid der Beklagten vom 11. April 2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 09. September 2015 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger unterliegt nicht der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung, da eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall besteht. Es liegt keine Pflichtversicherung des Klägers bei der Beklagten vor.

[§ 5](#) Fünftes Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V) regelt die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Versicherungspflicht gemäß [§ 5 Abs. 1 Nr. 1 bis 12 SGB V](#) ist für den Kläger nicht ersichtlich. In Betracht kann lediglich eine Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) für den kommen, die nach der Überzeugung der Kammer nicht vorliegt. Gemäß [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) sind versicherungspflichtig Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und zuletzt gesetzlich krankenversichert waren (a.) oder 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 (b.). Die Versicherungspflicht aus [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) ist als Auffangtatbestand nachrangig gegenüber allen anderen Formen der Versicherung (Just in: Becker/Kingreen, SGB V, 6. Auflage 2018, [§ 5 Rn. 71](#)). Die Auffangversicherung greift nicht ein, da eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall für den Kläger besteht. Die anderweitige Absicherung muss nicht das Versicherungsniveau der GKV bieten und muss nicht zwingend in der Form einer Versicherung vorliegen (Just in: Becker/Kingreen, SGB V, 6. Auflage 2018, [§ 5 Rn. 62 f.](#)).

Für die Kammer steht fest, dass nach den bisherigen Ermittlungen bis zum Vertragsschluss im Jahr 1968 keine Krankenversicherung bestand. Nach den Angaben der Mutter des Klägers war sie selbst über ihre Eltern krankenversichert. Wohingegen ihr damaliger Ehemann und Vater des Klägers über keine Krankenversicherung verfügte. Der Vater des Klägers hatte einen Arzt, den er für seine Leistungen als „Hausarzt“ bezahlte. Dieser Arzt habe bei Bedarf auch den Kläger behandelt und versorgt. Anhaltspunkte für eine Art Krankenversicherung bis zum Jahr 1968 gibt es für das Gericht nicht.

Der bestehende Vertrag mit dem Beigeladenen stellt eine andere Absicherung im Krankheitsfall dar. Unter Berücksichtigung des Wortlautes des [§ 1](#) des Vertrages sollte der Beigeladene den Kläger bis an sein Lebensende nach den allgemein anerkannten Grundsätzen der modernen Sozialhilfe und Heilpädagogik betreuen und ihm alle in der Anstalt üblichen Leistungen zu gewähren, die zu seinem Wohle dienen, einschließlich der eventuell notwendig werdenden Aufnahme und Behandlung in einer Spezialklinik. Der Beigeladene verpflichtete sich im Rahmen ihrer Möglichkeiten auch zur seelsorgerischen Betreuung des Minderjährigen. Die Regelung umfasst auch die medizinische Betreuung des Klägers. Der Beigeladene verfügt bereits bei Vertragsschluss über medizinische Einrichtungen. Die in der „Anstalt üblichen Leistungen“ umfassen auch eine medizinische Versorgung im Allgemeinen. Die Regelung sah dem Wortlaut nach auch die Aufnahme und Behandlung in einer Spezialklinik vor. Sinn und Zweck der Regelung im Jahr 1968 war es für die Vertragsschließenden, dass der Kläger bis an sein Lebensende vollumfänglich versorgt ist. Diese Versorgung betraf sowohl die alltägliche Versorgung als auch die Leistungen im Rahmen der „modernen Sozialhilfe und Heilpädagogik“ sowie der medizinischen Betreuung. Davon ist auch der Beigeladene ausgegangen, als er die erforderlichen Kosten für die in den letzten Jahrzehnten angefallene Behandlungskosten bis im Jahr 2016 übernahm. Eine Anpassung des Vertrags ist diesbezüglich bisher nicht erfolgt. Vielmehr sind im Verfahren vor dem Oberlandesgericht weitere Vergütungsansprüche geklärt worden. Die zuletzt unter Vorbehalt erfolgte Kostenübernahme ändert den Vertragsinhalt nicht. Dieser Umstand spricht für das Gericht dafür, dass eine Absicherung im Krankheitsfall gewollt war und gelebt wurde. Es besteht eine der Krankenhilfe im Sozialgericht vergleichbare Regelung. Soweit unter zivilrechtlichen Gesichtspunkten davon auszugehen ist, dass eine Vertragsanpassung bzw. ein weiterer Vergütungsanspruch des Beigeladenen gegenüber dem Kläger besteht. Zwischen den Vertragsparteien ist zum damaligen Zeitpunkt bei der Ermittlung des Entgeltes sicherlich von einer anderen Dauer ausgegangen worden. Ziel des Vertrages war jedoch eine umfassende Absicherung des Klägers durch die Leistungen des Beigeladenen. Ohne Anspruch auf anderweitige Absicherung im Krankheitsfall im Sinne des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) sind nach der Vorstellung des Gesetzgebers insbesondere diejenigen nicht gesetzlich oder privat versicherten Personen, die keinen Anspruch auf Hilfe bei Krankheit gemäß [§ 40 SGB VIII](#), [§ 48 SGB XII](#) oder [§ 264 SGB V](#) haben und auch nicht durch andere Schutzsysteme (Gesundheitsfürsorge nach dem Strafvollzugsgesetz, Beihilfe, Krankenbehandlung nach dem BVG) geschützt sind oder dort nur teilweise abgesichert werden. Eine anderweitige Absicherung im

Krankheitsfall setzt jedenfalls einen bestehenden Anspruch auf Leistungen im Krankheitsfall voraus, der den Anforderungen des [§ 194 Abs. 1 BGB](#) genügt und gerichtlich durchsetzbar ist (Schleswig-Holsteinisches LSG, Urteil vom 28. Juni 2018, Az.: [L 5 KR 76/15](#)). Der Vertrag besteht weiterhin. Aufgrund des Urteils des OLG Frankfurt am Main (25 U 90/18) besteht ein weiterer Vergütungsanspruch des Beigeladenen gegenüber dem Kläger auf der Grundlage einer Vertragsanpassung nach [§ 313 BGB](#). Bezüglich der Einzelheiten wird auf die Auszüge des Urteils (Bl. 196 ff. der Gerichtsakte) Bezug genommen. Nach den Grundsätzen der modernen Sozialhilfe und Heilpädagogik ist davon auszugehen, dass die Vertragsparteien aufgrund der Regelungen in § 1 des Vertrages auch vergleichbare Leistungen des Fünften Buches (Hilfen zur Gesundheit) von der Regelung erfasst sind. Davon sind die Vertragsparteien auch jahrzehntelang ausgegangen.

Da keine Pflichtversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) entstanden ist, ergibt sich auch keine Mitgliedschaft in der Pflegeversicherung ([§ 20 SGB XI](#)).

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

Rechtskraft

Aus

Saved

2025-08-29