

L 5 KR 148/15

Land

Schleswig-Holstein

Sozialgericht

Schleswig-Holsteinisches LSG

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

5

1. Instanz

SG Lübeck (SHS)

Aktenzeichen

S 14 KR 316/13

Datum

19.11.2015

2. Instanz

Schleswig-Holsteinisches LSG

Aktenzeichen

L 5 KR 148/15

Datum

14.06.2018

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Lübeck vom 19. November 2015 wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darüber, ob die Klägerin Anspruch auf Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung hat.

Die 1956 in China geborene Klägerin kam 1992 nach Deutschland. Von Juli 1992 bis Dezember 1994 war sie bei der Beigeladenen gesetzlich krankenversichert. Seit Anfang 1995–1997 war sie über die Firma Import/Export mit einer privaten Gruppenkrankenversicherung für chinesische Mitarbeiter und Familien in Deutschland bei der Krankenversicherung AG krankenversichert. Von 1997 an bestand eine entsprechende Gruppenauslandsreisekrankenversicherung über die Firma Import/Export bei der D R Krankenversicherung AG. Hierbei handelt es sich um eine Krankenvollversicherung. Erfasst sind neben ambulanter Heilbehandlung auch Zahnbehandlungen und stationäre Heilbehandlung sowie Vorsorgeuntersuchungen zu jeweils 100 %. Nachdem die Firma Import/Export im Jahre 2004 aufgelöst worden war, bestand die Krankenversicherung der Klägerin beim D R weiter als Firmenversicherung. Die Zahlung der Beiträge übernahm die Klägerin selbst. Von 2004 bis Ende 2012 war die Klägerin selbstständig mit einer Import/Export Firma tätig. Seit 2000 ist sie deutsche Staatsangehörige und seit dem 1. Januar 2013 in der Firma ihres Ehemanns beschäftigt mit einem Entgelt in Höhe von monatlich 800,00 EUR.

Am 28. Januar 2013 beantragte die Klägerin bei der Beklagten die Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung. Auf Nachfrage der Beklagten hinsichtlich bestehender Vorversicherungszeiten übersandte die Klägerin eine Mitgliedsbescheinigung der Beigeladenen vom 14. Juli 1992. Mit Bescheid vom 21. Februar 2013 lehnte die Beklagte die Aufnahme in die gesetzliche Krankenversicherung ab, da die Klägerin innerhalb der letzten fünf Jahre keinen Tag gesetzlich krankenversichert gewesen sei.

Gegen diese Entscheidung legte die Klägerin am 7. März 2013 Widerspruch ein. Die Kosten für eine private Krankenversicherung könne sie nicht tragen. Mit Widerspruchsbescheid vom 11. Juni 2013 wies die Beklagte den Widerspruch der Klägerin zurück. Die Klägerin sei versicherungsfrei nach [§ 6 Abs. 3a SGB V](#).

Hiergegen hat die Klägerin am 28. Juni 2013 beim Sozialgericht Lübeck Klage erhoben. Die Beklagte sei verpflichtet, sie in die gesetzliche Krankenversicherung aufzunehmen. Es greife der Ausnahmetatbestand nach [§ 6 Abs. 3a Satz 4 SGB V](#), wonach diese Vorschrift nicht für Personen gelte, die nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) versicherungspflichtig seien. Diese Voraussetzungen erfülle die Klägerin, da sie zuletzt gesetzlich krankenversichert und nicht anderweitig gegen Krankheit abgesichert sei. Es bestehe lediglich eine private Auslandskrankenversicherung.

Die Klägerin hat beantragt,

unter Aufhebung des Bescheides vom 21. Februar 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11. Juni 2013 festzustellen, dass die Klägerin seit dem 1. Januar 2013 krankenversichertes Mitglied der Beklagten, hilfsweise der Beigeladenen, ist.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte hat auf den Inhalt ihrer Bescheide Bezug genommen und geltend gemacht, dass eine Auffangversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) bei der Beigeladenen und nicht bei der Beklagten bestünde, weil bei der Beigeladenen der letzte Beitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung entrichtet worden sei.

Mit Beschluss vom 17. Dezember 2013 das Sozialgericht die DAK beigeladen. Die Beigeladene hat keinen Antrag gestellt.

Das Sozialgericht hat die Klage mit Urteil vom 19. November 2015 abgewiesen und zur Begründung ausgeführt:

"Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Feststellung ihrer Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung seit 1. Januar 2013. Denn sie ist seit diesem Zeitpunkt versicherungsfrei nach [§ 6 Abs. 3 a SGB V](#). Nach dieser Vorschrift sind Personen, die nach Vollendung des 55. Lebensjahres versicherungspflichtig werden, versicherungsfrei, wenn sie in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Versicherungspflicht nicht gesetzlich versichert waren. Weitere Voraussetzung ist, dass diese Person mindestens die Hälfte dieser Zeit versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder nach [§ 5 Abs. 5 SGB VI](#) nicht versicherungspflichtig war. Diese Voraussetzungen liegen vor. Denn die Klägerin beantragte nach der Vollendung ihres 55. Lebensjahres die Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung durch die Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung am 01. Januar 2013. Zu diesem Zeitpunkt war die Klägerin 56 Jahre alt. Sie war in den letzten fünf Jahren vor Eintritt dieser Versicherungspflicht auch nicht gesetzlich versichert. Vielmehr war sie während des gesamten Zeitraumes als hauptberuflich Selbständige nach [§ 5 Abs. 5 SGB V](#) nicht versicherungspflichtig.

Die Versicherungsfreiheit ist auch nicht nach [§ 6 Abs. 3a Satz 4 SGB V](#) ausgeschlossen. Danach gilt § 6 Abs. 3a Satz 1 nicht für Personen, die nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB VI](#) versicherungspflichtig sind. Die Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) erfüllt die Klägerin jedoch nicht. Nach dieser Vorschrift sind versicherungspflichtig Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und a) zuletzt gesetzlich krankenversichert waren oder b) bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in Abs. 5 oder den in § 6 Abs. 1 oder 2 genannten Personen gehören oder bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten. Diese Voraussetzungen liegen in der Zeit ab 1. Januar 2013 bereits deshalb nicht vor, weil die Klägerin einen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall hat. Denn die Absicherung der Klägerin durch ihre Krankenversicherung beim D R genügt den Anforderungen dieser Vorschrift an eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall. Insoweit kommt es nicht darauf an, dass die anderweitige Absicherung qualitativ dem Versicherungsschutz in der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht, maßgeblich ist vielmehr ein die Voraussetzungen des [§ 193 Abs. 3 Satz 1](#) Versicherungsvertragsgesetz (VVG) erfüllendes Sicherungsniveau (BSG 20. März 2013 – [B 12 KR 14/11 R](#)). Durch die Krankenversicherung der Klägerin werden die Mindestanforderungen nach dieser Vorschrift erfüllt. Denn ihre Krankenversicherung beim D R erfasst die volle Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung, sowie für Zahnbehandlung und Vorsorgeuntersuchungen. Eine Selbstbeteiligungspflicht besteht im Hinblick auf diese Leistungen nicht. Das nach [§ 193 Abs. 3 Satz 1 VVG](#) maßgebliche Mindestsicherungsniveau wird auch nicht dadurch unterschritten, dass die Klägerin durch ihre Versicherung beim D R keinen Schutz gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit erhält (vgl. BSG, a. a. O.). Unerheblich ist nach Auffassung der Kammer auch, dass die private Krankenversicherung der Klägerin mit der Vollendung des 65. Lebensjahres endet. Ausweislich der Versicherungsunterlagen besteht dann die Möglichkeit, eine weiterführende private Krankenversicherung abzuschließen. Die Klägerin, die sich in der Zeit ihrer selbständigen Tätigkeit für eine private Krankenversicherung entschieden hat, ist damit nach Auffassung der Kammer dem Kreis der privat Krankenversicherten zuzuordnen. Eine Auffangversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) kommt für sie nicht in Betracht.

Auch die weiteren Voraussetzungen des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) sind nicht erfüllt. Denn die Klägerin war auch nicht zuletzt gesetzlich krankenversichert im Sinne von [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 a\) SGB V](#). Zwar war sie in den neunziger Jahren bei der Beigeladenen gesetzlich krankenversichert. Jedoch war sie in den Jahren danach bis Ende 2012 privat krankenversichert mit einer Vollkostenversicherung. Diese unmittelbar vor der beantragten Mitgliedschaft vorliegende private Krankenversicherung steht der Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 a\) SGB V](#) entgegen, da sie wesentliche Teile einer Vollversicherung umfasst (vgl. oben; vgl. Hessisches LSG 19. Juli 2011 – [L 1 KR 180/11 B ER](#)). Wer zwischenzeitlich in der privaten Krankenversicherung war, ist nicht versicherungspflichtig nach Nr. 13, auch wenn es sich um eine Teilversicherung gehandelt hat, wenn sie nur wesentliche Teile der Vollversicherung umfasste (Just in Becker/Kingreen, SGB V, 4. Auflage, § 5, RdNr 66, m. w. N.). Die Klägerin hat damit keinen Anspruch auf eine Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung. Ein solcher Anspruch ergibt sich folglich weder gegen die Beklagte noch gegenüber der Beigeladenen."

Gegen dieses dem Prozessbevollmächtigten der Klägerin am 7. Dezember 2015 zugestellte Urteil richtet sich ihre Berufung, die am 29. Dezember 2015 bei dem Schleswig-Holsteinischen Landessozialgericht eingegangen ist. Zur Begründung führt die Klägerin aus, dass entgegen der Auffassung des Sozialgerichts für sie keine anderweitige Absicherung für den Krankheitsfall bestanden habe. Es habe allenfalls eine Auslandsreisekrankenversicherung gegeben, die damals über eine chinesische Firma für sie abgeschlossen worden sei. Spätestens ab dem Jahre 2000 habe diese Versicherung aber keinen Bestand mehr gehabt, da sie dann deutsche Staatsangehörige geworden sei. Spätestens ab diesem Zeitpunkt könne überhaupt keine Auslandsreisekrankenversicherung, die dann etwa einen adäquaten Inlandskrankenversicherungsschutz biete, für sie bestanden haben. Sie sei ab 1995 bis 2004 bei der Firma Import Export tätig gewesen. Aus gegebenenfalls vorzulegenden Lohnabrechnungen ergebe sich, dass damals die Voraussetzungen für eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung vorgelegen hätten und die Klägerin damit auch bei der Beigeladenen hätte bleiben können bzw. müssen, bei der sie von 1992 bis 1994 versichert gewesen sei. Die Firma sei 2004 geschlossen worden. Danach sei sie bis 2012 selbstständig tätig gewesen. Die Versicherungsprämien für die Auslandsreisekrankenversicherung seien bis Dezember 2015 gezahlt worden. Ab Ende 2012 bzw. Anfang 2013 liege eine Beschäftigung bei der Firma J R T vor, mit Einkünften, die zur Begründung der Sozialversicherungspflicht führen würden. Die Beklagte buche insoweit auch Pflichtbeiträge ab. Im Falle einer Ablehnung der Versicherung seitens der Beklagten hätten von dort keine Beiträge angefordert werden dürfen. Im Ergebnis sei festzustellen, dass das hier vorliegende Konstrukt einer Auslandsreisekrankenversicherung schon seit vielen Jahren für die Klägerin überhaupt nicht gepasst habe. Sie hätte bereits ab 1995 weiter bei der Beigeladenen versichert bleiben können bzw. müssen. Wenn dies alles richtig gehandhabt worden wäre, hätte sie später, als die Firma geschlossen worden war, freiwillig bei der Beigeladenen versichert bleiben können. Dementsprechend sei sie bereits im Jahr 2000, später dann auch noch im Jahr 2004 bei der Beigeladenen vorstellig geworden.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Lübeck vom 19. November 2015 sowie den Bescheid der Beklagten vom 21. Februar 2013 in der Fassung des

Widerspruchsbescheides vom 11. Juni 2013 aufzuheben und festzustellen, dass sie seit 1. Januar 2013 pflichtversichertes Mitglied der Beklagten, hilfsweise der Beigeladenen ist.

Die Beklagte beantragt schriftsätzlich,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend. Die Klägerin sei gemäß [§ 6 Abs. 3a SGB V](#) versicherungsfrei. Ihr Versicherungsschutz und mithin die Qualität der Auslandsreisekrankenversicherung sei unerheblich, da die Klägerin in den letzten fünf Jahren nicht gesetzlich versichert gewesen sei.

Die Beigeladene schließt sich schriftsätzlich dem Antrag der Beklagten an.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichtsakten und der Verwaltungsakten der Beklagten. Diese haben dem Senat vorgelegen und sind Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte statthafte Berufung ([§§ 143, 144, 155 SGG](#)) ist zulässig; sie ist jedoch nicht begründet.

Das von der Klägerin angefochtene Urteil des Sozialgerichts ist nicht zu beanstanden. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Das Sozialgericht hat dies, ausgehend von den einschlägigen Rechtsgrundlagen und unter Berücksichtigung der Rechtsprechung in den Entscheidungsgründen des angefochtenen Urteils ausführlich dargelegt. Hierauf nimmt der Senat gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) zur Vermeidung von Wiederholungen Bezug. Neue rechtliche oder tatsächliche Gesichtspunkte hat die Klägerin im Berufungsverfahren nicht vorgebracht. Gleichwohl hat der Senat das Urteil des Sozialgerichts eingehend mit folgendem Ergebnis geprüft:

Für die Klägerin besteht für die Tätigkeit ab 1. Januar 2013 zwar grundsätzlich Versicherungspflicht gemäß [§ 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#). Nach [§ 6 Abs. 3a Satz 1 SGB V](#) sind allerdings Person versicherungsfrei, die nach Vollendung des 55. Lebensjahres versicherungspflichtig werden, wenn sie in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Versicherungspflicht nicht gesetzlich versichert waren. Das ist hier der Fall. Die Klägerin wurde 1956 geboren, sie hatte also am 1. Januar 2013 das 55. Lebensjahr vollendet und sie war in den letzten 5 Jahren als selbstständig Tätige nicht gesetzlich krankenversichert. Allerdings gilt gemäß [§ 6 Abs. 3a Satz 4 SGB V Satz 1](#) nicht für Personen, die nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) versicherungspflichtig sind. Die Zuständigkeit läge dann gemäß [§ 174 Abs. 5 SGB V](#) bei der Beigeladenen.

Dazu müssten folgende Voraussetzungen vorliegen: kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall und a) zuletzt gesetzlich krankenversichert oder b) bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert, es sei denn eine Zugehörigkeit zum in [§ 5 Abs. 5 SGB V](#) oder [§ 6 Abs. 1 SGB V](#) genannten Personenkreis.

Selbst wenn man dahinstehen lässt, ob eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall, die mindestens dem Niveau von [§ 193 Abs. 3 Satz 1 VVG](#) entspricht (Bundessozialgericht, Urteil vom 7. Juni 2018, [B 12 KR 17/17 R](#)), bestanden hat, liegen diese Voraussetzungen nicht vor.

[§ 5 Abs. 1 Nr. 13](#) Buchstabe a SGB V ist nicht erfüllt, weil die Klägerin nicht zuletzt gesetzlich krankenversichert war. Die Klägerin war nur von Juli 1992 bis Dezember 1994 aufgrund einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung gesetzlich krankenversichert. Danach war sie Mitglied einer privaten Krankenversicherung, wobei eine Teilversicherung ausreicht, wenn sie nur wesentliche Teile der Vollversicherung umfasst (vgl. Becker/Kingreen/Just, SGB V, § 5 Rn. 67 m.w.N.). Eine solche Versicherung bestand für die Klägerin bei der bzw. D R Krankenversicherung während der gesamten Zeit bis Dezember 2012. Ob sie dort nach einem anderen Tarif hätte versichert werden müssen, weil sie die Voraussetzungen für eine Auslandsreisekrankenversicherung (jedenfalls ab dem Jahr bei 2000) nicht mehr erfüllte, ist unerheblich. Entscheidend ist, dass diese private Krankenvollversicherung bestanden hat. Sie wurde auch noch in der Zeit der selbstständigen Tätigkeit der Klägerin bis zum Jahr 2012 "gelebt" durch Beitragszahlung und Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen im Krankheitsfall.

[§ 5 Abs. 1 Nr. 13](#) Buchstabe b SGB V ist ebenfalls nicht erfüllt. Diese Norm verlangt, dass zu keinem Zeitpunkt eine Zugehörigkeit zur gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung bestand (Eichenhofer/Wenner/Wiegand, SGB V, § 5 Rn. 119; Becker/Kingreen/Just, SGB V, § 5 Rn. 68). Die Klägerin war von Juli 1992 bis Dezember 1994 bei der Beigeladenen gesetzlich versichert. Darüber hinaus war sie – wie gerade dargestellt – auch Mitglied einer privaten Krankenversicherung.

Selbst wenn zu keinem Zeitpunkt eine Zugehörigkeit zur gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung bestanden hätte, käme die Klägerin trotzdem nicht mehr in die GKV. Denn wer hauptberuflich selbstständig war, gelangt – auch wenn der Status zwischenzeitlich beendet wurde – auch dann nicht mehr in die GKV, wenn er zuvor nie über irgendeinen Krankenversicherungsschutz verfügt hat. In diesem Zusammenhang ist allerdings fraglich, wie "gehören" im Sinne von [§ 5 Abs. 1 Nr. 13](#) Buchstabe b SGB V zu verstehen ist. Die Spitzenverbände der Sozialversicherungsträger haben sich in einem gemeinsamen Rundschreiben vom 20. März 2007 dahingehend geäußert, dass sich der Ausschluss an der aktuellen Berufstätigkeit orientiere und daher nicht mehr zu prüfen sei, welchen Beruf der Versicherte während seines Erwerbslebens ausgeübt habe, wenn die Berufstätigkeit zwischenzeitlich nicht mehr ausgeübt werde. Jedoch spricht die Zusammenschau dieser Regelung mit [§ 5 Abs. 5a SGB V](#) dafür, nicht auf den aktuellen Status abzustellen. Andernfalls würde der unmittelbar vor dem Bezug von Alg II von [§ 5 Abs. 5](#), [§ 6 Abs. 1](#) oder [2 SGB V](#) erfasste Personenkreis der privaten Krankenversicherung zugerechnet, im Übrigen, namentlich nach dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben, jedoch der GKV (so Becker/Kingreen/Just a.a.O. Rn. 68; Eichenhofer/Wenner/Wiegand a.a.O. Rn. 119; Krauskopf/Beier, [§ 5 SGB V](#) Rn. 81; dem folgend LPK SGB V/Kruse, § 5 Rn. 68; Sommer/Klose [§ 5 SGB V](#) Rn. 236n).

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 Abs. 1 und 4 SGG](#).

Gründe, die Revision gemäß [§ 160 SGG](#) zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

SHS

Saved

2018-08-31