L 6 KR 1407/12

Land
Freistaat Thüringen
Sozialgericht
Thüringer LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
6
1. Instanz
SG Altenburg (FST)
Aktenzeichen
S 4 KR 1130/09
Datum
19.07.2012
2. Instanz
Thüringer LSG
Aktenzeichen
L 6 KR 1407/12
Datum
27.10.2015
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Der Tenor des Urteils des Sozialgerichts Altenburg vom 19. Juli 2012 wird dahingehend geändert, dass die Klage abgewiesen wird. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Altenburg vom 19. Juli 2012 wird zurückgewiesen. Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob die freiwillige Versicherung des Klägers bei der Beklagten aufgrund seiner Kündigungserklärung vom 29. Oktober 2008 rückwirkend zum 1. Juni 2008 endete.

Der 1961 geborene Kläger beantragte am 5. Mai 2008 (Eingang des schriftlichen Antrags am 7. Juli 2008) bei der Beklagten ab dem 1. Juni 2008 eine freiwillige Versicherung wegen Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit. In dem beigefügten Hinweisblatt werden als Gründe für das Ende der freiwilligen Mitgliedschaft, u.a. "e) Wirksamwerden der Kündigung nach Ablauf des übernächsten Kalendermonats, gerechnet vom Monat, in dem die Kündigung bei uns eingeht, sofern die 18-monatige Bindungsfrist erfüllt wurde" genannt. Am 15. Juli 2008 ging der Fragebogen zur Feststellung der Familienversicherung bei der Beklagten ein. Dort gab der Kläger seine Ehefrau, das gemeinsame Kind D. und das Stiefkind M. K. als mit zu versichernde Personen an. Am 31. Juli 2008 reichte er den ausgefüllten "Fragebogen für die Beurteilung des überwiegenden Unterhalts" bezüglich des Stiefsohnes M. K. ein. Dort teilte er mit, er erziele ein monatliches Nettoeinkommen in Höhe von ca. 500 EUR, M. K. erhalte Unterhalt in Höhe von 121 EUR von seinem leiblichen Vater. Daraufhin teilte die Beklagte ihm mit, eine Familienversicherung für den Stiefsohn M. K. sei nicht möglich, weil der Kläger nicht den überwiegenden Unterhalt gewähre (Schreiben vom 28. August 2008). Um den Krankenversicherungsschutz weiter zu gewährleisten, sei eine kostenfreie Familienversicherung über den leiblichen Vater oder eine freiwillige Krankenversicherung bei ihr möglich.

Am 29. Oktober 2009 kündigte der Kläger seine freiwillige Versicherung rückwirkend zum 1. Juni 2008. Er habe die Beitragszahlung eingestellt; die Gründe hierfür habe er bereits mitgeteilt. Die Beklagte teilte ihm mit, nach den gesetzlichen Regelungen sei er an die Krankenkassenwahl grundsätzlich 18 Monate gebunden. Aus diesem Grund sei das Kündigungsdatum auf den 30. November 2009 umzudeuten. Damit bleibe er bis zu diesem Datum Mitglied der Beklagten (Schreiben vom 3. Dezember 2008). Der Kläger erklärte sich hiermit nicht einverstanden, weil ihm die Familienversicherung für ein Kind verweigert worden sei.

Mit Widerspruchsbescheid vom 2. März 2009 wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers zurück. Im Klageverfahren hat der Kläger vorgetragen, er habe die freiwillige Versicherung in der Geschäftsstelle A. abgeschlossen. Ihm sei gesagt worden, dass seine Kinder bzw. die Kinder seiner Frau, die im gemeinsamen Haushalt lebten, mitversichert würden. Er sei nicht darauf hingewiesen worden, dass es bei einem Stiefkind Probleme geben könnte. In diesem Fall hätte er keine freiwillige Versicherung abgeschlossen. Einige Zeit danach sei ihm mitgeteilt worden, dass sein Stiefsohn M. K. nicht familienversichert sei. Er habe mit der Beklagten keine Einigung erzielen können und deshalb die Beitragszahlungen eingestellt. Seit dem 24. März 2009 beziehe er wieder Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) und sei über seine Ehefrau familienversichert.

Mit Urteil vom 19. Juli 2012 hat das Sozialgericht (SG) auf Antrag der Beklagten festgestellt, dass "zwischen dem Kläger und der Beklagten ab dem 1. Juni 2008 und auch weiterhin ein Versicherungsverhältnis in der freiwilligen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Sinne von [§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) und in der gesetzlichen Pflegeversicherung besteht."

Im Berufungsverfahren hält der Kläger an seiner Ansicht fest, dass aufgrund der falschen Aussage der Mitarbeiterin der Beklagten, die freiwillige Versicherung von Anfang an ungültig sei. Den Fragebogen zur Feststellung der Familienversicherung habe er wahrscheinlich

zu Hause ausgefüllt und dann an die Beklagte zurückgesandt. Er könne nicht mehr genau sagen, ob er bei dem Gespräch mit der Mitarbeiterin der Beklagten erwähnt habe, dass er nicht der leibliche Vater des M. K. sei.

Die Kläger beantragt sinngemäß,

das Urteil des Sozialgerichts Altenburg vom 19. Juli 2012 aufzuheben und festzustellen, dass seine freiwillige Krankenversicherung bei der Beklagten durch seine Kündigungserklärung vom 29. Oktober 2008 zum 1. Juni 2008 beendet wurde.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie weist darauf hin, dass Gegenstand des erstinstanzlichen Verfahrens die Beendigung der freiwilligen Krankenversicherung zum 1. Juni 2008 durch Kündigung des Klägers vom 29. Oktober 2008 war. Seit dem 24. März 2009 habe eine Familienversicherung, seit 18. Januar bis 17. Oktober 2010 eine Pflichtversicherung, danach erneut bis 13. Mai 2012 eine Familienversicherung bestanden. Das letzte Versicherungsverhältnis bei der Beklagten sei wegen Kassenwechsels des Versicherten beendet worden. Im Übrigen verweise sie zur Begründung auf ihre Ausführungen im Widerspruchsbescheid und auf die Entscheidungsgründe des erstinstanzlichen Urteils.

Die Berichterstatterin hat am 9. Juli 2013 mit den Beteiligten einen Erörterungstermin durchgeführt und den Kläger mit Verfügung vom 24. August 2015 darauf hingewiesen, dass Gegenstand des erstinstanzlichen Verfahrens nur die Beendigung der freiwilligen Versicherung in der Krankenversicherung war.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts wird auf den Inhalt der Gerichts- und der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung war.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte in Abwesenheit des Klägers entscheiden, nachdem er mit der Ladung zur mündlichen Verhandlung auf diese Möglichkeit hingewiesen worden ist ([§§ 153 Abs. 1, 110 Abs. 1 S. 2](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG)).

Die Berufung des Klägers ist unbegründet.

Streitgegenstand des Verfahrens ist lediglich die Beendigung des bei der Beklagten bestehenden freiwilligen Krankenversicherungsverhältnisses ab dem 1. Juni 2008. Nur hierüber hat die Beklagte mit Bescheid vom 3. Dezember 2008 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 2. März 2009 entschieden. Eine freiwillige Pflegeversicherung besteht auch grundsätzlich nicht. Personen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert sind, sind in der sozialen Pflegeversicherung pflichtversichert (vgl. [§ 20 Abs. 3](#) des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI)). Endet die freiwillige Versicherung in der GKV, endet auch die sich hierauf begründende Pflegeversicherung. Die Pflegekasse war nicht Beklagte des erstinstanzlichen Verfahrens, eine Feststellung des Bestehens der Pflegeversicherung gegenüber der Beklagten, die hierüber nicht entschieden hat, war daher nicht Gegenstand des Klageverfahrens. Ebenso war zwischen den Beteiligten nicht streitig, dass die freiwillige Versicherung des Klägers in der GKV mit dem 23. März 2009 endete und danach nicht wieder begründet wurde. Da aus den Entscheidungsgründen ersichtlich ist, dass das SG die Klage im Ergebnis abgewiesen hat, war der Tenor entsprechend zu berichtigen. An ihrem unzulässigen Feststellungsantrag hat die Beklagte im Berufungsverfahren nicht festgehalten.

Zutreffende Klageart für die Frage der Beendigung der freiwilligen Krankenversicherung ist neben der Anfechtungsklage zur Beseitigung der angefochtenen Bescheide der Beklagten, die Feststellungsklage nach [§ 55 Abs. 1 SGG](#).

Die freiwillige Mitgliedschaft des Klägers bei der Beklagten wurde durch seine Beitrittserklärung vom 7. Juli 2008 rückwirkend zum 1. Juni 2008 nach [§ 9 SGB V](#) (in der Fassung des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung - GKV-WSG vom 26. März 2007, gültig ab 1. April 2007 ([BGBl. I S. 378](#))) begründet. Demgegenüber entsteht die Familienversicherung der Angehörigen des Stammversicherten - hier des Klägers - kraft Gesetzes, wenn die in [§ 10 SGB V](#) genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

Die Beitrittserklärung zur freiwilligen Versicherung ist eine empfangsbedürftige Willenserklärung des Berechtigten, die nach [§ 188 Abs. 3 SGB V](#) (in der Fassung des 10. SGB V-Änderungsgesetz vom 23. März 2002, gültig ab 29. März 2002 ([BGBl. I S. 1169](#))) schriftlich zu erfolgen hat. Nach [§ 173 Abs. 1, 1. Hs. SGB V](#) (in der Fassung des GKV-WSG, gültig ab 1. April 2007, a.a.O.) sind Versicherungspflichtige ([§ 5 SGB V](#)) und Versicherungsberechtigte ([§ 9 SGB V](#)) Mitglied der von ihnen gewählten Krankenkasse. Sie können zwischen den in [§ 173 Abs. 2 SGB V](#) im Einzelnen aufgeführten Krankenkassen wählen.

Nach [§ 175 Abs. 4 Satz 1](#) (in der Fassung des GKV-WSG, gültig ab 1. April 2007, a.a.O.) sind Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte an die Wahl der Krankenkasse mindestens 18 Monate gebunden, wenn sie das Wahlrecht ab dem 1. Januar 2002 ausüben. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt ([§ 175 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#)). Die Krankenkasse hat dem Mitglied unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung eine Kündigungsbestätigung auszustellen ([§ 175 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#)). Die Kündigung wird erst wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist ([§ 175 Abs. 4 Satz 4 SGB V](#)).

Die freiwillige Mitgliedschaft des Klägers bei der Beklagten endete nicht aufgrund seiner Kündigung vom 29. Oktober 2008 rückwirkend zum 1. Juni 2008. Diese Kündigung ist nicht wirksam geworden (vgl. [§ 175 Abs. 4 SGB V](#)). Der Kläger war an seine Erklärung vom 7. Juli 2008, der freiwilligen Versicherung in der GKV beizutreten, nach [§ 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) 18 Monate gebunden. Unabhängig davon hat er auch keine Mitgliedsbescheinigung bei einer anderen Krankenkasse oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung vorgelegt. Eine rückwirkende Beseitigung der Wirksamkeit der Beitrittserklärung ergibt sich nicht daraus, dass das Schreiben vom 29. Oktober 2008 als Anfechtung des

Beitritts zur freiwilligen Versicherung in der GKV auszulegen ist. Zwar können verwaltungsrechtliche Willenserklärungen unter Umständen angefochten werden (vgl. Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 23. Oktober 2003 - Az.: [B 4 RA 27/03 R](#), nach juris). Voraussetzung für eine gesetzes- oder rechtsanaloge oder rechtsgrundsätzliche Anwendung des [§ 119](#) des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB) ist aber stets, dass eine verwaltungsrechtliche Willenserklärung eines Bürgers vorliegt und öffentlich-rechtliche Regelungen konzeptwidrig (planwidrig) nicht vorhanden sind, in denen die Frage geregelt ist, ob und gegebenenfalls mit welchen Rechtswirkungen wirksam abgegebene verwaltungsrechtliche Willenserklärungen nachträglich mit Rückwirkung für unwirksam erklärt werden dürfen. Hierauf ist nicht weiter einzugehen, da es vorliegend bereits an den tatbestandlichen Voraussetzungen der [§§ 119 ff BGB](#) fehlt. Nach [§ 119 Abs. 1 BGB](#) kann derjenige, der bei der Abgabe einer Willenserklärung über deren Inhalt im Irrtum war oder eine Erklärung dieses Inhalts überhaupt nicht abgeben wollte, die Erklärung anfechten, wenn anzunehmen ist, dass es sie bei Kenntnis der Sachlage und bei verständiger Würdigung des Falles nicht abgegeben haben würde. Insoweit stellt die Erklärung des Klägers, er hätte seinen Beitritt zur freiwilligen Krankenversicherung nicht erklärt, wenn er gewusst hätte, dass für seinen Stiefsohn keine Familienversicherung möglich sei, keinen beachtlichen Inhaltsirrtum dar. Es liegt vielmehr ein unbeachtlicher Rechtsfolgen- oder Motivirrtum vor. Der Kläger irrte nicht über die das Wesen des Rechtsgeschäfts bestimmenden rechtlichen Wirkungen der Erklärung in Form des Beitritts zur freiwilligen Krankenversicherung, sondern er befand sich - seinen Vortrag unterstellt - lediglich in Unkenntnis oder der irrigen Annahme der Rechtsfolgen für seinen Stiefsohn M. K. Zwar liegt ein zur Anfechtung berechtigender Inhaltsirrtum auch dann vor, wenn der Erklärende über die Rechtsfolgen seiner Willenserklärung irrt, weil das Rechtsgeschäft nicht nur die von ihm erstrebte Rechtswirkung erzeugt, sondern auch solche, die sich davon unterscheiden. Ein derartiger Rechtsirrtum berechtigt jedoch nur dann zur Anfechtung, wenn das vorgenommene Rechtsgeschäft wesentlich andere als die beabsichtigten Wirkungen erzeugt. Dagegen ist der nicht erkannte Eintritt zusätzlicher oder mittelbarer Nebenwirkungen, die zu den gewollten und eingetretenen Rechtsfolgen bloß hinzutreten, kein Irrtum über den Inhalt der Erklärung mehr, sondern ein lediglich unbeachtlicher Motivirrtum (vgl. Schleswig-Holsteinisches Oberlandesgericht, Urteil vom 6. Oktober 2011 - Az.: [11 U 44/10](#), Oberlandesgericht des Landes Sachsen-Anhalt, Beschluss vom 30. Dezember 2008 - Az.: [10 Wx 13/08](#), m.w.N., alle nach juris). Dass der Stiefsohn des Klägers nur dann Anspruch auf eine kostenlose Familienversicherung vermittelt über den Kläger hat, wenn dieser ihn überwiegend unterhält, ist eine solche Nebenfolge. Darüber hinaus ist bei einer Irrtumsanfechtung erforderlich, dass der Irrende auf der Grundlage einer "verständigen Würdigung", das heißt frei von Eigensinn und subjektiven Launen von der Erklärung Abstand nehmen will. Insofern ist zu beachten, dass es an einer realistischen alternativen Gestaltungsmöglichkeit des Klägers fehlte. In der privaten Krankenversicherung ist eine kostenlose Mitversicherung von Familienangehörigen nicht möglich. Bei einer Versicherung nach [§ 5 Nr. 13 SGB V](#) - wegen fehlender anderweitiger Absicherung - wären die gleichen Rechtsfolgen eingetreten.

Für eine Anfechtung des Beitritts zur freiwilligen Krankenversicherung nach [§ 123 BGB](#) wegen arglistiger Täuschung fehlt es ebenfalls an ausreichenden Anhaltspunkten. Unter Täuschen wird die Erregung eines Irrtums durch Vorspiegeln unwahrer oder durch Unterdrückung wahrer Tatsachen verstanden. Sie kann durch aktives Tun oder durch Unterlassen geschehen, wenn eine Aufklärungspflicht besteht. Der Kläger hat im Erörterungstermin am 9. Juli 2013 selbst vorgetragen, er könne sich nicht daran erinnern, ob er die Mitarbeiterin darüber informiert hat, dass M. K. nicht sein leiblicher Sohn ist.

Der Kläger kann auch nicht verlangen, so gestellt zu werden, als hätte er seinen Beitritt zur freiwilligen Krankenversicherung nicht ausgeübt. Ein solcher Anspruch steht ihm auch nicht unter dem Gesichtspunkt eines sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs zu. Dieses richterrechtlich aus den sozialen Rechten entwickelte verschuldensunabhängige sekundäre Recht knüpft u.a. an die Verletzung "behördlicher" Auskunfts-, Beratungs- und Betreuungspflichten im Sozialversicherungsverhältnis an (vgl. BSG, Urteil vom 23. Oktober 2003 - Az.: [B 4 RA 27/03 R](#), m.w.N., nach juris) und hat zur Folge, dass der Zustand wieder herzustellen ist, der (wahrscheinlich) bestehen würde, wenn der Sozialleistungsträger sich rechtmäßig verhalten hätte. Hier fehlt es aus den genannten Gründen bereits an einer nachgewiesenen Verletzung einer Hinweis- oder Beratungspflicht der Beklagten. Zudem wäre nachträglich, wäre der Kläger nicht der freiwilligen Krankenversicherung beigetreten, Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#), unter Berücksichtigung der bis zum Inkrafttreten des Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung vom 15. Juli 2013 am 1. August 2013 ([BGBl I 2013, 2423](#)) geltenden Fassung, eingetreten, weil eine private Krankenversicherung tatsächlich ab dem 1. Juni 2008 nicht bestand und der Kläger zuletzt in der GKV versichert war. Eine versicherungslose Zeit ist gesetzlich nicht mehr möglich. Hinsichtlich der Beitragspflicht der nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) Versicherungspflichtigen, gilt [§ 240 SGB V](#), der die Beitragsbemessung freiwillig Krankenversicherter regelt, entsprechend.

Die Entscheidung über die Kosten beruht auf [§ 193](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG).

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

Rechtskraft

Aus

Login

FST

Saved

2016-02-23