B 12 KR 16/17 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
12
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 8 KR 1058/10
Datum
06.06.2013
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 5 KR 463/13
Datum
01.10.2015
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 12 KR 16/17 R
Datum
04.09.2018
Kategorie
Urteil
Die Revision der Beklagten gegen das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 1. Oktober 2015 wird zurückgewiesen.

Gründe:

I

1

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob die klagende AOK oder die beklagte Deutsche Rentenversicherung (DRV) Knappschaft-Bahn-See die für den zu 2. beigeladenen Versicherten zuständige Trägerin der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist.

2

Der Beigeladene zu 2. war pflichtversichertes Mitglied der Klägerin. Er bezog vom 1.1. bis zum 28.2.2005 von dem zu 1. beigeladenen Jobcenter Arbeitslosengeld II (Alg II). Auf seinen Antrag gewährte ihm die Beklagte in ihrer Eigenschaft als Rentenversicherungsträgerin rückwirkend ab 1.4.2004 und laufend seit dem 1.3.2005 Rente wegen voller Erwerbsminderung. Der Beigeladene zu 1. stellte daraufhin die Zahlung des Alg II ab März 2005 "vorläufig" ein. Die Meldung zur Krankenversicherung der Rentner (KVdR) ging bei der Beklagten am 6.1.2005 ein. Vom Ende der Vorrangversicherung des Beigeladenen zu 2. wegen des Alg II-Bezugs bei der Klägerin zum 28.2.2005 erhielt sie am 7.3.2005 Kenntnis. Mit Schreiben vom 12.5.2005 begrüßte die Beklagte in ihrer Eigenschaft als Krankenkasse den Beigeladenen zu 2. "als neues Mitglied" ab 1.3.2005.

3

Die Klägerin führte die GKV des Beigeladenen zu 2., seiner Ehefrau und des gemeinsamen Sohnes gleichwohl über den 1.3.2005 hinaus weiter durch und stornierte im Juni 2005 ihre Meldung zur KVdR. Für die Zeit vom 6.6. bis zum 31.10.2005 wurden dem Beigeladenen zu 2. erneut Leistungen nach dem SGB II bewilligt.

4

Im Mai 2010 bemerkte die Klägerin (AOK) die weitere Durchführung der Krankenversicherung des Beigeladenen zu 2. sowie seiner Angehörigen und forderte die Beklagte erfolglos auf, ihr die zwischenzeitlichen Aufwendungen zu erstatten. Ab 14.5.2009 seien für die familienversicherte Ehefrau des Beigeladenen zu 2. 155,75 Euro und für den familienversicherten Sohn 128 122,02 Euro angefallen. Wegen dessen Erkrankung seien ihr jährliche Kosten von rund 250 000 Euro entstanden.

5

Das SG hat das Klageverfahren hinsichtlich des Erstattungsantrags der Klägerin zum Ruhen gebracht und durch Teil-Urteil vom 6.6.2013 festgestellt, dass die Beklagte seit 1.3.2005 zuständige Krankenkasse für den Beigeladenen zu 2. ist. Das LSG hat die Berufung der Beklagten zurückgewiesen (Urteil vom 1.10.2015). Nicht die Klägerin, sondern die Beklagte sei aufgrund des Bezugs der Rente unter gleichzeitigem Entfall der Leistungen des Beigeladenen zu 1. gemäß § 177 Abs 2 SGB V in seiner bis zum 31.3.2007 geltenden Fassung ab 1.3.2005 für die Durchführung der Krankenversicherung des Beigeladenen zu 2. zuständig geworden.

6

Die Beklagte rügt die Verletzung von § 5 Abs 1 Nr 2a, Abs 8 SGB V iVm § 190 Abs 12 SGB V, von § 40 Abs 1 S 1 und S 2 Nr 1 und 3 SGB II aF iVm § 39 Abs 2 und 3 SGB X iVm § 330 Abs 1, 2 und 3 S 1 "und 4" SGB III und iVm § 331 Abs 2 SGB III, von § 44a SGB II aF sowie von § 203a SGB V und § 175 SGB V iVm §§ 133, 157 BGB. Das LSG habe verkannt, dass der Beigeladene zu 2. auch über den 1.3.2005 hinaus Anspruch auf Leistungen nach dem SGB II gehabt habe. Auch habe es nicht berücksichtigt, dass er ausweislich des Telefonvermerks einer ihrer Mitarbeiterinnen eine Wahlerklärung zugunsten der Klägerin abgegeben habe. Zu Unrecht seien auch die weiteren Umstände, vor allem die fehlerhafte(n) Meldung(en) der beteiligten Träger, die Weiternutzung der Versichertenkarte der Klägerin durch den Beigeladenen zu 2. bei Rückgabe der Versichertenkarte der Beklagten und die weitere, jahrelange Durchführung der Krankenversicherung durch die Klägerin unbeachtet geblieben. Darüber hinaus rügt die Beklagte Verfahrensfehler.

7

Die Beklagte beantragt, das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 1. Oktober 2015 und das Teil-Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 6. Juni 2013 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

8

Die Klägerin beantragt, die Revision der Beklagten zurückzuweisen.

9

Sie verteidigt das angefochtene Urteil.

10

Die Beigeladenen haben keine Anträge gestellt.

II

11

Die zulässige Revision der beklagten DRV Knappschaft-Bahn-See ist unbegründet. Das LSG hat ihre Berufung gegen das Teil-Urteil (§ 202 SGG iVm § 301 ZPO; vgl BSG Urteil vom 21.9.1967 - 2 RU 65/66 - BSGE 27, 142 = SozR Nr 5 zu § 301 ZPO) des SG zu Recht zurückgewiesen. Das SG hat zutreffend festgestellt, dass der zu 2. beigeladene Versicherte ab 1.3.2005 versicherungspflichtiges Mitglied der beklagten DRV Knappschaft-Bahn-See und nicht der klagenden AOK war.

12

1. Die beklagte DRV Knappschaft-Bahn-See war ab 1.3.2005 in ihrer funktionellen Eigenschaft als Krankenkasse für die Durchführung der Krankenversicherung des Beigeladenen zu 2. zuständig. Der Beigeladene zu 2. war ab 1.3.2005 ihr versicherungspflichtiges Mitglied, weil er zu diesem Zeitpunkt anstelle des zuvor bezogenen Alg II eine Rente erhielt (dazu a), eine Vorrangversicherung wegen des fehlenden Bezugs von Leistungen nach dem SGB II nicht bestand (dazu b) und eine wirksame Erklärung des Beigeladenen zu 2. über die Wahl der Klägerin als Krankenkasse nicht vorliegt (dazu c). An der kraft Gesetzes eingetretenen versicherungsrechtlichen Situation ändern die weiteren tatsächlichen Umstände, insbesondere im Zusammenhang mit den Meldungen der Beigeladenen zu 1. und der Nutzung der Versichertenkarte, nichts (dazu d).

13

a) Der Beigeladene zu 2. war während des Bezugs von Leistungen nach dem SGB II nach § 5 Abs 1 Nr 2a SGB V in der ab 1.1.2005 gültigen Fassung (Viertes Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt vom 24.12.2003, BGBl I 2954) bis 28.2.2005 versicherungspflichtig. Mit der Einstellung dieser Leistungen und der Gewährung von Rente durch die beklagte DRV Knappschaft-Bahn-See in ihrer Eigenschaft als Trägerin der Rentenversicherung ab dem 1.3.2005 trat eine Änderung des Versicherungspflichttatbestands ein. Ab diesem Zeitpunkt war der Beigeladene zu 2. als Rentenbezieher nach § 5 Abs 1 Nr 11 SGB V in der ab 1997 gültigen Fassung (Gesetz zur Einordnung des Rechts der gesetzlichen Unfallversicherung in das Sozialgesetzbuch - Unfallversicherung-Einordnungsgesetz - UVEG vom 7.8.1996, BGBl I 1254) versicherungspflichtig.

14

b) Ein Ausschluss des Versicherungspflichttatbestands als Rentner gemäß § 5 Abs 8 S 1 SGB V in der seit Inkrafttreten des SGB V insoweit unveränderten Fassung ist nicht gegeben. Nach dieser Vorschrift ist gemäß Abs 1 Nr 11 bis 12 nicht versicherungspflichtig, wer nach Abs 1 Nr 1 bis 7 oder 8 versicherungspflichtig ist. Allerdings war der Beigeladene zu 2. wegen des Nichtbezugs von Leistungen nach dem SGB II ab dem 1.3.2005 nicht mehr nach § 5 Abs 1 Nr 2a SGB V versicherungspflichtig. Entscheidend ist insoweit lediglich der fehlende Leistungsbezug und nicht die Frage, inwieweit auf Leistungen nach dem SGB II möglicherweise (weiterhin) ein Anspruch bestanden hätte. Dies folgt aus dem Wortlaut der Vorschrift. Danach ist die Versicherungspflicht für Personen in der Zeit angeordnet, für die sie Alg II nach dem SGB II "beziehen", soweit sie nicht familienversichert sind, es sei denn, dass diese Leistung nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 23 Abs 3 S 1 des SGB II bezogen werden (Halbs 1); dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist (Halbs 2). Die Versicherungspflicht nach § 5 Abs 1 Nr 2a SGB V knüpft damit in grundlegender Hinsicht an den Bezug von Alg II an. Wird Alg II - nicht nur darlehensweise - bezogen, kommt es nach Halbs 2 der Vorschrift nicht darauf an, ob die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist. Konsequenterweise endet die Mitgliedschaft der Bezieher von

Alg II nach dem SGB II gemäß § 190 Abs 12 SGB V mit Ablauf des letzten Tages, für den die Leistung bezogen wird.

15

Der Senat hat bereits zu § 5 Abs 1 Nr 2 SGB V entschieden, dass unter dem "Bezug" von Leistungen im Sinne der genannten Bestimmungen der tatsächliche - auch rechtswidrige - Bezug von Alg zu verstehen ist. Beginn und Ende des Versicherungsverhältnisses werden nicht durch den Zahlungszeitpunkt, sondern durch die von der Arbeitsverwaltung getroffene Bestimmung über den Bewilligungszeitraum ("für") bestimmt. Eigenständig und alternativ gleichwertig liegt ein Krankenversicherungsschutz begründender "Bezug" von Alg in dem Zeitraum vor, für den es durch besonderen Verwaltungsakt zuerkannt worden ist (BSG Urteil vom 22.5.2003 - B 12 KR 20/02 R - Juris RdNr 21).

16

Die Beklagte wendet hiergegen ein, nach Ergehen eines Alg II-Bewilligungsbescheides bestehe nach dem ausdrücklichen Gesetzeswortlaut in § 5 Abs 1 Nr 2a Halbs 2 SGB V eine Versicherungspflicht in der Krankenversicherung der Arbeitslosen selbst dann, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt habe, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden sei. Mit diesem Vorbringen kann die Beklagte nicht durchdringen, weil nach den Feststellungen des LSG das zu 1. beigeladene Jobcenter sowohl den Leistungszeitraum durch Bescheid vom 17.2.2005 begrenzt als auch die Leistung von Alg II zum 1.3.2005 tatsächlich eingestellt hatte. Für die Frage des Endes der Versicherungspflicht nach § 5 Abs 1 Nr 2a SGB V ist es deshalb auch irrelevant, ob - wie die Beklagte meint - die Einstellung der Leistungen nach dem SGB II unter Verstoß gegen § 40 Abs 1 S 1 und S 2 Nr 1 und 3 SGB II aF iVm § 39 Abs 2 SGB X, § 330 und § 331 SGB III sowie unter Verstoß gegen § 44a SGB II in der vom 1.1.2005 bis 31.7.2006 gültigen Fassung erfolgt ist. Entscheidend ist allein, dass der Beigeladene zu 2. ab dem 1.3.2005 keine Leistungen nach dem SGB II mehr bezogen hat und damit seine Versicherungspflicht nach § 5 Abs 1 Nr 2a SGB V gemäß § 190 Abs 12 SGB V mit Ablauf des 28.2.2005 endete.

17

Für die Durchführung der Krankenversicherung des Beigeladenen zu 2. als Rentenbezieher ab 1.3.2005 war gemäß § 177 Abs 2 SGB V in der ab 1.1.2005 gültigen Fassung des Gesetzes zur Organisationsreform in der gesetzlichen Rentenversicherung - RVOrgG - vom 9.12.2004 (aF, BGBl I 3242; § 177 SGB V aufgehoben durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26.3.2007, BGBl I 378, zum 1.4.2007) die Beklagte in ihrer Eigenschaft als Krankenkasse zuständig. § 177 Abs 2 Halbs 1 SGB V dieser Fassung bestimmte: "Die in § 5 Abs. 1 Nr. 11 und 12 genannten Versicherungspflichtigen und die in § 189 genannten Rentenantragsteller gehören der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See an, wenn sie zuletzt bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See versichert waren oder die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See als Träger der knappschaftlichen Rentenversicherung für die Feststellung der Rente zuständig ist". Ein solcher Fall liegt hier vor.

18

c) Eine Änderung der gesetzlich angeordneten Zuständigkeit der Beklagten durch eine wirksame Wahlerklärung des Beigeladenen zu 2. zugunsten der Klägerin trat nicht ein.

19

Nach § 177 Abs 2 Halbs 2 SGB V aF gelten § 173 Abs 2 S 1 Nr 6 SGB V und § 174 Abs 1 SGB V. Gemäß § 173 Abs 2 S 1 Nr 6 SGB V (in der Fassung des Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung - Gesundheitsstrukturge-setz - GSG - vom 21.12.1992, BGBl I 2266) können Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte die Krankenkasse wählen, bei der der Ehegatte versichert ist. Nach § 174 Abs 1 SGB V in der bis 30.9.2005 gültigen Fassung des GSG gilt § 173 SGB V für versicherte Rentner, bei denen die Bundesknappschaft für die Feststellung der Rente zuständig ist, nur, wenn sie in den letzten zehn Jahren vor Rentenantragstellung zu keinem Zeitpunkt Mitglied der knappschaftlichen Krankenversicherung gewesen sind; § 5 Abs 2 SGB V gilt nicht. Nach § 175 Abs 1 S 1 SGB V in der Fassung des GSG ist die Ausübung des Wahlrechts gegenüber der gewählten Krankenkasse zu erklären. Für die Wirksamkeit der Erklärung ist der Zugang bei derjenigen Krankenkasse erforderlich, die gewählt werden soll (vgl Peters in Kasseler Komm, Stand Dezember 2014, § 175 SGB V RdNr 7). Die Wahlrechtserklärung ist eine einseitige, empfangsbedürftige und rechtsgestaltende Willenserklärung, die dem öffentlichen Recht zuzuordnen ist (vgl BSG Urteil vom 8.3.2016 - B 1 KR 26/15 R - SozR 4-2500 § 264 Nr 7). Eine besondere Form für die Wahlrechtserklärung ist im Gesetz nicht vorgesehen. Sie kann schriftlich oder mündlich erfolgen, wobei aus Gründen der Rechtssicherheit der Schriftform der Vorzug zu geben ist (vgl Sonnhoff in Hauck/Noftz, SGB V, Stand 03/18, K § 175 RdNr 13). Ob eine Wahlrechtserklärung abgegeben wurde, ist ggf durch Auslegung der Willenserklärung zu ermitteln. Das Wahlrecht kann ausdrücklich oder konkludent erklärt werden (vgl Kokemoor, SGb 2003, 433, 434). Nicht ausreichend ist aber eine reine "Wissenserklärung", wenn etwa ein Leistungsempfänger in seinem Antrag auf Alg II-Leistungen keine Wahl erklärt, sondern lediglich eine Krankenkasse unter Angabe seiner Versicherungsnummer als die Krankenkasse angibt, von der er zuletzt Leistungen bezogen hat (vgl BSG Urteil vom 21.12.2011 - B 12 KR 21/10 R - SozR 4-2500 § 175 Nr 3 RdNr 23).

20

Der Beigeladene zu 2. hat gegenüber der Klägerin als der Krankenkasse, bei der seine Ehefrau bis 28.2.2005 familienversichert war und der gegenüber eine Wahl der Krankenkasse möglich gewesen wäre, weil § 173 Abs 2 S 1 Nr 6 SGB V nur von Versicherung und nicht von Mitgliedschaft des Ehegatten spricht, keine Erklärung abgegeben. Das LSG hat hierzu ausdrücklich ausgeführt, dass sich die tatsächliche Abgabe einer Wahlerklärung nicht feststellen lässt. Hieran ist der Senat gebunden (§ 163 SGG). Daher ist insoweit auch der Inhalt eines Telefonats des Beigeladenen zu 2. mit einer "Kundenberaterin" der Beklagten am 21.1.2005 irrelevant. Ebenso wenig ist die Rückgabe der Versichertenkarte der Beklagten bei gleichzeitiger Weiternutzung der Versichertenkarte der Klägerin eine konkludente Wahlerklärung. Denn eine wirksame Wahlerklärung setzt voraus, dass darin der Wille zum Ausdruck kommt, eine andere Krankenkasse zu wählen (vgl BSG, aaO). Aus der reinen Nutzung einer Versichertenkarte der einen oder anderen Krankenkasse kann in diesem Zusammenhang ein solcher Wille nicht abgeleitet werden. Anderenfalls würde ein Krankenkassenwechsel davon abhängen, wann der Versicherte in einem bestimmten Quartal seine Versichertenkarte benutzt. Mit der aus § 175 Abs 3 S 2 SGB V abzuleitenden Frist für die Abgabe einer Wahlerklärung (vgl

hierzu ausführlich BSG, aaO RdNr 26) wäre dies nicht zu vereinbaren. Hinzu kommt, dass die Versichertenkarte dem jeweiligen Leistungserbringer vorgelegt wird. Die von § 175 Abs 1 S 1 SGB V geforderte Erklärung gegenüber der gewählten Krankenkasse wäre daher selbst dann nicht abgegeben, wenn auf die Rückgabe/Rücksendung der Versichertenkarte an die nicht gewählte Krankenkasse - im vorliegenden Fall die Beklagte - abgestellt würde.

21

d) Die von der Beklagten geltend gemachten weiteren tatsächlichen Umstände führen zu keiner abweichenden Beurteilung. Wegen des im Sozialrecht geltenden Vorbehalts des Gesetzes in § 31 SGB I vermag die von den Beteiligten gelebte Praxis - Meldungslage (Meldung, Stornierung der Meldung), tatsächliche Abwicklung (Begrüßungsschreiben der Beklagten, Aushändigung einer Versichertenkarte der Beklagten) und tatsächliche Durchführung der Krankenversicherung (Rückgabe der Versichertenkarte der Beklagten, Weiternutzung der Versichertenkarte der Klägerin durch den Beigeladenen zu 2., Weiterbetreuung durch die Klägerin) - nichts an der versicherungsrechtlichen Situation zu ändern.

22

Die Versicherungspflicht des Beigeladene zu 2. in der GKV für die Zeit ab 1.3.2005 und die Zuständigkeit der Beklagten in ihrer Eigenschaft als Krankenversicherungsträgerin ergibt sich allein aus den Regelungen in § 5 Abs 1 Nr 2a und Nr 11, Abs 8 SGB V sowie § 177 Abs 2 SGB V aF. Diese Bestimmungen knüpfen nicht daran an, wem, wann oder was nach § 201 SGB V oder § 203a SGB V gemeldet wurde, welche Versichertenkarte benutzt wurde oder wie die Beteiligten (Klägerin, Beklagte und Beigeladener zu 2.) die Krankenversicherung tatsächlich praktiziert haben. Nach § 201 Abs 1 S 2 SGB V hat der Rentenversicherungsträger die Meldung unverzüglich an die zuständige Krankenkasse weiterzugeben. Wählen versicherungspflichtige Rentner oder Hinterbliebene eine andere Krankenkasse, hat die gewählte Krankenkasse dies der bisherigen Krankenkasse und dem zuständigen Rentenversicherungsträger gemäß § 201 Abs 2 SGB V unverzüglich mitzuteilen. § 203a SGB V regelt nur, dass die Agenturen für Arbeit oder in den Fällen des § 6a SGB II die zugelassenen kommunalen Träger die Meldungen hinsichtlich der nach § 5 Abs 1 Nr 2 und Nr 2a SGB V Versicherten entsprechend §§ 28a bis 28c SGB IV erstatten. Nach der Regelungssystematik sind die Meldungen deskriptiv. Sie begründen nicht konstitutiv die Erfüllung eines entsprechenden Versicherungspflichttatbestands. Die Meldepflichten haben die Aufgabe, die Durchführung der Krankenversicherung zu sichern, indem sie den Krankenkassen eine Beurteilung der Versicherungspflicht ermöglichen. Die materiell-rechtliche Stellung des Versicherten wird nicht davon beeinflusst, ob überhaupt und wann eine Meldung, zB nach § 201 SGB V, erfolgt (vgl Peters in Kasseler Komm, Stand Dezember 2014, § 201 SGB V RdNr 10).

23

Die tatsächlichen Umstände (Meldelage, Aushändigung/Rückgabe der Versichertenkarte etc) könnten allenfalls eine Rolle im Zusammenhang mit der Rückabwicklung der fehlerhaft durchgeführten Krankenversicherung spielen (in diesem Sinn auch Peters in Kasseler Komm, Stand Dezember 2014, § 201 SGB V RdNr 10). Die Frage des Umfangs der Erstattung ist aber nicht Gegenstand des angefochtenen Teil-Urteils des SG.

24

2. Das angefochtene Urteil leidet auch nicht an den von der Beklagten gerügten Verfahrensfehlern.

25

a) Die Vorschriften über die Begründung eines Urteils sind nicht verletzt. Nach § 136 Abs 1 Nr 6 SGG enthält das Urteil die Entscheidungsgründe. Gemäß § 128 Abs 1 S 2 SGG sind in dem Urteil die Gründe anzugeben, die für die richterliche Überzeugung leitend gewesen sind. Das bedeutet, aus den Entscheidungsgründen muss ersichtlich sein, auf welchen Erwägungen in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht die Entscheidung beruht. Dafür muss das Gericht aber nicht jeden Gesichtspunkt, der erwähnt werden könnte, abhandeln (vgl BVerfG (Dreier-Ausschuss) Beschluss vom 1.8.1984 - 1 BvR 1387/83 - SozR 1500 § 62 Nr 16; BVerfG (Kammer) Beschluss vom 25.3.2010 - 1 BvR 2446/09 - Juris RdNr 11). Auch braucht es nicht zu Fragen Stellung nehmen, auf die es nach seiner Auffassung nicht ankommt. Eine Entscheidung ist nicht schon dann nicht mit Gründen versehen, wenn das Gericht sich unter Beschränkung auf den Gegenstand der Entscheidung kurz gefasst und nicht jeden Gesichtspunkt, der möglicherweise hätte erwähnt werden können, behandelt hat. Die Begründungspflicht wäre selbst dann nicht verletzt, wenn die Ausführungen des Gerichts zu den rechtlichen Voraussetzungen und tatsächlichen Gegebenheiten falsch, oberflächlich oder wenig überzeugend sein sollten (BSG Beschluss vom 22.1.2008 - B 13 R 144/07 B - Juris RdNr 7 mwN).

26

Diesen Begründungsanforderungen hat das LSG genügt. Es hat die Zurückweisung der Berufung gegen das Teil-Urteil des SG damit begründet, dass die Tatbestandsvoraussetzungen des § 177 Abs 2 SGB V in seiner am 1.3.2005 gültigen Fassung erfüllt seien. Nur darauf kommt es an, auch wenn dem Beigeladenen zu 2. vom 6.6 bis 31.10.2005 nochmals Alg II bewilligt wurde. Denn nach § 177 Abs 3 SGB V in der Fassung vom 21.3.2005 gehörten ua die in § 5 Abs 1 Nr 2, 2a SGB V genannten Versicherungspflichtigen der beklagten DRV Knappschaft-Bahn-See an, wenn sie zuletzt bei der DRV Knappschaft-Bahn-See versichert waren. Eine Wahlerklärung des Beigeladenen zu 2. zugunsten der Klägerin als Krankenkasse hat das LSG ausdrücklich ausgeschlossen.

27

Die von der Beklagten behauptete "Weiterzahlung" von Alg II bis 30.4.2007 hat das LSG nicht festgestellt. Vielmehr hat der Beigeladene zu 2. lediglich in der Zeit ab 6.6.2005 (erneut) Alg II bezogen. Entscheidungsrelevant ist vorliegend aber allein der fehlende Bezug von Alg II am 1.3.2005. Schließlich kommt es - wie bereits dargelegt - auf die konkrete Abwicklung des Wechsels vom Alg II - zum Rentenbezug (Meldung, Stornierung der Meldung, Begrüßungsschreiben, Nutzung der Versichertenkarte, Rücksendung der Versichertenkarte) für die hier

zu entscheidende Frage der Erfüllung des Versicherungspflichttatbestands nach § 5 Abs 1 Nr 11, Abs 8 SGB V, § 177 Abs 2 SGB V aF nicht an.

28

b) Auch der von der Beklagten - sinngemäß - gerügte Verstoß gegen den Grundsatz auf Gewährung rechtlichen Gehörs gemäß § 62 SGG iVm Art 103 Abs 1 GG ist nicht gegeben.

29

Der Anspruch auf rechtliches Gehör gebietet nur, dass die Gerichte die Ausführungen der Prozessbeteiligten zur Kenntnis nehmen und in Erwägung ziehen, er verpflichtet sie aber nicht, der Rechtsansicht eines Beteiligten zu folgen, ihn also zu "erhören" (BVerfG (Kammer) Beschluss vom 8.4.2014 - 1 BvR 2933/13 - NZS 2014, 539 RdNr 13 mwN). Insoweit hat die Beklagte nicht beachtet, dass mit dem angefochtenen Teil-Urteil nur die Zuständigkeit der Beklagten für die Durchführung der Krankenversicherung des Beigeladenen zu 2. ab 1.3.2005 festgestellt worden ist. Hinsichtlich des Erstattungsantrags ist das Verfahren in der mündlichen Verhandlung vor dem SG am 6.6.2013 zum Ruhen gebracht worden. Die von der Beklagten angesprochenen Fragen nach der Würdigung des langjährigen Verhaltens der Klägerin verbunden mit der ausdrücklichen Stornierung einer Meldung als widersprüchliches Verhalten mit der unter Umständen denkbaren Folge einer (teilweisen) Verwirkung eines Erstattungsanspruchs sind daher vorliegend irrelevant.

30

3. Die Kostenentscheidung bleibt dem Schlussurteil des SG vorbehalten.
Rechtskraft
Aus
Login
BRD
Saved
2019-02-27