

S 2 KR 233/08

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Wiesbaden (HES)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
2
1. Instanz
SG Wiesbaden (HES)
Aktenzeichen
S 2 KR 233/08
Datum
25.07.2011
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 8 KR 282/11
Datum
25.10.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Das Tatbestandsmerkmal des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) "kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall" ist dahingehend zu verstehen, dass „keine andere Absicherung im Krankheitsfall“ vorliegen darf. Deshalb stellt eine Anwartschaftsversicherung in der privaten Krankenversicherung ohne Leistungsansprüche zumindest bis zum Inkrafttreten der Verpflichtung zur privaten Absicherung durch das GKV-WSG am 1. Januar 2009 keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall im Sinne von [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) dar.

1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung in der Zeit vom 1. Juli bis 31. August 2007.

Mit Schreiben vom 9. April 2008 forderte die Beklagten den Kläger, der bis zum 30. Juni 2007 bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert war, auf, wegen eines ungeklärten Versicherungsverhältnisses in der Zeit vom 1. Juli bis 31. August 2007 das ausgehändigte Formular für die freiwillige Weiterversicherung einzureichen. Dabei wies die Beklagte darauf hin, dass, wenn keine freiwillige Weiterversicherung gewünscht werde, in diesem Zeitraum eine Pflichtversicherung hergestellt werden müsse. Sollten der Kläger in diesem Zeitraum einen Anspruch auf anderweitigem Krankenversicherungsschutz haben, würden entsprechende Nachweise benötigt. Mit Schreiben vom 19. April 2008 übersandte der Kläger der Beklagten eine Bescheinigung einer privaten Krankenversicherung als Beleg für das Bestehen einer anderweitigen Absicherung. Die übersandte Bescheinigung der DBV-Winterthur über Beiträge des Klägers führt für die Zeit ab dem 26. Februar 2007 Beiträge für eine Versicherung für Krankheitskosten in Anwartschaft auf. Mit Schreiben vom 28. April 2008 teilte die Beklagte dem Kläger mit, dass in der Zeit vom 1. Juli 2007 bis 31. August 2007 nach Auskunft der DBV-Winterthur lediglich eine Anwartschaftsversicherung, kein Versicherungsschutz oder Leistungsanspruch bestehe. Darauf hin erwiderte der Kläger mit Schreiben vom 11. Mai 2008, dass eine Anwartschaft in der privaten Krankenversicherung einen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall darstelle. Eine Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) trete nicht ein. Erst ab 1. Januar 2009 sei eine Krankenversicherung mit Leistungsanspruch erforderlich. Mit Schreiben vom 13. Juni 2008 wies die Beklagte darauf hin, dass eine Anwartschaftsversicherung in der privaten Krankenversicherung keine Krankheitskostenvollversicherung darstelle. Da der Kläger nach dem Ende seiner versicherungspflichtigen Beschäftigung am 30. Juni 2007 keine freiwillige Versicherung beantragt habe, trete für den Zeitraum vom 1. Juli bis 31. August 2007 eine Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) ein. Gegen dieses Schreiben legte der Kläger mit Schreiben vom 29. Juni 2008 Widerspruch ein und verwies zur Begründung auf den Wortlaut und unter Bezugnahme auf die [Bundestagsdrucksachen 16/3100](#), 16/8365 und 16/8081 auf den Sinn der Regelung des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#). Daraus ergebe sich, dass ein Anspruch auf eine Absicherung eine Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) ausschließe und eine Krankheitskostenvollversicherung nicht erforderlich sei. Außerdem legte er eine Bescheinigung der DBV-Winterthur vom 8. Mai 2008 über Beiträge ab 1. Juli 2007, 26. Februar 2007 und 1. April 2007 und dem Hinweis vor, dass der Kranken- und Pflegeversicherungsschutz der Art der gesetzlichen und der sozialen Pflegeversicherung entspreche.

Mit Bescheid vom 22. Juli 2008 wies den Beklagte den Kläger darauf hin, dass die Regelungen, die zum 1. Juli 2007 und zum 1. Januar 2009 in Kraft getreten seien und auf die sich der Kläger berufe, nur für Personen gälten, die zuletzt privat krankenversichert waren. Der Kläger sei jedoch zuletzt vor dem 1. Juli 2007 bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert gewesen. Eine Anwartschaftsversicherung stehe einer Versicherung mit Wartezeit nicht gleich. Im Übrigen widersprüchen sich die vorgelegten Bescheinigungen der Versicherung teilweise. Es

werde daher festgestellt, dass der Kläger in der Zeit vom 1. Juli bis 31. August 2007 der Versicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) unterlegen haben, da bei der privaten Krankenversicherung nur eine Anwartschaftsversicherung ohne Leistungsabsicherung bestanden habe. Gegen diesen Bescheid legte der Kläger mit Schreiben vom 18. August 2008 Widerspruch ein. Dieser Widerspruch wurde von der Beklagten mit Widerspruchsbescheid vom 15. Oktober 2008 als unbegründet zurückgewiesen.

Dagegen richtet sich die am 19. November 2008 vor dem Sozialgericht Wiesbaden erhobene Klage.

Der Kläger verweist zusätzlich zu seinem Vortrag im Widerspruchsverfahren auf die Niederschrift über die Besprechung des Arbeitskreises Versicherung und Beiträge der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 12. Juni 2008, in der es zur dort besprochenen Problemstellung heißt:

"Wie jetzt über das Bundesministerium der Verteidigung bekannt wurde, wird die Aktivierung der Anwartschaft in eine reguläre Mitgliedschaft nach Beendigung des Wehrdienstes von den privaten Krankenversicherungsunternehmen unter Hinweis auf die Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenkassen abgelehnt. Die gesetzlichen Krankenkassen wiederum lehnen aufgrund der privaten Anwartschaftsversicherung die Begründung einer Mitgliedschaft nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) ab."

Zur Lösung dieser Problemstellung heißt es dort:

"Im Ergebnis sind für die in Rede stehenden Soldaten auf Zeit und die Berufssoldaten die Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) nicht erfüllt, wenn sie nach dem Ausscheiden aus dem Wehrdienst ohne anderweitige Absicherung im Krankheitsfall sind und "zuletzt" davor eine private Anwartschaftsversicherung bestand; für die Durchführung der Krankenversicherung ist dann die private Krankenversicherung zuständig."

Der Kläger beruft sich darauf, dass deshalb auch bei ihm kein Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) eingetreten sei. Wegen des Bestehens einer privaten Anwartschaftsversicherung habe er, wie es der Wortlaut des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) verlange einen "Anspruch auf eine Absicherung im Krankheitsfall" und unterfalle daher nicht der Versicherungspflicht des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#).

Der Kläger beantragt, den Bescheid der Beklagten vom 22. Juli 2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15. Oktober 2008 aufzuheben.

Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen.

Sie hält ihren Bescheid für rechtmäßig. Da der Kläger zuletzt vor dem 1. Juli 2007 gesetzlich krankenversichert gewesen sei, bestehe eine Pflichtversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#).

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den Inhalt der Gerichts- und Verwaltungsakten, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Klage ist unbegründet.

Der Bescheid der Beklagten vom 22. Juli 2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15. Oktober 2008, mit dem die Beklagte die Versicherungspflicht des Klägers in gesetzlichen Krankenversicherung in der Zeit vom 1. Juli bis 31. August 2007 festgestellt hat, ist rechtmäßig. Der Kläger unterfällt nach [§ 5 Abs. 1 Satz 1 Nr. 13 SGB V](#) in dieser Zeit der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) sind versicherungspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und zuletzt gesetzlich krankenversichert waren (Alternative Buchst. a)) oder bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in § 5 Absatz 5 SGB V oder den in § 6 Abs. 1 oder 2 SGB V genannten Personen gehören oder bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten (Alternative Buchst. b)). Der Wortlaut der Regelung, dass versicherungspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung ist, wer keinen anderweitigen "Anspruch" auf Absicherung im Krankheitsfall, könnte dafür sprechen, dass die bloße Möglichkeit, sich anderweitig abzusichern, bereits das Bestehen einer Pflichtversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) ausschließt und dafür eine tatsächliche Absicherung nicht notwendig ist. Dies würde jedoch dem Sinn und Zweck der Regelung des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) widersprechen. Die Auswirkung des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG), mit dem die Regelung des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) eingeführt wurde, beschreibt der Gesetzgeber in diesem Punkt dahingehend, dass es für alle Einwohner ohne Absicherung im Krankheitsfall künftig einen Versicherungsschutz in der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung geben wird ([BT-Drs. 16/3100, S. 86](#)). Im Einzelnen führt die Gesetzesbegründung aus:

"Alle Einwohner ohne Absicherung im Krankheitsfall, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung haben und die zuletzt gesetzlich krankenversichert waren, werden in die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung einbezogen. Für Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die zuletzt privat krankenversichert waren, werden die privaten Krankenversicherungsunternehmen verpflichtet, einen Versicherungsschutz im Basistarif anzubieten. Fehlt eine frühere Krankenversicherung, werden sie in dem System versichert, dem sie zuzuordnen sind. Die private Krankenversicherung wird hierfür einen dem Leistungsumfang der GKV entsprechenden Basistarif mit Kontrahierungszwang zu bezahlbaren Prämien anbieten - ohne Risikozuschläge und ohne Leistungsausschlüsse. Sie ersetzt den bisherigen, in seiner Wirkung unzureichenden Standardtarif in der privaten Krankenversicherung."

An anderer Stelle der Gesetzesbegründung beschreibt der Gesetzgeber seine Zielsetzung der neuen Regelungen deutlicher dahingehend, dass "in Deutschland niemand ohne Schutz im Krankheitsfall sein soll" ([BT-Drs. 16/3100, S. 94](#)). Dies bedeutet aber für die Reichweite der

Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) nach ihrem Sinn und Zweck, dass die bloße Möglichkeit, eine private Krankenversicherung abzuschließen, das Bestehen der Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) noch nicht ausschließt, sondern dass nur die tatsächliche Absicherung des Krankheitsfalls z.B. durch eine private Krankenversicherung mit Leistungsansprüchen im Krankheitsfall das Bestehen einer Pflichtversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) überflüssig macht. Dies wird auch an anderer Stelle in der Gesetzesbegründung deutlich, nämlich bei Begründung des Gesetzgebers zur Einführung der auch vom Kläger angesprochenen Regelung zur Verpflichtung zum Abschluss einer privaten Krankenversicherung, die erst am 1. Januar 2009 in Kraft tritt. Dort (BT Drs. 16/4247, S. 67) wird nämlich der Inhalt der bereits vorher in Kraft tretenden Regelung des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) dahingehend zusammengefasst:

"Der ab dem 1. Januar 2009 von der Pflicht zur Versicherung erfasste Personenkreis ist im Zusammenhang mit den Regelungen zur Versicherungspflicht in der GKV, insbesondere mit der (vorrangigen) Neuregelung in [§ 5 Abs. 5 Nr. 13](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu sehen. Danach sind alle Einwohner, die bisher nicht von der Versicherungspflicht in der GKV erfasst sind und dort auch nicht freiwillig versichert sind, und die auch keine andere Absicherung im Krankheitsfall haben, in die Versicherungspflicht in der GKV einbezogen, wenn sie dort zuletzt versichert waren. Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die zuletzt privat krankenversichert waren, müssen sich bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichern. Fehlt eine frühere Krankenversicherung, werden sie in dem System versichert, dem sie zuzuordnen sind."

Der Inhalt der Regelung des [§ 13 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) wird also vom Gesetzgeber selbst dahingehend beschrieben, dass alle Personen, die zuletzt gesetzlich krankenversichert waren, nicht (anderweitig) in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind, nicht freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind und keine andere Absicherung im Krankheitsfall haben, nach [§ 13 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) gesetzlich krankenversichert sind. Damit wird das Tatbestandsmerkmal des [§ 13 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) "kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall" dahingehend verstanden, dass dieser Personenkreis über "keine andere Absicherung im Krankheitsfall verfügen" darf. Nach dem Sinn und Zweck der Regelung des [§ 13 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#), nach dem "in Deutschland niemand ohne Schutz im Krankheitsfall sein soll" (BT-Drs. 16/3100, S. 94) kann dieses Merkmal auch nur in diesem Sinne verstanden werden. Damit besteht ein "anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall" im Sinne von [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) nur wenn eine tatsächliche Absicherung im Krankheitsfall besteht. Damit stellt die bloße Möglichkeit, sich in der privaten Krankenversicherung zu versichern, keinen "anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall" nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) dar. Dies wird auch an anderer Stelle der Gesetzesbegründung (BT-Drs. 16/3100, S. 94) deutlich, bei der der Zustand der Absicherung für den Krankheitsfall in Deutschland, der Anlass für die Gesetzesänderung ist, beschrieben wird:

"Deutschland hat im Gegensatz zu den meisten anderen europäischen Ländern keine Einwohnerversicherung. Vielmehr wird der Schutz im Krankheitsfall in einem pluralistisch gegliederten System gewährt, dessen wesentliche Träger die gesetzliche und die private Krankenversicherung sind. Aufgrund des Fehlens einer umfassenden Versicherungspflicht für alle Einwohner ist nicht ausgeschlossen, dass Personen weder die Zugangsvoraussetzungen zur gesetzlichen Krankenversicherung erfüllen, noch die Möglichkeit haben, eine private Krankenversicherung abzuschließen, beziehungsweise den Versicherungsschutz in ihrem bisherigen System - etwa durch die Nichtzahlung der Beiträge oder Prämien - verloren haben. Sofern in diesen Fällen auch kein Anspruch auf eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall besteht, müssen sie die im Krankheitsfall entstehenden Aufwendungen in voller Höhe aus ihrem Einkommen oder Vermögen selbst tragen."

Insgesamt wird dadurch deutlich, dass durch die Gesetzesänderung gerade verhindert werden soll, dass Einwohner Deutschlands die im Krankheitsfall entstehenden Aufwendungen in voller Höhe aus ihrem Einkommen oder Vermögen selbst tragen müssen. Dies bedeutet aber, dass die bloße Möglichkeit einer privaten Absicherung des Krankheitsrisikos nicht als "anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall" angesehen werden kann (zweifelnd aber Bundessozialgericht, Urteil vom 12. Januar 2011, [B 12 KR 11/09 R](#), Juris, Rdnr. 12 in einem obiter dictum). Ob dies auch noch für Zeiträume nach dem Inkrafttreten der durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz geschaffenen Verpflichtung zur privaten Absicherung gilt, die dazu führen könnte, dass bei einer Verpflichtung zur privaten Absicherung die Absicherung auch vorrangig privat erfolgen muss, kann offen bleiben, weil diese Verpflichtungen nach Art. 46 Abs. 2 GKV-WStG erst am 1. Januar 2009 und damit nach dem hier streitgegenständlichen Zeitraum in Kraft getreten sind. Damit verfügt der Kläger trotz seiner bestehenden Anwartschaftsversicherung in der privaten Krankenversicherung, die aber nicht in einen Krankenversicherungsvertrag mit Leistungsansprüchen umgewandelt wurde, nicht über einen "anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall", der die Pflichtversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) ausschließen würde. Der Kläger war auch vor dem 1. Juli 2007 zuletzt, nämlich bis zum 30. Juni 2007, gesetzlich krankenversichert. Damit ist der Kläger nach [§ 13 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a\) SGB V](#) gesetzlich krankenversichert.

Die Konstellation aus der vom Kläger angeführten Niederschrift über die Besprechung des Arbeitskreises Versicherung und Beiträge der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 12. Juni 2008, bei der eine Pflichtversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) nach Meinung der Spitzenverbände der Krankenkassen ausgeschlossen sein soll, liegt beim Kläger nicht vor. In den dort angesprochenen Fällen hatten die Betroffenen offensichtlich ihre Anwartschaft bei der privaten Versicherung ausgeübt und diese hatten die Umwandlung der Anwartschaftsversicherung in eine Vollversicherung mit dem Hinweis auf eine Pflichtversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) abgelehnt. Eine solche Situation liegt jedoch beim Kläger nicht vor, da er die Möglichkeit einer Umwandlung seiner Anwartschaft in eine Vollversicherung bei seiner privaten Krankenversicherung nicht wahrgenommen hat.

Nach [§ 186 Abs. 11 SGB V](#), der mit Wirkung zum 1. April 2007 in Kraft getreten ist, beginnt die Mitgliedschaft der nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13](#) Versicherungspflichtigen mit dem ersten Tag ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall im Inland. Damit konnte die Pflichtversicherung, wie von der Beklagten festgestellt, ab 1. Juli 2007, dem ersten Tag ohne anderweitige Absicherung im Krankheitsfall, beginnen. Damit hat die Beklagte der Versicherungspflicht zu Recht für die Zeit vom 1. Juli bis 31. August 2007 festgestellt.

Die Klage war deshalb abzuweisen.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) und berücksichtigt, dass der Kläger vollständig unterlegen ist.
Rechtskraft

Aus
Login
HES
Saved

2013-06-18