

L 5 KR 76/15

Land
Schleswig-Holstein
Sozialgericht
Schleswig-Holsteinisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Kiel (SHS)
Aktenzeichen
S 3 KR 194/12
Datum
12.06.2014
2. Instanz
Schleswig-Holsteinisches LSG
Aktenzeichen
L 5 KR 76/15
Datum
12.06.2014
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil (Az. [S 3 KR 194/12](#)) des Sozialgerichts Kiel vom 12. Juni 2014 (richtig: 2015) wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung.

Die 1958 geborene Klägerin ist von Beruf Innenarchitektin. Vom 2. Februar 2006 bis zum Tod ihres Ehemannes am 1. September 2011 war sie bei der Beklagten krankenversichert, zuletzt im Rahmen der Familienversicherung. Vom 2. September bis 31. Oktober 2011 bezog die Klägerin Arbeitslosengeld II. Aufgrund ihrer Erklärung zur Abmeldung aus dem Leistungsbezug ab 1. Oktober 2011 verpflichtete das Jobcenter K die Klägerin mit Bescheid vom 3. November 2011 zur Erstattung der für den Zeitraum 1. bis 31. Oktober 2011 erhaltenen Leistungen. Seit dem 1. September 2011 bezieht die Klägerin eine Witwenrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung.

Mit Bescheid vom 18. Februar 2012 stellte die Beklagte die Mitgliedschaft der Klägerin als versicherungspflichtige Rentnerin ab dem 1. November 2011 fest und bat um Mitteilung der Höhe der Einkünfte. Die Klägerin teilte daraufhin mit, dass sie eine selbstständige Tätigkeit ausübe, jedoch derzeit arbeitsunfähig sei.

Am 5. März 2012 beantragte die Klägerin die Befreiung von der Krankenversicherungspflicht. Sie verwies auf eine bestehende private Krankenversicherung. Diesen Befreiungsantrag lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 6. März 2012 mit der Begründung ab, eine Befreiung von der Versicherungspflicht als Arbeitslosengeldbezieher sei möglich, wenn in den letzten fünf Jahren vor dem Leistungsbezug keine gesetzliche Krankenversicherung bestanden habe. Dies treffe auf die Klägerin nicht zu, da sie bis zum Tod ihres Ehemannes familienversichert gewesen sei. Auf Anforderung der Beklagten reichte die Klägerin den Einkommensteuerbescheid für 2010 zur Akte, aus dem sich Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit in Höhe von 4.202,00 EUR ergeben.

Am 10. April 2012 legte die Klägerin Widerspruch gegen den Bescheid vom 6. März 2012 ein. Zur Begründung führte sie aus, sie beziehe kein Arbeitslosengeld, sondern sei hauptberuflich selbstständig tätig. Es liege damit ein Ausschlussgrund von der Krankenversicherung der Rentner vor. Zu keinem Zeitpunkt sei sie als Arbeitslosengeld II Bezieherin pflichtversichert gewesen. Im September 2011 habe noch die Familienversicherung bestanden. Ab Oktober 2011 habe sie auf SGB-II Leistungen verzichtet. Außerdem sei sie seit dem 1. Oktober 2011 Mitglied der regionalen Solidargemeinschaft A. Mit dieser Mitgliedschaft sei die nach [§ 193 Abs. 5 Nr. 3 VVG](#) und [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) erforderliche Absicherung im Krankheitsfall gegeben.

Auf Anforderung der Beklagten übersandte die Klägerin einen Fragebogen zu ihrer selbstständigen Tätigkeit. Hierin gab sie an, sie übe ihre selbstständige Tätigkeit pro Woche ca. 8-12 Stunden aus. Das monatliche Arbeitseinkommen aus der selbstständigen Tätigkeit betrage im Durchschnitt 255,95 EUR. Außerdem reichte die Klägerin die Einnahmen-Überschussrechnung für die ersten drei Quartale 2011 zur Akte.

Mit Bescheid vom 10. Mai 2012 stellte die Beklagte fest, dass ab dem 1. Januar 2011 die selbstständige Tätigkeit nebenberuflich ausgeübt wird, da die selbstständige Tätigkeit nicht die Hauptquelle zur Bestreitung des Lebensunterhaltes darstelle und nicht mehr als 20 Arbeitsstunden in der Woche ausmache. Eine Mitgliedschaft in der Krankenversicherung der Rentner sei deshalb möglich.

Gegen diesen Bescheid legte die Klägerin am 28. Juni 2012 Widerspruch ein und machte geltend, in der Zeit vom 2. April bis zum 15. April 2012 habe sie sich in Kur befunden und nicht arbeiten können. Die ausgefallene Arbeitszeit führe also zu einer Reduzierung im

Durchschnittswert der angegebenen Wochenstunden. Seit Oktober 2011 bemühe sie sich, die Arbeitsstunden immer weiter zu erhöhen. Zwischen Oktober 2011 und April 2012 habe die Arbeitszeit auf durchschnittlich 20–35 Wochenstunden erhöht werden können. Ab Mai betrage die Arbeitszeit zwischen 35 und 45 Stunden.

Mit Widerspruchsbescheid vom 2. August 2012 wies die Beklagte die Widersprüche zurück. Zur Begründung führte sie aus, eine Befreiung von der Versicherungspflicht gemäß [§ 8 Abs. 1 SGB V](#) sei nicht möglich, da die Dreimonatsfrist des [§ 8 Abs. 2 SGB V](#) nicht eingehalten worden sei. Auch die übrigen Voraussetzungen der Befreiung von der Versicherungspflicht lägen nicht vor. Eine Familienversicherung habe trotz des nachgehenden Leistungsanspruchs gemäß [§ 19 Abs. 3 SGB V](#) nur bis zum Tod des Ehemannes der Klägerin bestanden. Nachgehende Leistungsansprüche seien nach ständiger Rechtsprechung gegenüber Ansprüchen aus einem neuen, aktuellen Versicherungsverhältnis nachrangig. Erst recht hinderten sie nicht das Eingreifen eines eigenen Versicherungspflichttatbestands. Die Versicherungspflicht aufgrund des Bezuges von ALG II gemäß [§ 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V](#) gelte auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt habe, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden sei. Ferner sei die Versicherungspflicht aufgrund des Bezuges von ALG II ([§ 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V](#)) gegenüber der ebenfalls eingetretenen Versicherungspflicht als Rentner ([§ 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V](#)) gemäß [§ 5 Abs. 8 Satz 1 SGB V](#) nachrangig. Bis zum 31. Oktober 2011 habe deshalb Versicherungspflicht allein aufgrund von [§ 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V](#) bestanden. Nach Ende der Vorrangversicherung aufgrund des Bezuges von ALG II bestehe Versicherungspflicht als Rentner. Daran ändere auch die von der Klägerin ausgeübte selbstständige Tätigkeit nichts, da diese nicht hauptberuflich ausgeübt werde. Die nunmehr behauptete Ausweitung der Tätigkeit widerspreche den bisherigen Angaben und sei bislang nicht nachgewiesen. Selbst bei Aufnahme einer hauptberuflichen selbstständigen Tätigkeit würde eine Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) vorliegen. Die Mitgliedschaft in der Solidargemeinschaft A Deutschland e.V. ab dem 1. Oktober 2011 stelle keine solche anderweitige Absicherung im Krankheitsfall dar. Der Anspruch müsse den Anforderungen des [§ 194 Abs. 1 BGB](#) entsprechen. Nach § 2 der Satzung der Solidargemeinschaft A Deutschland e.V. leiste der Solidaritätsfond auf Antrag finanzielle Hilfe im Falle von Überforderung infolge von Krankheits- und Unglücksfällen, ohne dass ein Rechtsanspruch darauf bestehe. Die Mitgliedschaft könne somit keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall begründen, die den Eintritt von Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) hindern würde.

Hiergegen hat die Klägerin am 4. September 2012 Klage beim Sozialgericht Kiel erhoben. Entgegen der Auffassung der Beklagten übe sie ihre selbstständige Tätigkeit hauptberuflich aus. Auch werde durch die Mitgliedschaft bei der A eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall begründet. Sie verweist diesbezüglich auf ein Gutachten von Eckhart Stevens-Bartol (Vorsitzender Richter am Bayerischen Landessozialgericht a.D.). Die Klägerin hat zudem Einkommensteuerbescheide für die Jahre 2011 und 2012 sowie eine Einnahmen-Überschussrechnung für das Jahr 2011 zur Akte gereicht.

Die Klägerin hat beantragt,

die Bescheide der Beklagten vom 6. März 2011 und 10. Mai 2012 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 2. August 2012 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, sie von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung zu befreien.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Zur Begründung hat sie auf den Inhalt der angefochtenen Bescheide verwiesen.

Mit Urteil vom 12. Juni 2014 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen und in den Entscheidungsgründen ausgeführt:

"Die Bescheide der Beklagten vom 6. März 2012 und vom 10. Mai 2012 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 2. August 2012 halten einer gerichtlichen Überprüfung stand. Sie sind rechtmäßig.

Zu Recht hat die Beklagte die Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung abgelehnt.

Nach dem Gesamtergebnis des Verfahrens ([§ 128 Abs. 1 SGG](#)) liegen weder die Voraussetzung für die Versicherungsfreiheit, noch für die Befreiung von der Versicherungspflicht vor.

Nach Ende der Familienversicherung war die Klägerin im Zeitraum 2. September bis 31. Oktober 2011 als Empfängerin von Arbeitslosengeld II gemäß [§ 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V](#) pflichtversichert in der gesetzlichen Krankenversicherung. Nach dem ausdrücklichen Wortlaut der Vorschrift steht die rückwirkende Aufhebung der Bewilligung der Versicherungspflicht nicht entgegen. Eine Befreiung von der Versicherungspflicht für diesen Zeitraum nach Maßgabe des [§ 8 Abs. 1 Nr. 1a SGB V](#) kommt schon deshalb nicht in Betracht, weil der Befreiungsantrag nicht innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht gestellt wurde (s. [§ 8 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)). Auf das Vorliegen der übrigen Befreiungsvoraussetzungen und insbesondere auf die Frage, ob die Mitgliedschaft in der A Deutschland Solidargemeinschaft e.V. als "anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall" anzusehen ist, kommt es nicht an.

Seit dem 1. November 2012 besteht eine Pflichtmitgliedschaft der Klägerin bei der Beklagten gemäß [§ 5 Abs. 11 SGB V](#). Danach sind versicherungspflichtig Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenanspruches mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte des Zeitraums Mitglied oder nach § 10 versichert waren. Unstrittig liegen die Voraussetzungen dieser Vorschrift im hier zu entscheidenden Fall vor.

Entgegen der Auffassung der Klägerin übt sie auch keine der Versicherungspflicht entgegenstehende hauptberufliche Erwerbstätigkeit aus (s. [§ 5 Abs. 5 SGB V](#)).

Die Hauptberuflichkeit einer Selbstständigkeit wird grundsätzlich nicht absolut ermittelt. Entscheidend ist vielmehr im Rahmen einer Gesamtbetrachtung, welcher Bedeutung die Selbstständigkeit in Relation zu dem die Versicherungspflicht auslösenden Tatbestand – hier der

Rentenbezug – hat. Kriterien für die Beurteilung sind dabei der zeitliche Aufwand, der erzielte Umsatz und die Höhe des Arbeitseinkommens im Verhältnis zur Rentenhöhe.

Die Angaben der Klägerin zum Umfang der selbständigen Tätigkeit sind nicht frei von Widersprüchen:

In einem Schreiben an die Beklagte vom 25. Januar 2011 hat sie angegeben, bis September 2011 die selbständige Tätigkeit nebenberuflich ausgeübt zu haben. Im September 2011 habe sie aufgrund der psychischen Belastung durch den Tod ihres Mannes keine Einkünfte gehabt und deshalb Arbeitslosengeld II bezogen.

In einem weiteren Schreiben an die Beklagte vom 29. Februar 2012 gab die Klägerin an, sie sei immer noch selbständig tätig, derzeit aber arbeitsunfähig. Sie ziehe in Erwägung, eine Erwerbsminderungsrente oder Sozialhilfe zu beantragen. Im Oktober 2011 habe sie einen schweren Verkehrsunfall gehabt. Das bisher bezogene Schmerzensgeld und ihre Witwenrente hätten nach dem Tod ihres Ehemannes bisher ihre finanzielle Grundversorgung sichergestellt.

Auf der Grundlage dieser Angaben müssten die im Einkommenssteuerbescheid für das Jahr 2011 ausgewiesenen Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit in Höhe von 6.702 Euro überwiegend im Zeitraum Januar bis August 2011 erzielt worden sein. Dieser Zeitraum ist jedoch nicht streitgegenständlich. Im Widerspruch dazu steht die Angabe der Klägerin in einem Fragebogen zur selbständigen Tätigkeit vom 7. Mai 2012, wonach sie im Zeitraum Januar bis September 2011 die Selbständigkeit nebenberuflich in einem zeitlichen Umfang von 8 – 12 Stunden wöchentlich ausgeübt haben will, das monatliche Arbeitseinkommen habe durchschnittlich 355, 95 Euro betragen. Nur einen Tag später teilte der damalige Prozessbevollmächtigte der Klägerin mit, die Klägerin sei ab Oktober 2011 hauptberuflich selbständig tätig mit einer Wochenarbeitszeit von 25 bis 30 Stunden. Diese Angabe steht im Widerspruch zu den Angaben der Klägerin im Schreiben vom 29. Februar 2012.

In einer am 28. Juni 2012 zur Akte gereichten Fragebogen vom 27. Juni 2012 gab die Klägerin an, seit Mai 2012 ("nach Kur im April") die selbständige Tätigkeit in einem zeitlichen Umfang von 35 bis 45 Stunden auszuüben. Das Einkommen betrage insgesamt 1.580 Euro pro Monat.

Erstmalig mit Schriftsatz vom 4. August 2012 wird ein weiterer Fragedatum unter dem Datum 7. Mai 2012 zur Akte gereicht, in dem die Klägerin angibt, ab dem 1. Oktober hauptberuflich selbständig zu sein. Die wöchentliche Arbeitszeit betrage im Durchschnitt 25 – 30 Stunden pro Woche, wegen Krankheit zum Teil weniger.

Im Einkommenssteuerbescheid für das Jahr 2012 sind Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit in Höhe von 3.696 Euro ausgewiesen. Dies deckt sich nicht annähernd mit den Angaben zum Einkommen im Fragebogen vom 27. Juni 2012.

Die Höhe der Rente überstieg im Jahr 2012 die Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit. Allein die Angabe der Klägerin zum zeitlichen Umfang der Tätigkeitsausübung ist aufgrund der oben dargelegten Widersprüche nicht geeignet, die Hauptberuflichkeit der selbständigen Tätigkeit nachzuweisen.

Insgesamt vermochte die Kammer sich nicht davon zu überzeugen, dass die Klägerin ab dem 1. November 2011 hauptberuflich selbständig tätig war.

Die Klägerin hat auch keinen Anspruch auf Befreiung von der Versicherungspflicht der Rentner gemäß [§ 8 Abs. 1 Nr. 4 SGB V](#), weil auch diesbezüglich die Dreimonatsfrist des [§ 8 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) nicht eingehalten wurde."

Gegen dieses dem Prozessbevollmächtigten der Klägerin am 15. Juli 2015 zugestellte Urteil richtet sich ihre Berufung, die am 5. August 2015 bei dem Schleswig- Holsteinischen Landessozialgericht eingegangen ist. Die Klägerin teilt mit, dass sie ihre selbstständige Tätigkeit seit März 2014 aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr ausübe. Ihren Lebensunterhalt bestreite sie aus der Witwenrente und ergänzenden Leistungen des Amtes für soziale Dienste Kiel (Sozialhilfe). Zur Begründung der Berufung führt die Klägerin aus, dass sie seit dem vierten Quartal 2011 hauptberuflich selbstständig tätig sei. In diesem Quartal habe sie Gewinne in Höhe von 3.696,96 EUR erzielt. Danach sei es ihr zunehmend gesundheitlich schlechter gegangen bis dahin, dass sie die selbstständige Tätigkeit jetzt seit drei Jahren nicht mehr ausüben könne.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil (Az.: [S 3 KR 194/12](#)) des Sozialgerichts Kiel vom 12. Juni 2014 (richtig: 2015) sowie die Bescheide der Beklagten vom 6. März 2011 und 10. Mai 2012 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 2. August 2012 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, sie von der Versicherungspflicht der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung zu befreien.

Die Beklagte beantragt schriftsätzlich,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte hält das Urteil des Sozialgerichts für zutreffend.

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 und Beratung 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 Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung.

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 nachfolgendem Ergebnis geprüft:

Die Klägerin hat nicht nachgewiesen, dass sie hauptberuflich eine selbstständige Tätigkeit ausübt. Sie hat vielmehr selbst vorgetragen, dass sie seit März 2014 überhaupt nicht mehr selbstständig tätig gewesen ist. Selbst wenn die Klägerin im Zeitraum zwischen September 2011 und Februar 2014 für einige Monate hauptberuflich selbstständig tätig gewesen sein sollte, ändert das nichts an ihrer Versicherungspflicht. Diese würde dann zwar nicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V](#), aber nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) vorliegen.

Danach sind Personen versicherungspflichtig, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und zuletzt gesetzlich krankenversichert waren. Die Mitgliedschaft der Klägerin in der Solidargemeinschaft A ab dem 1. Oktober 2011 stellt keine solche anderweitige Absicherung im Krankheitsfall im Sinne der vorgenannten Rechtsvorschrift dar. Nach Abs. 2 der Satzung der Solidargemeinschaft A leistet der Solidaritätsfond auf Antrag finanzielle Hilfe im Fall von Überforderung infolge von Krankheits- und Unglücksfällen, ohne dass ein Rechtsanspruch darauf besteht. Entscheidend ist, dass die Klägerin gegenüber der A keinen Rechtsanspruch, der den Anforderungen des [§ 194 Abs. 1 BGB](#) genügt, auf Leistungen im Krankheitsfall hat. Die Mitgliedschaft in der A stellt deshalb keine "anderweitige Absicherung" im Krankheitsfall dar (so auch SG Neuruppin, Urteil vom 19. Juli 2011, [S 9 KR 212/08](#); SG Landshut, Beschluss vom 10. August 2009, [S 4 KR 124/09 ER](#)).

[§ 5 SGB V](#) regelt den Personenkreis, der kraft Gesetzes der Versicherungspflicht in der GKV unterliegt. Die zunächst auf die Personengruppen in Abs. 1 Nr. 1 bis Nr. 12 begrenzte Regelung wurde zunehmend infrage gestellt, weil angesichts unterschiedlicher Lebensverhältnisse abhängige Erwerbstätigkeit, Studium, Rentenbezug oder ähnliche Sachverhalte allein noch kein Indiz für die Zugehörigkeit zu einer sozial schutzbedürftigen Personengruppe sein müssen. Andererseits sind vor dem Hintergrund der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen nur wenige einzelne in der Lage, alle denkbaren Kosten einer Krankenbehandlung aus eigenen Mitteln zu bestreiten. In der Erkenntnis, dass also trotz der Schaffung einer Pflichtversicherung ein zu großer Bevölkerungsanteil ohne ausreichenden Krankenversicherungsschutz war (und dadurch ggfls. sozialhilfebedürftig wurde), hat der Gesetzgeber mit Wirkung vom 1. April 2007 die Regelung des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) geschaffen. Damit wurde für alle ohne anderweitige Krankenabsicherung im Krankheitsfall Versicherungsschutz in Form einer Pflichtversicherung in der GKV oder einer privaten Krankenversicherung eingeführt. Dabei werden der GKV insbesondere Personen ohne anderweitige Absicherung im Krankheitsfall zugewiesen, die zuletzt gesetzlich krankenversichert gewesen sind, sowie solche Personen, die zuletzt weder gesetzlich noch privat krankenversichert waren. Die Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) ist eine "Auffangpflichtversicherung", da sie nur subsidiär eintritt, wenn kein anderweitiger ausreichender Krankenversicherungsschutz besteht. Vorrangig sind nämlich alle anderen gesetzlichen Ansprüche auf Leistungen im Krankheitsfall, wie Anspruch auf Krankenhilfe nach [§ 40 SGB VIII](#), auf GKV-Leistungen durch Übernahme der Krankenbehandlung nach [§ 264 SGB V](#), auf Gesundheitsfürsorge nach den §§ 56 ff. Strafvollzugsgesetz, auf freie Heilfürsorge, auf Krankenbehandlung nach dem BVG, dem BEG oder vergleichbaren Regelungen oder Anspruch auf Leistungen nach über- oder zwischenstaatlichem Recht. Die Aufzählung macht deutlich, dass es sich bei diesen gesetzlich normierten Leistungsansprüchen im Krankheitsfall um Sonderfälle für bestimmte Personengruppen handelt, für die ein dem Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung mindestens entsprechender Anspruch des Leistungsberechtigten vom Gesetzgeber festgelegt wurde. Sogar für die von der Versicherungspflicht ausgenommenen Beamten sowie die ähnlich organisierten Berufsgruppen der Soldaten, Richter und sonstigen Beschäftigten öffentlich-rechtlicher Arbeitgeber ([§ 6 Abs. 1 Nr. 2 SGB V](#)) ist anerkannt, dass diese zwar in der Wahl ihrer Krankenvorsorge frei sind, aber die die Eigenvorsorge der Beamten ergänzende Beihilfe nicht ohne Rücksicht auf die vorhandenen Versicherungsmöglichkeiten ausgestaltet werden darf. Aus alledem folgt, dass in den oben genannten Fällen immer Rechtsansprüche auf Absicherung im Krankheitsfall normiert sind, die auch gerichtlich eingeklagt werden können. Die Mitgliedschaft bei der A kann daher nicht als anderweitige Absicherung im Sinne von [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) anerkannt werden, denn sie garantiert den Mitgliedern des Vereins keine Leistungsansprüche. Eine ausreichende "anderweitige Absicherung" ist nämlich nur dann gegeben, wenn der Versicherte im Krankheitsfall einen Rechtsanspruch auf Leistungen erhält und diesen auch (gerichtlich) durchsetzen könnte. Hieran mangelt es aber, da die einschlägigen Satzungsbestimmungen (§ 2 Abs. 1 und Abs. 4) der A einen Rechtsanspruch sogar ausdrücklich ausschließen. Ein "Anspruch" im Sinne von [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) liegt nur dann vor, wenn [§ 194 Abs. 1 BGB](#) erfüllt ist. Nach dieser Legaldefinition ist ein Anspruch das Recht, von einem Anderen ein Tun oder Unterlassen zu verlangen. Nur wenn mit einem durchsetzbaren Recht auf Schutz im Krankheitsfall eine Absicherung gegeben ist, kann unter Einbeziehung des gesetzgeberischen Grundgedankens der Schutz der gesamten Bevölkerung im Krankheitsfall erreicht werden. Dieser Schutz im Krankheitsfall kann nicht dergestalt umgesetzt werden, dass einerseits im Bereich der GKV echte Rechte auf Schutz im Krankheitsfall gewährt werden, aber andererseits rechtlich nicht realisierbare Leistungen zur Subsidiarität führen. Würde man ohne vorliegende Rechtsnatur eines echten Anspruchs im Sinne von [§ 194 Abs. 1 BGB](#) ein Eingreifen der Subsidiarität annehmen, so wäre die Umsetzung der gesetzgeberischen Grundentscheidung nicht mehr gegeben, denn der Schutz der Bevölkerung im Krankheitsfall würde ohne Vorhersehbarkeit, ohne Berechenbarkeit und somit von tatsächlichen Zufälligkeiten abhängen. So folgt auch aus der Systematik der gesetzlichen Regelung, dass der Anspruch nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) im Sinne der Legaldefinition des [§ 194 Abs. 1 BGB](#) zu verstehen ist. Während des Gesetzgebungsverfahrens ist die anderweitige, die Auffangversicherungspflicht ausschließende Absicherung durch [§ 5 Abs. 8a SGB V](#) teilweise präzisiert worden. Bei Durchsicht dieser gesetzlichen Regelung wird deutlich, dass von [§ 5 Abs. 8a SGB V](#) nur Ansprüche im Sinne von [§ 194 Abs. 1 BGB](#) erfasst werden. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass der Gesetzgeber im Gesetzgebungsverfahren einen bereits vorhandenen Begriff verwendet. Zwar hat der Gesetzgeber den Begriff des anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nicht näher definiert, aber es sind im Wortlaut des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13](#) Buchstabe a, [§ 5 Abs. 8a SGB V](#) keine Anhaltspunkte erkennbar, dass der Gesetzgeber entgegen der sonst üblichen Verfahrensweise dem Begriff des Anspruchs eine andere Bedeutung als in der Legaldefinition geregelt beimessen wollte (Bayerisches Landessozialgericht, Urteil vom 9. Juni 2015 - [L 4 KR 27/13](#) - in juris, nachgehend Bundessozialgericht, Beschluss vom 18. April 2017 - [B 12 KR 18/15 R](#) - Verwerfung der Nichtzulassungsbeschwerde betr. eine andere Solidargemeinschaft mit einer gleichen Satzung wie A).

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

2018-09-14