

L 1 KR 495/14

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 122 KR 1927/13
Datum
27.11.2014
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 1 KR 495/14
Datum
15.01.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger möchte Kompensation aller Folge einer - aus seiner Sicht - vorsätzlichen Falschbehandlung einer Blinddarmentzündung als 7 ½ jähriges Kind seit 20. Februar 1970 und dem nachfolgenden Unterlassen von Versicherungsleistungen zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit erhalten, insbesondere eine Folgepflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung, Krankenversicherung der Rentner (KVdR).

Er hatte bereits am 25. September 2007 eine Klage beim Sozialgericht Berlin (SG) erhoben mit dem Begehren, keine Beiträge zur Krankenversicherung und zur sozialen Pflegeversicherung zahlen zu müssen. Die Versicherung müsse völlig beitragsfrei gestaltet werden. Das SG hat die Klage mit Gerichtsbescheid vom 19. Mai 2010 abgewiesen (Az.: S 86 KR 2561/07). Der hiesige Senat hat mit Urteil vom 30. März 2012 (Az.: L 1 KR 197/10) die Berufung mit dem sinngemäßen Antrag, den vorgenannten Gerichtsbescheid sowie die Bescheide der Beklagten vom 9. Mai 2007 und vom 26. Juli 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 3. September 2007 aufzuheben, soweit die Beklagte darin Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung und zur sozialen Pflegeversicherung erhebt, zurückgewiesen.

Eine weitere Klage mit dem Begehren, die Beklagte möge ihm eine Diagnose stellen, weil es im Februar 1970 bei der Blinddarmoperation zu einem Behandlungsfehler gekommen sei, wies das SG mit Gerichtsbescheid vom 9. Dezember 2009 zurück (Az.: S 85 KR 1487/09). Die Berufung des Klägers hiergegen wies das Landessozialgericht (LSG) Berlin-Brandenburg mit Urteil vom 24. August 2010 zurück (Az.: L 9 KR 5/10). Die Beklagte sei unter keinem rechtlichen Gesichtspunkt zur Bereitstellung eines kostenlosen Privatgutachtens zur Vorbereitung eines Schadensersatzprozesses gegen behandelnde Ärzte verpflichtet.

Der Kläger beantragte dann am 25. Juli 2012 bei der Beklagten die Anerkennung der Pflichtversicherung ohne Ausfallzeiten ab 20. Februar 1970 in der gesetzlichen Krankenversicherung ab 3. Oktober 1990. Er gehe davon aus, dass die GKV "bringschuldig" sei, er nicht "kümmerpflichtig".

Am 6. August 2012 machte der Kläger eine weitere Klage beim SG anhängig "gegen Rechtsnachfolge Sozialversicherung der DDR, gesetzliche Krankenversicherung" auf Anerkennung von Versicherungspflicht (Grund: Körperverletzung 20.2.1970 Kreiskrankenhaus W, Nichtdiagnostik, Nichtbehandlung) in der gesetzlichen Krankenversicherung ab 3.10.1990. Ihm gehe es um die rückwirkende Anerkennung der Versicherungspflicht ab dem 20. Februar 1970. Das SG hat die Klage mit Gerichtsbescheid vom 29. Oktober 2012 als unzulässig abgewiesen (S 211 KR 1355/12), weil die Beklagte bislang nicht durch Verwaltungsakt und Widerspruchsbescheid die Frage beantwortet habe, ob der Kläger schon seit dem 20. Februar 1970 bei ihr Mitglied sei. Die Klage sei auch unbegründet. Bürger der DDR seien entweder bei der Sozialversicherung des Freien Deutschen Gewerkschaftsbunds oder bei der Staatlichen Versicherung der DDR gegen das Risiko Krankheit versichert gewesen.

Im Berufungsverfahren (Az.: LSG Berlin-Brandenburg L 9 KR 472/12) erklärte die Beklagte in der mündlichen Verhandlung am 1. März 2013, sich zu verpflichten, binnen eines Monats über den Antrag des Klägers vom 25. Juli 2012 einen rechtsbehelfsfähigen Bescheid zu erlassen. Darüber hinaus verpflichtete sich die Beklagte, im Rahmen eines Überprüfungsverfahrens nach [§ 44](#) Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X)

zu prüfen, ob der Kläger als Rentenbezieher der Versicherungspflicht nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) unterliege. Auch hierzu werde die Beklagte einen rechtsbehelfsfähigen Bescheid erlassen.

Mit Urteil vom selben Tag hat das LSG die Berufung zurückgewiesen. Das Klagebegehren auf Feststellung, dass der Kläger bis zum 3. Oktober 1990 der Versicherungspflicht in der Sozialversicherung der DDR unterlegen habe und ab dem 3. Oktober 1990 der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung unterliege, hilfsweise auf Verpflichtung der Beklagten, über seinen Antrag vom 25. Juli 2012 zu entscheiden, sei unzulässig.

Bereits zuvor, am 7. Dezember 2012, reichte der Kläger eine weitere Klage beim SG ein (Az.: S 111 KR 2223/12). Er beantragte die Benennung eines Arztes "zur Leistung Diagnose, Befund Körperverletzung". Vorangegangen war ein Antrag vom 18. Mai 2012 bei der Beklagten. Diesen sah diese als Antrag auf Überprüfung des Widerspruchsbescheides vom 25. August 2009 an (Verfahren SG Berlin S 85 KR 1487/09/LSG Berlin-Brandenburg L 9 KR 6/10).

Mit Bescheid vom 22. August 2012 hat die Beklagte den Antrag abgelehnt und ausgeführt, eine Überprüfung nach [§ 44 SGB X](#) habe ergeben, dass das Recht richtig angewandt worden sei. Eine Rechtsgrundlage für den geltend gemachten Anspruch auf Diagnosestellung sei nicht ersichtlich. Dies ergebe sich insbesondere nicht aus [§ 66 SGB V](#). Im Widerspruchsverfahren holte die Beklagte eine Stellungnahme des MDK vom 16. Oktober 2012 ein. In dieser führte dieser sinngemäß aus, der Kläger sei 1970 an einer akuten Blinddarmentzündung erkrankt. Er sei seinerzeit sachgerecht bei eindeutigen klinischen Zeichen am Aufnahmetag operiert worden. Während der Operation habe sich die Diagnose bestätigt. Der Eingriff sei schwierig gewesen, da der Wurmfortsatz unter dem Dickdarm gelegen habe. Der anschließende Verlauf sei unauffällig gewesen. Eine ärztliche Standard- oder Sorgfaltspflichtverletzung lasse sich anhand der Epikrise nicht feststellen. Die Beklagte hatte daraufhin den Widerspruch des Klägers mit Widerspruchsbescheid vom 29. November 2012 zurückgewiesen. Das SG wies die vorgenannte Klage, welche es auf Abänderung der Bescheide vom 22. August 2012, 29. November 2012, 24. Juni 2009 und 25. August 2009 und Verpflichtung der Beklagten gerichtet sah, innerhalb von 14 Tagen eine Begutachtung durch den MDK zu veranlassen, um eine Körperverletzung aufgrund der am 20. Februar 1970 durchgeführten Operation festzustellen, mit Gerichtsbescheid vom 7. November 2013 ab (Az. S 111 KR 2223/12). Dem Begehren des Klägers fehle es an einer Rechtsgrundlage. Insbesondere ergäbe sich kein Anspruch auf [§ 66 SGB V](#).

Das vorliegende Gerichtsverfahren setzt das Verwaltungsverfahren fort, welches durch den Antrag des Klägers vom 25. Juli 2012 begann. Die Beklagte verwies ihn zunächst auf das Gerichtsverfahren S 211 KR 1355/12. Mit einem Schreiben gleichen Inhalts habe er insoweit bereits Klage eingereicht.

Nach vorangegangener Anhörung beschied die Beklagte dem Kläger in Erfüllung der vor dem LSG abgegebenen Verpflichtung unter dem 14. Mai 2013, dass eine Krankenversicherungspflicht bei ihr vom 1. Januar 1991 bis zum 31. Mai 1994 nicht bestanden habe, da eine rechtliche Grundlage nach dem SGB V hierfür nicht gegeben gewesen sei. Der Kläger zähle nicht zu dem Personenkreis, der seinen Krankenversicherungsschutz nach dem damaligen [§ 5 SGB V](#) in dieser Zeit ableiten könne. Mit weiterem Bescheid vom selben Tag lehnte sie im Wege der Überprüfung nach [§ 44 SGB X](#) eine Mitgliedschaft in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) ab 6. Juni 1994 ab.

Der Kläger erhob Widerspruch. Diesen wies die Beklagte - auch im Namen der Pflegekasse - mit Widerspruchsbescheid vom 19. August 2013 als unbegründet zurück. Zur Begründung hat sie u. a. ausgeführt, im Jahre 1994 anlässlich eines Rentenanspruches geprüft zu haben, ob die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht in der KVdR beim Kläger vorlägen. Da die erforderliche Vorversicherungszeit nicht erfüllt sei, habe die Beklagte festgestellt, dass keine Versicherungspflicht in der KVdR bestehe. Im Rahmen des Verfahrens LSG Berlin-Brandenburg L 9 KR 472/12 habe sie sich verpflichtet, über einen Antrag auf Pflichtversicherung ohne Ausfallzeiten ab 20. Februar 1970 sowie auf Überprüfung des Vorliegens einer Pflichtversicherung in der KVdR zu entscheiden. Der Kläger sei zuletzt bis zum 18. Juli 1988 in der Sozialversicherung der DDR pflichtversichert gewesen. Danach sei keine Mitgliedschaft bei einer gesetzlichen oder privaten Krankenkasse feststellbar. Eine Pflichtversicherung sei demnach erst ab 1. April 2007 aufgrund fehlender anderweitiger Ansprüche auf Absicherung im Krankheitsfall nach [§§ 5 Abs. 1 Nr. 13, 186 Abs. 11 Satz 3 SGB V](#) eingetreten.

Voraussetzung für eine KVdR sei u. a., dass seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenanspruchs mindestens 9/10 der zweiten Hälfte dieses Zeitraums eine Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung oder nach [§ 10 SGB V](#) (Familienversicherung) vorgelegen habe. Der Kläger habe am 1. Oktober 1981 seine erste Erwerbstätigkeit aufgenommen, so dass sich eine Rahmenfrist vom 1. Oktober 1981 bis zum 6. Juni 1994 (Tag der Rentenanspruchstellung) sowie eine zweite Hälfte des Erwerbslebens vom 4. Februar 1988 bis zum 6. Juni 1999 errechne. Innerhalb des zuletzt genannten Zeitraumes hätte der Kläger fünf Jahre, acht Monate und 17 Tage versichert gewesen sein müssen. Die Versicherungszeiten ab Beginn der zweiten Hälfte des Erwerbslebens am 4. Februar 1988 betrügen jedoch lediglich insgesamt zwei Jahre, zehn Monate und 26 Tage.

Hiergegen hat der Kläger am 18. September 2013 Klage beim SG erhoben. Er gehe davon aus, dass er infolge der erlittenen Körperverletzung bzw. aufgrund fehlender anschließender Rehabilitation durchgehend versichert sei. Soweit seine Klage S 111 KR 2223/12 den Sachverhalt richtigstelle, sei die jetzige Klage gegenstandslos. Auf entsprechende Nachfrage des SG hat er mit Schriftsatz vom 11. März 2014 erklärt, Klageziel sei, die ihm zustehenden Leistungen zu erhalten, Rehabilitation "gesetzlicher Auftrag ggf. seit 20.2.1970 an zuständige Versicherung, ggf. Straftatenerkennung, Straftataufarbeitung ab 20.2.1970".

Ferner hat der Kläger die Auffassung mitgeteilt (Schriftsatz vom 26. August 2014), er habe einen Versicherungsleistungsanspruch aufgrund Versicherung und nicht einen Anspruch auf Versorgungsamtsleistungen.

Das SG hat die Klage mit Gerichtsbescheid vom 27. November 2014 abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, der Kläger beantrage sinngemäß,

1. unter Aufhebung des Bescheides vom 14. Mai 2013 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19. August 2013 die Beklagte zu verpflichten, den Kläger bereits vor dem 1. April 2007 in die Pflichtversicherung aufzunehmen,
2. unter Aufhebung des Überprüfungsbescheides vom 14. Mai 2013 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19. August 2013

festzustellen, dass der Kläger in der KVdR seit 6. Juni 1994 versichert sei,

3. die Beklagte zu verpflichten, eine Begutachtung durch den MDK zu veranlassen, um eine Körperverletzung aufgrund der am 20. Februar 1970 durchgeführten Operation festzustellen und einen finanziellen Ausgleich hierfür zu gewähren.

Die Klage sei bereits unzulässig, soweit sie den Klageantrag zu 3) betreffe. Ihr stehe insoweit die entgegenstehende Rechtskraft der Entscheidung des SG im Gerichtsbescheid vom 7. November 2013 (S 111 KR 2223/12) entgegen. Die dortige Klage mit dem Antrag, die Beklagte zu verpflichten, innerhalb von 14 Tagen eine Begutachtung durch den MDK zu veranlassen, um eine Körperverletzung aufgrund der am 20. Februar 1970 durchgeführten Operation festzustellen, sei als unbegründet abgewiesen worden. Rechtsmittel seien nicht eingelegt worden. Auch sei im Übrigen (Klageanträge 1) und 2) allgemein ein Rechtsschutzbedürfnis nicht erkennbar. Ein neuer Antrag des Klägers hinsichtlich der Feststellung von Schädigungsfolgen sei bei der Beklagten nicht gestellt worden. Die hier klagegegenständlichen Bescheide befassten sich nicht hiermit.

Eine Rechtsgrundlage für die vom Kläger begehrten Leistungen der ärztlichen Begutachtung und eines finanziellen Ausgleiches seien im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung nicht ersichtlich. Sollten die Geschehnisse vom 20. Februar 2010 eine Straftat dargestellt haben, aufgrund derer der Kläger eine fortdauernde gesundheitliche Schädigung erlitten habe, stehe es ihm frei, bei dem zuständigen Versorgungsamt Leistungen nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG) zu beantragen. Auf die Anspruchsvoraussetzungen aus [§ 1 Abs. 1 OEG](#) sowie [§ 10 Satz 5 i. V. m. § 10 a OEG](#) werde hingewiesen.

Hiergegen hat der Kläger am 16. Dezember 2014 "Beschwerde" erhoben. Klageziel des Rechtsstreits sei der Erhalt aller ihm aus der vorsätzlichen Körperverletzung im Rahmen der Blinddarmoperation sowie den Folgeschädigungen aus der Unterlassung ihm zustehender Versicherungsleistungen zu gewähren.

Der Kläger wolle zeitnah ärztlich begutachtet werden. Es liege kein Vorgang vor, der das Unterlassen von Versicherungspflicht rechtfertige.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Senat hat den Rechtsstreit mit Beschluss vom 14. September 2015 dem Berichterstatter zur Entscheidung zusammen mit den ehrenamtlichen Richtern übertragen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte in der Besetzung durch den Berichterstatter zusammen mit den ehrenamtlichen Richtern gemäß [§ 153 Abs. 5 SGG](#) entscheiden. Der Rechtsstreit weist keine besonderen Schwierigkeiten tatsächlicher oder rechtlicher Art auf ([§ 105 Abs. 1 Satz 1 SGG](#)).

Es konnte entschieden werden, obgleich in der mündlichen Verhandlung niemand erschienen ist. Die Beteiligten sind auf diese Möglichkeit in der Ladung hingewiesen worden ([§§ 153 Abs. 1, 110 Abs. 1 SGG](#)).

Dem Vorbringen des Klägers lässt sich entnehmen, dass dieser Berufung erheben wollte mit dem Berufungsantrag,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Berlin vom 27. November 2014 abzuändern und die Beklagte unter Aufhebung der Bescheide vom 14. Mai 2013 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19. August 2013 zu verpflichten, den Kläger bereits vor dem 1. April 2007 in die Pflichtversicherung aufzunehmen sowie zu verpflichten, eine Begutachtung durch den MDK zu veranlassen, um eine Körperverletzung aufgrund der am 20. Februar 1970 durchgeführten Operation und nachfolgende Unterlassungshandlungen festzustellen und einen finanziellen Ausgleich hierfür zu gewähren.

Der Berufung bleibt Erfolg versagt. Das SG hat die Klage zu Recht und mit zutreffender Begründung, auf die zur Vermeidung bloßer Wiederholungen gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) verwiesen wird, abgewiesen, soweit es das Begehren auf Untersuchung, Feststellungen und finanziellen Ausgleich betrifft.

Der Sache nach macht der Kläger am ehesten Ansprüche geltend, welche in der DDR seit 1987 in der Anordnung über eine erweiterte materielle Unterstützung für Bürger bei Gesundheitsschäden infolge medizinischer Maßnahmen möglich waren. Allerdings ist durch das Unterstützungsabschlussgesetz (Gesetz über den Abschluss von Unterstützungen der Bürger der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik bei Gesundheitsschäden infolge medizinischer Maßnahmen vom 6. Mai 1994 [[BGBl. I Seite 990](#)]) eine Antragstellung nur (noch) innerhalb eines Jahres nach Verkündung möglich gewesen.

Zutreffend hat es darüber hinaus für das Begehren auf Krankenversicherungsschutz seit 1. Januar 1991 bis 30. März 2007 kein Rechtsschutzbedürfnis nach gerichtlicher Klärung erkennen können. Dies kann jedoch dahin stehen, da die angegriffenen Bescheide vom 14. Mai 2013 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 19. August 2013 rechtmäßig sind. Zu Recht hat die Beklagte ausgeführt, dass Voraussetzung für eine KVdR sei u. a. gewesen wäre, dass seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenantrags mindestens 9/10 der zweiten Hälfte dieses Zeitraums eine Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung oder nach [§ 10 SGB V](#) (Familienversicherung) vorgelegen habe. Der Kläger habe jedoch -so zutreffend die Beklagte- am 1. Oktober 1981 seine erste Erwerbstätigkeit aufgenommen, so dass sich eine Rahmenfrist vom 1. Oktober 1981 bis zum 6. Juni 1994 (Tag der Rentenantragstellung) sowie eine zweite Hälfte des Erwerbslebens vom 4. Februar 1988 bis zum 6. Juni 1999 errechne. Innerhalb des zuletzt genannten Zeitraumes hätte der Kläger fünf Jahre, acht Monate und 17 Tage versichert gewesen sein müssen. Die Versicherungszeiten ab Beginn der zweiten Hälfte des Erwerbslebens am 4. Februar 1988 betrügen jedoch lediglich insgesamt zwei Jahre, zehn Monate und 26 Tage. Der Kläger war zuletzt bis zum 18. Juli 1988 in der Sozialversicherung der DDR pflichtversichert gewesen. Danach war keine Mitgliedschaft bei einer gesetzlichen oder privaten Krankenkasse feststellbar. Eine Pflichtversicherung hat demnach erst ab 1. April 2007 aufgrund fehlender anderweitiger Ansprüche auf Absicherung im Krankheitsfall nach [§§ 5 Abs. 1 Nr. 13, 186 Abs. 11 Satz 3 SGB V](#) eintreten können.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#) und entspricht dem Ergebnis in der Sache.

Gründe für die Zulassung der Revision nach [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 oder 2 SGG](#) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2016-03-08