

L 6 KR 231/13

Land
Freistaat Thüringen
Sozialgericht
Thüringer LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
6
1. Instanz
SG Meiningen (FST)
Aktenzeichen
S 16 KR 1718/09
Datum
11.12.2012
2. Instanz
Thüringer LSG
Aktenzeichen
L 6 KR 231/13
Datum
25.07.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Beschluss

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Meiningen vom 11. Dezember 2012 wird zurückgewiesen. Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Gründe:

I.

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob der Kläger seit dem 1. April 2008 Mitglied bei der Beklagten ist.

Die bewilligte dem 1964 geborenen Kläger ab dem 1. September 2003 Rente wegen voller Erwerbsminderung und führte Beiträge zur Krankenversicherung der Rentner (KVdR) an die Beigeladene ab. Der Kläger kündigte mehrmals die Mitgliedschaft bei der Beigeladenen - vor dem hier relevanten Zeitraum zuletzt mit Schreiben vom 30. Juni 2007 zum 31. August 2007 -, ohne ein neues Mitgliedschaftsverhältnis zu begründen. Die Mitgliedschaft bei der Beigeladenen wurde fortgeführt. Mit Schreiben vom 11. März 2008 forderte der Kläger bei ihr u.a. eine Chipkarte an.

Am 28. März 2008 beantragte er bei der Beklagten die Aufnahme als pflichtversichertes Mitglied zum 1. April 2008. Von 1990 bis 1993 sei er bei der versichert, dann "unversichert" gewesen. Er bitte um Übersendung der Mitgliedschaftsbescheinigung, damit er diese dem Arbeitgeber am Dienstagmorgen zum Arbeitsantritt aushändigen könne. Arbeitgeberin sei die D. GmbH (im Folgenden:). Per Fax teilte er am 2. April 2008 mit, er sei "in der Nacht vom 31.3. auf den 1.4.08 zwecks Arbeitsantritts in die Bundesrepublik eingereist". Die Beklagte übersandte mit Schreiben vom 3. April 2008 eine Mitgliedschaftsbescheinigung nach [§ 175](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) an die ... Die meldete der Beklagten im Mai 2008, dass der Kläger bei der Beigeladenen krankenversichert sei. Diese informierte die Beklagte dahingehend, dass der Kläger bei ihr seit dem 1. März 2002 bis laufend versichert sei. Am 5. Juni 2008 überreichte der Kläger der Beklagten eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie W. N. vom 2. Juni 2008 für die Zeit vom 2. bis 25. Juni 2008. Er begehre die Zahlung von Krankengeld aufgrund eines Monatsgehalts in Höhe von 6.500 EUR brutto. Vom 3. Juni bis 31. Juli 2008 bezog er (tatsächlich) Krankengeld von der Beigeladenen. Mit Schreiben vom 11. Juni 2008 teilte die Beklagte ihm mit, sie müsse seine Mitgliedschaft zum 1. April 2008 aufgrund falscher Angaben stornieren. Er habe verschwiegen, dass er Mitglied der Beigeladenen und folglich diese die zuständige Krankenkasse sei. Hiergegen erhob der Kläger Widerspruch und machte geltend, er sei kein Mitglied der Beigeladenen. Er sei dort vor vielen Jahren versehentlich als Mitglied geführt worden, ohne dass er überhaupt einen Antrag auf freiwillige Versicherung gestellt hätte. Seinem Widerspruch sei schon vor Jahren stattgegeben worden. Mit Schreiben vom 4. Juli 2008 teilte die Beklagte ihm erneut mit, dass eine Mitgliedschaft bei ihr zum 1. April 2008 aufgrund falscher Angaben nicht zu Stande gekommen sei. Weiterer Schriftverkehr erübrige sich daher.

Hiergegen hat der Kläger am 6. Juli 2009 Klage beim Sozialgericht (SG) erhoben und an seiner Ansicht festgehalten, er sei bei der Beklagten pflichtversichert. Die Beklagte hat ausgeführt, eine Mitgliedschaft ohne Vorlage einer Kündigungsbestätigung einer anderen Krankenkasse sei nur möglich, wenn vor Beginn eines versicherungspflichtigen Tatbestandes - hier der Beschäftigung ab 1. April 2008 - kein Versicherungsschutz im Inland bestanden habe. Dies sei aber nicht der Fall. Die Beigeladene hat eine Aufstellung der Versicherungszeiten des Klägers eingereicht. Danach war er bei ihr vom 1. März 2002 bis zum 31. März 2009 versichert. Sie hat mitgeteilt, der Kläger habe außer bei der Beklagten auch noch bei anderen Betriebskrankenkassen versucht, eine Mitgliedschaft zu begründen.

Mit Urteil vom 11. Dezember 2012 hat das SG die Klage abgewiesen. Der Kläger habe seine Wahlrechtserklärung nach [§ 175 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) gegenüber der Beklagten nicht wirk-sam ausgeübt. Die Mitgliedschaft bei der Beigeladenen sei nicht zum 31. März 2008 beendet

worden.

Im Berufungsverfahren hält der Kläger an seiner Ansicht fest. Er sei bereits 2003 bei der Beigeladenen ausgeschieden. Er erwarte sich von einer mündlichen Verhandlung wertvolle Hinweise, so dass er seinen Vortrag darauf einstellen könne. Die Vorstände der Beigeladenen seien dazu zu vernehmen, dass er bei ihr ausgeschieden und ab 1. April 2008 Mitglied der Beklagten geworden sei. Es sei unzumutbar, den Kassenwechsel von weiteren Voraussetzungen - z.B. Kündigungsbestätigungen - abhängig zu machen.

Der Kläger beantragt sinngemäß,

das Urteil des Sozialgerichts Meiningen vom 11. Dezember 2012 sowie den Bescheid der Beklagten vom 11. Juni 2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16. Februar 2016 aufzuheben und festzustellen, dass er seit 1. April 2008 Pflichtmitglied bei der Beklagten war, hilfsweise, festzustellen, dass die Beigeladene Kündigungsbestätigungen rechtswidrig nicht ausgestellt hat.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Zur Begründung verweist sie im Ergebnis auf die Gründe des Widerspruchsbescheids.

Die Beigeladene hat keinen Antrag gestellt und vorgetragen, der Kläger sei bis 31. März 2015 durchgehend bei ihr versichert gewesen.

Mit Widerspruchsbescheid vom 16. Februar 2016 hat die Beklagte auf richterlichen Hinweis den Widerspruch des Klägers gegen den Bescheid vom 11. Juni 2008 zurückgewiesen.

Mit Schriftsatz vom 16. März 2016 hat der Kläger die Berufung begründet und eine Verzögerungsrüge erhoben.

Der Senatsvorsitzende hat die Beteiligten zweimal zur mündlichen Verhandlung (am 24. Mai und 28. Juni 2016) geladen. Die Ladungen sind wegen der Mitteilungen eines Urlaubs bzw. einer Erkrankung des Klägers aufgehoben worden. Mit der Ladungsverfügung vom 23. Mai 2016 hat der Senatsvorsitzende die Beteiligten darauf hingewiesen, dass der Senat beabsichtige, die Berufung nach [§ 153 Abs. 4](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) als unbegründet zurückzuweisen, wenn der Termin vom 28. Juni 2016 nicht wahrgenommen werde. Er halte die Berufung einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung sei nicht erforderlich. Es werde Gelegenheit zur Stellungnahme eingeräumt. Der Kläger hat daraufhin nochmals um Terminverlegung, z.B. auf den 13. September 2016, nachgesucht.

Mit Beschluss vom 6. Juli 2016 hat der Senat den Antrag des Klägers auf Bewilligung von Prozesskostenhilfe abgelehnt.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts wird ergänzend auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie der beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten und der Beigeladenen Bezug genommen, der Gegenstand der Entscheidung gewesen ist.

II.

Der Senat konnte nach [§ 153 Abs. 4 SGG](#) durch Beschluss entscheiden, weil er die Berufung einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält. Die Beteiligten sind hierzu gehört worden. Entgegen dem Vortrag des Klägers besteht keine Verpflichtung des Senats, eine mündliche Verhandlung durchzuführen. Sie ergibt sich auch nicht aus den vorgetragenen allgemein genannten Gründen ("existenziell wichtiger Krankenversicherungsschutz", "erhebliche wirtschaftliche Auswirkungen", "Hinweise des Senats zur Ermöglichung weiterer Beweisanträge")

Der Kläger ist aufgrund seiner Erklärung vom 28. März 2008 nicht zum 1. April 2008 Mitglied der Beklagten geworden. Sie hat ihm dies zu Recht mit Bescheid vom 11. Juni 2008 sinngemäß mitgeteilt und den Widerspruch vom 17. Juni 2008 mit Widerspruchsbescheid vom 16. Februar 2016, der nach [§ 96 SGG](#) Gegenstand des Verfahrens geworden ist, zurückgewiesen.

Der Kläger war am 28. März 2008 bei der Beigeladenen als Rentner nach [§ 5 Nr. 11 SGB V](#) pflichtversichert. Einer weiteren Beweiserhebung hierzu bedarf es nicht. Soweit der Kläger nunmehr den Bezug einer Rente bestreitet, vom 6. November 2011 an die Beigeladene zum Bezug einer Rente seit dem 1. September 2003 vor. Dies deckt sich mit den Auskünften vom 29. und 15. Juni 2006. Die hat zudem die Krankenversicherungsbeiträge an die Beigeladene abgeführt. Auf die Behauptung des Klägers, er sei "voll erwerbsfähig", kommt es überhaupt nicht an.

Im Übrigen hat der Kläger selbst noch mit Schriftsatz vom 11. März 2008 bei der Beigeladenen eine Chipkarte angefordert. Ab dem 1. April 2004 nahm er laut den vorliegenden Unterlagen - für die Unrichtigkeit gibt es derzeit keine Anhaltspunkte - ein Beschäftigungsverhältnis bei der auf. Dies begründete unmittelbar im Anschluss an die Versicherungspflicht nach [§ 5 Nr. 11 SGB V](#) Versicherungspflicht nach [§ 5 Nr. 1 SGB V](#). Sie geht der Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V](#) vor ([§ 5 Abs. 8 Satz 1 SGB V](#)).

Ein unbeschränktes Kassenwahlrecht stand dem Kläger aufgrund der Aufnahme des Beschäftigungsverhältnisses am 1. April 2008 nicht zu. Nach [§ 173 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) in der Fassung des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz & 727; GKV-WSG, gültig vom 1. April 2007 bis 30. Juni 2008) sind Versicherungspflichtige nach [§ 5 SGB V](#) und Versicherungsberechtigte nach [§ 9 SGB V](#) Mitglied der von ihnen gewählten Krankenkasse, soweit in den nachfolgenden Vorschriften, im Zweiten Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte oder im Künstlersozialversicherungsgesetz nichts Abweichendes bestimmt ist. Nach [§ 173 Abs. 2 SGB V](#) können Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte zwischen verschiedenen Kassen wählen. Nach [§ 175 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) in der Fassung des GKV-WSG ist die Ausübung des Wahlrechts gegenüber der gewählten Krankenkasse zu erklären. Nach [§ 175 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) hat diese nach Ausübung des Wahlrechts unverzüglich eine Mitgliedsbescheinigung auszustellen. Versicherungspflichtige haben der zur Meldung verpflichteten Stelle unverzüglich eine Mitgliedsbescheinigung vorzulegen. Wird die Mitgliedsbescheinigung nicht spätestens zwei Wochen nach Eintritt der Versicherungspflicht vorgelegt, hat die zur Meldung verpflichtete

Stelle den Versicherungspflichtigen ab Eintritt der Versicherungspflicht bei der Krankenkasse anzumelden, bei der zuletzt eine Versicherung bestand; bestand vor Eintritt der Versicherungspflicht keine Versicherung, hat die zur Meldung verpflichtete Stelle den Versicherungspflichtigen ab Eintritt der Versicherungspflicht bei einer nach § 173 wählbaren Krankenkasse anzumelden und den Versicherungspflichtigen unverzüglich über die gewählte Krankenkasse zu unterrichten (§ 175 Abs. 3 SGB V). Dieses vereinfachte Verfahren gilt nur dann, wenn überhaupt erstmals eine Krankenkasse zu wählen ist oder die frühere Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse mehr als 18 Monate vor Beginn der Versicherungspflicht endete. Will demgegenüber ein Versicherungspflichtiger bei unverändertem Fortbestehen des schon bisher Versicherungspflicht begründenden Sachverhalts bzw. - wie hier - einer zeitlich unmittelbaren Aufeinanderfolge von Versicherungspflichttatbeständen (vgl. BSG, Urteil vom 13. Juni 2007 - Az.: [B 12 KR 19/06 R](#) Rn. 27, nach juris) anstelle der bisherigen einer anderen Krankenkasse beitreten, ist dies nur im Rahmen eines mehrstufigen Verfahrens möglich, das die Begründung der neuen Mitgliedschaft mit der Lösung der unmittelbar vorangehenden bei einer anderen Krankenkasse verzahnt. Dies ergibt sich aus § 175 Abs. 2 Satz 2 SGB V. § 175 Abs. 4 SGB V erfordert hier zunächst die Kündigung der Mitgliedschaft (Satz 2), woraufhin die bisherige Krankenkasse unverzüglich eine Kündigungsbestätigung auszustellen hat (Satz 3). Erst nach deren Vorlage kann die gewählte neue Krankenkasse ihrer Pflicht zur unverzüglichen Ausstellung einer Mitgliedsbescheinigung nachkommen (§ 175 Abs. 2 Satz 2 SGB V). Schließlich wird die Kündigung erst dann wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei der neuen Krankenkasse durch diese Mitgliedsbescheinigung nachweist (vgl. BSG, Urteil vom 27. Juni 2012 - Az.: [B 12 KR 11/10 R](#), m.w.N.).

Für den Kläger hätte das einfache Verfahren nur dann gegolten, wenn seine Angaben im "Aufnahmeantrag" vom 28. März 2008 zutreffend gewesen wären. Dies war aber nicht der Fall. Tatsächlich war er bei der Beigeladenen krankenversichert. Für die Wahl einer anderen Krankenkasse und die Begründung einer Mitgliedschaft bei der gewählten Krankenkasse gilt daher das in § 173 SGB V und § 175 SGB V beschriebene Verfahren (vgl. BSG, Urteile vom 9. November 2011 - Az.: [B 12 KR 3/10 R](#) und vom 27. Juni 2012 - Az.: [B 12 KR 11/10 R](#), nach juris). Dieses hat der Kläger nicht eingehalten. Aus der Verwaltungsakte der Beigeladenen ist nicht ersichtlich, dass er seine Mitgliedschaft zum 31. März 2008 gekündigt hatte. Auch er hat ein solches Kündigungsschreiben nicht vorgelegt. Vielmehr hatte er sich ausweislich der Verwaltungsakte noch mit Schreiben vom 11. März 2008 an die Beigeladene gewandt, um eine Versichertenkarte zu erhalten. Zudem bezog er von ihr vom 3. Juni bis zum 31. Juli 2008 Krankengeld und ging damit wohl selbst - auch nach dem 1. April 2008 - davon aus, dort weiterhin Mitglied zu sein. Frühere Kündigungen der Mitgliedschaft bei der Beigeladenen sind nicht wirksam geworden, weil er nicht innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung nachwies. Eine Kündigung wäre auch - wie bereits zuvor - nicht wirksam geworden, weil er der Beigeladenen auch bis zum 31. März 2008 keine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse - hier der Beklagten - durch Vorlage einer Mitgliedsbescheinigung nachgewiesen hat. Angesichts dieser Sach- und Rechtslage kommt es auf die beantragte "Zeugenvernahme" des Vorstands der Beigeladenen nicht an. Der Kläger ist auch nicht deshalb ab dem 1. April 2008 Mitglied bei der Beklagten geworden, weil sie die Mitgliedschaft durch Ausstellen einer Mitgliedschaftsbescheinigung mit Verwaltungsakt festgestellt und ihn nicht aufgehoben hatte. Der Kläger hat keine ihm ausgestellte Mitgliedsbescheinigung, sondern nur die an die übersandte Mitgliedsbescheinigung vorgelegt. Aufgrund seiner falschen Angaben ist die Beklagte von einem vereinfachten Verfahren der Krankenkassenwahl ausgegangen. Die der übersandte Mitgliedsbescheinigung diente in erster Linie der Information dieser Stelle über die ausgeübte Krankenkassenwahl, damit diese die Meldung bei der richtigen (der vermeintlich gewählten) Krankenkasse vornehmen und den Gesamtsozialversicherungsbeitrag an diese abführen konnte (§ 175 Abs. 2 Satz 3, Abs. 3 Satz 1 SGB V). Sie traf gegenüber dem Kläger keine verbindliche Regelung über seine Mitgliedschaft bei der Beklagten.

Die mit Schriftsatz vom 12. Juli 2016 begehrte hilfsweise Feststellung, dass die Beigeladene ihm Kündigungsbestätigungen rechtswidrig nicht ausgestellt hat, ist mangels Durchführung eines entsprechenden Vorverfahrens unzulässig. Zudem ist der Senat sachlich unzuständig, weil es an einer erstinstanzlichen Entscheidung fehlt (§ 29 Abs. 1 SGG).

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Die Revision war nicht zuzulassen, weil die Voraussetzungen des § 160 Abs. 2 SGG nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

FST

Saved

2017-03-06