

L 1 KR 546/16

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Gießen (HES)
Aktenzeichen
S 9 KR 156/15
Datum
26.10.2016
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 1 KR 546/16
Datum
10.08.2017
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Ein Beitragerlass gemäß [§ 256a SGB V](#) setzt eine Anzeige der Versicherungspflicht gemäß [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) voraus. Die bloße Inanspruchnahme von Leistungen zu Lasten der Krankenkasse stellt keine Anzeige in diesem Sinne dar.
Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Gießen vom 26. Oktober 2016 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist der Erlass von rückständigen Beiträgen zur Kranken- und Pflegeversicherung für die Zeit 2. September 2010 bis 1. Mai 2013 streitig.

Die 1990 geborene Klägerin war bis zum 31. August 2010 aufgrund einer versicherungspflichtigen Beschäftigung bei der Beklagten pflichtversichert. Für den 1. September 2010 bezog sie Arbeitslosengeld und war weiterhin bei der Beklagten pflichtversichert.

Am 3. September 2010 teilte die Mutter der Klägerin der Beklagten mit, dass die Klägerin ab dem 2. September 2010 selbstständig tätig sei. Eine freiwillige Versicherung bei der Beklagten werde in Erwägung gezogen. Unter dem 9. September 2010 übersandte die Beklagte auf Wunsch der Klägerin einen Antrag zur freiwilligen Versicherung. In der Folgezeit erinnerte die Beklagte die Klägerin mehrmals an die Rücksendung. Am 15. November 2010 erhielt die Beklagte die Auskunft, dass die Klägerin privat versichert sei. Nachdem die Beklagte durch die Übermittlung der ärztlichen Behandlungsdaten durch die Kassenärztlichen Vereinigung festgestellt hatte, dass die Klägerin Leistungen auf Kosten der Beklagten in Anspruch genommen hatte, schrieb sie die Klägerin unter dem 25. Juli 2012 erneut an. Am 9. August 2012 gab die Klägerin in der Geschäftsstelle der Beklagten an, dass sie selbstständig sei, eine private Krankenversicherung aber nicht zustande gekommen sei. Die Beklagte handigte der Klägerin daraufhin einen Antrag auf eine Versicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) aus. Für die Behandlungen der Klägerin in der Zeit vom 8. März 2011 bis Mai 2012 sind Kosten in Höhe von circa 490,60 EUR angefallen.

Mit Bescheid vom 27. September 2012 stellte die Beklagte fest, dass die Klägerin auf Anschreiben der Beklagten nicht geantwortet habe. Da Leistungen zu Lasten der Beklagten in Anspruch genommen worden seien, müsse sie davon ausgehen, dass keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall bestehe. Die Versicherung der Klägerin werde deshalb ab dem 2. September 2010 bei der Beklagten fortgesetzt. Unter Heranziehung des Höchstbeitrags setzte die Beklagte monatliche Beiträge in Höhe von 644,52 EUR (569,93 EUR Krankenversicherung und 74,59 EUR Pflegeversicherung) ab Januar 2012 fest. Ferner verwies sie darauf, dass eine rückwirkende Ermäßigung bei Nachweis eines geringeren Einkommens möglich sei. Für die Zeit vom 2. September 2010 bis 31. August 2012 ergebe sich zudem eine Nachberechnung in Höhe von 15.079,97 EUR. Hiergegen erhob die Klägerin Widerspruch. Bei ihrem geringen Einkommen könne ein so hoher Betrag nicht festgesetzt werden.

Mit Bescheid vom 23. Oktober 2012 hob die Beklagte den Bescheid vom 27. September 2012 auf und setzte die monatlichen Beiträge der Klägerin rückwirkend ab dem 2. September 2010 auf 331,73 EUR und die Nachberechnung in Höhe von 8.095,43 EUR fest. Dieser Bescheid erging - ebenso wie die folgenden Bescheide - auch im Namen der Beigeladenen. Mit Bescheid vom 12. November 2012 setzte die Beklagte die monatlichen Beiträge ab dem 1. Dezember 2012 auf 221,15 EUR fest und wies darauf hin, dass die endgültige Festsetzung nach Vorlage

des Einkommensteuerbescheides erfolge. Mit Bescheid vom 23. November 2012 erfolgte diese Beitragsfestsetzung rückwirkend ab dem 2. September 2010. Dies ergebe eine Nachberechnung in Höhe von 5.618,06 EUR. Nach Erhalt der Einkommensteuerbescheide für die Jahre 2010 und 2011 setzte die Beklagte die nachzuzahlenden Beiträge endgültig mit Bescheid vom 5. Juli 2013 auf 8.537,16 EUR fest.

Mit Schreiben vom 2. Oktober 2013 beantragte die Klägerin den Erlass der Beiträge und Säumniszuschläge aufgrund des Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung von Beitragsschulden zumindest bis einschließlich September 2012.

Mit Bescheid vom 25. November 2013 erließ die Beklagte für den Zeitraum 2. September 2010 bis 31. Juli 2013 Säumniszuschläge in Höhe von 1.672,- EUR und wies den Erlassantrag im Übrigen zurück. Der Zeitraum zwischen dem Beginn der Versicherung der Klägerin und dem Ende des Monats vor Feststellung der Versicherungspflicht umfasse die Zeit vom 2. September 2010 bis zum 31. August 2012. Ein Erlass der Beiträge sei nicht möglich, da die Klägerin in dieser Zeit Krankenversicherungsleistungen in Anspruch genommen habe. Jedoch sehe das Gesetz vor, den Versicherten die noch nicht gezahlten Säumniszuschläge in Höhe der Differenz zwischen dem bis zum 31. Juli 2013 geltenden erhöhten Säumniszuschlag (5 %) und dem regulären Säumniszuschlag (1 %) zu erlassen. Unter Zugrundelegung des regulären, seit dem 31. August 2013 geltenden Säumniszuschlages ergäben sich nunmehr Säumniszuschläge in Höhe von insgesamt 508,- EUR. Der Differenzbetrag in Höhe von 1.672,- EUR werde erlassen.

Hiergegen erhob die Klägerin Widerspruch und verwies erneut darauf, dass die Beiträge nach dem Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung zu erlassen seien. Sie sei nachrangig in der Familienversicherung versichert gewesen. Von der Mitarbeiterin der Beklagten, Frau C., sei sie entsprechend versichert worden, obwohl diese Mitarbeiterin gewusst habe, dass die Klägerin selbstständig tätig sei.

Mit Widerspruchsbescheid vom 25. Februar 2012 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Sie führte aus, dass ab dem 2. Oktober 2010 kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall bestanden habe, so dass die Pflichtversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) durchzuführen gewesen sei. Eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall sei erst wieder ab dem 1. Mai 2013 nachgewiesen, so dass die Pflichtversicherung erst am 30. April 2013 beendet gewesen sei. Ein Erlass der Beiträge scheide aus. Ein Beitragserlass sei nur möglich, wenn im Nacherhebungszeitraum keine Leistungen in Anspruch genommen worden seien bzw. im Fall bereits in Anspruch genommener Leistungen auf eine Kostenübernahme oder Kostenerstattung verzichtet worden sei. Die Inanspruchnahme von Leistungen im Nacherhebungszeitraum durch das Mitglied schließe den Erlass vollständig aus und zwar unabhängig davon, in welchem Zeitpunkt innerhalb des Nacherhebungszeitraums und in welchem Umfang Leistungen beansprucht worden seien. Die Klägerin habe in der Zeit vom 8. März 2011 bis 10. Mai 2012 Leistungen in Form von ambulanter ärztlicher Behandlung bei unterschiedlichen Vertragsärzten in Anspruch genommen.

Am 17. März 2015 hat die Klägerin vor dem Sozialgericht Gießen Klage erhoben. Zur Begründung hat sie ausgeführt, dass die Beiträge auch zu erlassen seien, wenn Leistungen aus der Krankenversicherung in Anspruch genommen worden seien. [§ 256a Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) sei für den GKV-Spitzenverband keine gesetzliche Ermächtigungsgrundlage dafür, einen Beitragserlass bei Inanspruchnahme von Leistungen auszuschließen.

Mit Urteil vom 26. Oktober 2016 hat das Sozialgericht den Bescheid vom 25. November 2013 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 25. Februar 2015 aufgehoben und die Beklagte verurteilt, die Beiträge zur Kranken und Pflegeversicherung nebst Säumniszuschlägen für den Zeitraum vom 2. September 2010 bis 31. August 2012 zu erlassen. Gemäß [§ 256a SGB V](#) solle die Krankenkasse bei Versicherten, die das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) erst nach einem der in § 186 Abs. 11 Satz 1 und 2 genannten Zeitpunkt bis zum 31. Dezember 2013 anzeigen, den für die Zeit nach Eintritt der Versicherungspflicht nachzuzahlenden Beitrag und die darauf entfallenden Säumniszuschläge nach [§ 24 Sozialgesetzbuch Viertes Buch \(SGB IV\)](#) erlassen. Die Klägerin sei vom 2. September 2010 bis 31. August 2012 bei der Beklagten gemäß [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) kraft Gesetzes pflichtversichert gewesen, da sie über keinen anderweitigen Krankenversicherungsschutz verfügt habe. Die Beklagte habe die Klägerin im August 2012 wegen der Versicherungspflicht angeschrieben, da zu diesem Zeitpunkt festgestellt worden sei, dass die Klägerin Leistungen in Anspruch genommen habe. Der Nacherhebungszeitraum endete deshalb zu diesem Zeitpunkt. Die Klägerin habe zwar die Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) nicht angezeigt. Eine tatsächlich erfolgte Inanspruchnahme von Leistungen stehe aber einer Meldung als Versicherter zumindest nahe. Die Beklagte habe auch dann Prüfungen zum Versicherungsverhältnis eingeleitet, aber erst im Juli 2012 und nicht bereits zum Zeitpunkt der erstmaligen Inanspruchnahme von Leistungen. [§ 256a SGB V](#) sei erst am 1. August 2013 in Kraft getreten. Die Vorschrift gelte jedoch auch für bis zum 31. Juli 2013 erfolgte Anzeigen der Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) für noch ausstehende Beiträge und Säumniszuschläge entsprechend ([§ 256a Abs. 2 Satz 2 SGB V](#)). Gemäß [§ 256a Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) habe der GKV-Spitzenverband in den Einheitlichen Grundsätzen zur Beseitigung finanzieller Überforderung bei Beitragsschulden vom 4. September 2013 (Einheitliche Grundsätze) die Voraussetzungen für den Erlass von Beiträgen und Säumniszuschlägen geregelt. Gemäß § 2 Einheitliche Grundsätze setze der Erlass der Beiträge voraus, dass das Mitglied schriftlich erkläre, während des Nacherhebungszeitraums Leistungen für sich nicht in Anspruch genommen zu haben oder im Falle in Anspruch genommener Leistungen auf eine Kostenübernahme oder Kostenerstattung zu verzichten. Diese Vorschrift regle aber gerade nicht den Erlass bei tatsächlicher Inanspruchnahme von Leistungen, die bei der Krankenkasse bereits abgerechnet worden seien. Eine Kostenübernahme oder Kostenerstattung, auf die der Versicherte verzichten könne, setze voraus, dass der Versicherte entweder Rechnungen bezahlt habe, die er jetzt erstattet haben möchte oder noch offene Behandlungsrechnungen bezahlt werden sollten. Ein Verzicht setze voraus, dass noch Forderungen offen seien und Ansprüche bestünden. Unter Kostenerstattung sei zu verstehen, dass der Versicherte die von ihm bezahlte Rechnung bei der Kasse einreiche, um den Betrag von der Krankenkasse zu erhalten. Bei einer Kostenübernahme sei die Rechnung noch offen oder es stehe eine Behandlung unmittelbar bevor, für welche die Beklagte die Kosten übernehmen solle. Dies sei bei der bereits erfolgten Inanspruchnahme und Abrechnung der Leistung der Krankenkasse nicht möglich. In den Einheitlichen Grundsätzen finde sich keine Regelung für den Fall, dass Sachleistungen in der Vergangenheit in Anspruch genommen worden seien. Im Übrigen sei auch bereits zweifelhaft, ob der GKV-Spitzenverband gemäß [§ 256a Abs. 4 SGB V](#) zu einer entsprechenden Regelung überhaupt ermächtigt sei. Die Vorschrift enthalte keine Ermächtigung bezüglich des Ausschlusses eines Erlasses, wenn Versicherte Leistungen bereits in Anspruch genommen hätten, die abgerechnet worden seien.

Die Beklagte hat gegen das ihr am 2. Dezember 2016 zugestellte Urteil am 21. Dezember 2016 vor dem Hessischen Landessozialgericht Berufung eingelegt und zur Begründung vorgetragen, dass es der grundsätzlich synallagmatischen Beziehung zwischen dem Versicherten

auf der einen und der GKV auf der anderen Seite widerspreche, eine Leistung in Anspruch zu nehmen, ohne Beiträge zu leisten. Es könne nicht gewollt sein, dass [§ 256a SGB V](#) allen nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) seit dem 1. April 2007 Pflichtversicherten zugutekomme, die ihre Beiträge nicht gezahlt hätten. Werde vom Versicherten kein Verzicht erklärt – und sei es nur aus rechtlichen Gründen, weil ihm ein solcher Verzicht aufgrund einer Anspruchserfüllung weder dogmatisch noch faktisch möglich sei – gehe dies zu seinen Lasten. Ferner möge zwar die bloße Inanspruchnahme von Leistungen als unbedingte Voraussetzung für den Beitragserlass nicht vom Wortlaut der Ermächtigungsgrundlage des [§ 256a Abs. 4 SGB V](#) gedeckt sein. Sinn und Zweck des Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung würden jedoch für eine solche Auslegung sprechen. So sei in der [BT-Drucksache 17/13947](#) ausgeführt, dass ohne die Stichtagsregelung weiterhin ein Anreiz bestünde, auf die Versicherung zu verzichten, um Beiträge zu sparen, bzw. erst im Krankheitsfall einer Versicherung beizutreten. Dies würde jedoch dem Zweck der Versicherungspflicht und dem Prinzip der Solidarität in der gesetzten Krankversicherung widersprechen.

Die Beklagte beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts Gießen vom 26. Oktober 2016 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angegriffene Entscheidung für zutreffend. Sie hat ausgeführt, dass sie zwar die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht nicht angezeigt habe. Eine tatsächlich erfolgte Inanspruchnahme stehe aber einer Meldung als Versicherte zumindest nahe. Im Übrigen habe die Beklagte kein Ermessen bezüglich des Erlasses der Beiträge.

Die Beigeladene hat keinen Antrag gestellt.

Wegen des weiteren Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakte sowie die Verwaltungsakte der Beklagten, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung waren, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist begründet.

Das Urteil des Sozialgerichts Gießen vom 26. Oktober 2016 war aufzuheben, denn mit Bescheid vom 25. November 2013 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25. Februar 2015 hat die Beklagte zu Recht den Antrag der Klägerin auf Erlass der Beiträge abgelehnt.

Gemäß [§ 256a Abs. 1 SGB V](#) (eingeführt durch Gesetz vom 15. Juli 2013, [BGBl. I S. 2423](#), gültig ab 1. August 2013) soll die Krankenkasse die für die Zeit seit dem Eintritt der Versicherungspflicht nachzuzahlenden Beiträge angemessen ermäßigen, wenn ein Versicherter das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach [§ 5 Absatz 1 Nummer 13](#) erst nach einem der in [§ 186 Absatz 11 Satz 1 und 2](#) genannten Zeitpunkte anzeigt. Gemäß [§ 256a Abs. 2 SGB V](#) soll die Krankenkasse den für die Zeit seit dem Eintritt der Versicherungspflicht nachzuzahlenden Beitrag und die darauf entfallenden Säumniszuschläge nach [§ 24](#) des Vierten Buches erlassen, wenn die Anzeige nach Absatz 1 bis zum 31. Dezember 2013 erfolgt. Satz 1 gilt für bis zum 31. Juli 2013 erfolgte Anzeigen der Versicherungspflicht nach [§ 5 Absatz 1 Nummer 13](#) für noch ausstehende Beiträge und Säumniszuschläge entsprechend. Gemäß [§ 256a Abs. 4 SGB V](#) regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen das Nähere zur Ermäßigung und zum Erlass von Beiträgen und Säumniszuschlägen nach den Absätzen 1 bis 3, insbesondere zu einem Verzicht auf die Inanspruchnahme von Leistungen als Voraussetzung für die Ermäßigung oder den Erlass. Die Regelungen nach [§ 256a Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit.

Gemäß [§ 2 Abs. 1 Satz 1](#) der Einheitlichen Grundsätzen zur Beseitigung finanzieller Überforderung bei Beitragsschulden des GKV-Spitzenverbandes vom 4. September 2013 (Einheitliche Grundsätze), welchen das Bundesministerium für Gesundheit am 16. September 2013 zugestimmt hat, ist der Erlass von Beiträgen und Säumniszuschlägen wie folgt geregelt: "Zeigt ein Versicherter das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) bis zum 31. Dezember 2013 an, sind die für die Zeit seit dem Beginn der Versicherungspflicht bis zum Ende des Monats, der dem Tag der Anzeige vorhergeht (Nacherhebungszeitraum), zu zahlenden Beiträge zu erlassen." Gemäß [§ 3 Abs. 1 Satz 1](#) der Einheitlichen Grundsätze gilt: "Hat ein Versicherter das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) bis zum 31. Juli 2013 angezeigt, sind die für die Zeit seit dem Beginn der Versicherungspflicht bis zum Ende des Monats, der dem Tag der Anzeige vorhergeht (Nacherhebungszeitraum), noch nicht gezahlten Beiträge zu erlassen."

Voraussetzung für einen Anspruch auf Erlass der Beiträge gemäß [§ 256a Abs. 2 SGB V](#) (lex specialis gegenüber [§ 256a Abs. 1 SGB V](#), vgl. Felix in: Schlegel/Voelzke, jurisPK, [§ 256a SGB V](#), Rn. 19) ist damit eine Anzeige des Versicherten hinsichtlich der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#).

Eine solche Anzeige der Klägerin gegenüber der Beklagten ist vorliegend nicht erfolgt. Die Beklagte ist vielmehr aufgrund der Abrechnungen ambulanter Behandlungen tätig geworden und hat die Klägerin zu ihrem aktuellen Versicherungsschutz befragt.

Eine tatsächlich erfolgte Inanspruchnahme von Leistungen steht - entgegen der Auffassung des Sozialgerichts - einer Meldung als Versicherter nicht derart nahe, dass sie die gesetzlich erforderliche Anzeige ersetzen könnte (wohl a.A. LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 30. September 2014, [L 1 KR 331/14 B ER](#)). Dem stehen bereits der Wortlaut der Norm sowie auch die Gesetzesbegründung entgegen. Der vollständige Beitragserlass gemäß [§ 256a SGB V](#) soll denjenigen zugutekommen, die sich bis zum Stichtag an die zuständige Krankenkasse wenden und ihre Mitgliedschaft feststellen lassen. Es sei davon auszugehen, "dass die Stichtagsregelung viele Betroffene dazu bewegen wird, die Gelegenheit zu nutzen und sich bei ihrer Krankenkasse zu melden" ([BT-Drs. 17/13947, S. 28](#)). [§ 256a SGB V](#) ist daher eine Art Amnestieregelung, mit welcher der Gesetzgeber einen Anreiz für eine zügige Anzeige durch die nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) Versicherten setzen wollte (so Felix in: Schlegel/Voelzke, jurisPK, [§ 256a SGB V](#) Rn. 17). Der Gesetzgeber hat mithin insoweit ein aktives Handeln des Versicherten zur Klärung des Versicherungsstatus begünstigen wollen.

Zudem ist mit [§ 256a SGB V](#) die zuvor in [§ 186 Abs. 11 Satz 4 SGB V](#) getroffene Regelung zum 1. August 2013 ersetzt worden. Voraussetzung gemäß [§ 186 Abs. 11 Satz 4 SGB V](#) für eine nachträgliche Ermäßigung, Stundung oder einem Erlass von Beiträgen war danach, dass der Versicherte das verspätete Anzeigen der Versicherungspflicht nicht zu vertreten hatte. Mit der Begründung, dass fehlendes Verschulden kaum nachweisbar sei, hat der Gesetzgeber mit [§ 256a SGB V](#) diese Regelung für eine deutliche Entlastung der Betroffenen umfassend angepasst. Mit dem Verzicht auf die Voraussetzung "nicht zu vertreten haben" werde die Gewährung einer Beitragsermäßigung für Mitglieder nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) deutlich vereinfacht und gefördert ([BT-Drs. 17/13947, S. 28](#)). Der Gesetzesbegründung kann mithin nicht entnommen werden, dass mit der Neuregelung gemäß [§ 256a SGB V](#) auf eine Anzeige der Versicherungspflicht durch den Versicherten als Voraussetzung für einen Erlass oder eine Ermäßigung der Beiträge verzichtet werden sollte. Vielmehr ist davon auszugehen, dass der Gesetzgeber mit dieser Gesetzesänderung einen Anreiz für eine zügige Anzeige durch die nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) Versicherten setzen wollte (s.a. Felix, NZS 2013, 921, 923; Schlegel, ASR, 229, 231; Algermissen, NZS 2013, 881, 883).

Der GKV-Spitzenverband hat in seiner Ergebnisniederschrift Fachkonferenz Beiträge vom 19. November 2013 zwar ausgeführt, dass es bei Fehlen einer Anzeige vertretbar sei, die Inanspruchnahme von Leistungen der Anzeige der Versicherung "quasi gleichzusetzen". Der fiktive Nacherhebungszeitraum ende in diesem Fall regelmäßig mit Ablauf des Monats vor der Leistungsanspruchnahme. Eine gewisse Inkonsistenz, die darin bestehe, dass die Erbringung von Leistungen den Beitragserlass zwar grundsätzlich ausschließe, aber in den Fällen, in denen die Durchführung der Versicherungspflicht vordergründig durch die Leistungsanspruchnahme geprägt sei, der Ausschluss keine Wirkung entfalte, sei insoweit hinzunehmen. Diese Ergebnisniederschrift ist jedoch für die Gerichte nicht bindend. Zudem wird auch darin lediglich für vertretbar gehalten, die Inanspruchnahme von Leistungen der Anzeige der Versicherung gleichzusetzen. Ferner wird in der Ergebnisniederschrift bestimmt, dass jegliche Leistungsanspruchnahme im Nacherhebungszeitraum den Beitragserlass ausschließe. Damit ist nicht vereinbar, die Leistungsanspruchnahme als Anzeige der Versicherung zu betrachten, um einen Beitragserlass zu ermöglichen.

Die Inanspruchnahme von Leistungen zu Lasten der Krankenversicherung kann auch dann eine Anzeige der Versicherung im Sinne von [§ 256a SGB V](#) nicht wirksam ersetzen, wenn der Bescheid über die Feststellung der Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) nach Klärung durch den Versicherten erlassen wurde (a.A. SG Dresden, Urteil vom 7. Dezember 2016, [S 25 KR 143/14](#), juris). Insbesondere kann die auf Nachfrage der Krankenkasse erfolgte Mitteilung des Versicherten, er sei nicht anderweitig versichert, nicht mit einer Anzeige im Sinne von [§ 256a SGB V](#) gleichgesetzt werden. Dies gilt vor allem dann, wenn der Versicherte – wie hier die Klägerin – zu einem früheren Zeitpunkt gegenüber der Krankenkasse wahrheitswidrig angegeben hat, privat krankenversichert zu sein und erst aufgrund der Konfrontation mit der danach erfolgten unrechtmäßigen Inanspruchnahme von Leistungen zu Lasten der Krankenkasse und einer entsprechenden Nachfrage seitens der Krankenkasse einräumt, dass eine private Krankenversicherung nicht abgeschlossen worden ist.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen von [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2019-01-24