

L 16 KR 439/20

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
16
1. Instanz
SG Köln (NRW)
Aktenzeichen
S 23 KR 1631/17
Datum
10.06.2020
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 16 KR 439/20
Datum
31.03.2022
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 12 KR 31/22 B, B 12 KR 2/23 C
Datum
30.01.2023
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Köln vom 10.06.2020 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand

Streitig ist die Mitgliedschaft des Klägers bei der Beklagten seit dem 15.07.2010 und die Rückerstattung eines durch die Beklagte gepfändeten Betrages in Höhe von 21.293,76 €.

Der am 00.00.1966 geborene Kläger war ab dem 01.01.2000 bei der Beigeladenen privat krankenversichert. Vom 01.10.2007 bis zum 14.07.2010 verbüßte er eine Haftstrafe. Bei der Beigeladenen beantragte die damalige Lebensgefährtin des Klägers auf der Grundlage einer ihr am 28.12.2007 notariell ausgestellten Generalvollmacht am 29.02.2008 die Umwandlung in eine Anwartschaftsversicherung. Nach erfolgter Umstellung mahnte die Beigeladene die Zahlung von offenen Prämien an und bot dem Kläger mit Schreiben vom 22.04.2009 an, die Anwartschaftsversicherung rückwirkend ab dem Termin des Beitragsrückstands (30.09.2008) aufzuheben. Das Schreiben wurde von dem Kläger an die Beigeladene am 15.05.2009 mit dem handschriftlichen Vermerk „Ich erkläre mich mit der Aufhebung der Anwartschaft einverstanden“ und mit seiner Unterschrift versehen zurückgesandt. Diese bestätigte dem Kläger am 28.05.2009 die Beendigung des Vertrages zum 30.09.2008.

Zuletzt in der Zeit vom 09.10.2009 bis zum 02.02.2010 ging der Kläger als Freigänger einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis bei der Fa. P. GmbH nach und wurde durch diese der Beklagten als zuständiger Einzugsstelle gemeldet.

Nach Beendigung der Haftzeit am 14.07.2010 beantragte seine Lebensgefährtin – ebenfalls unter Bezugnahme auf die ausgestellte Generalvollmacht – eine Familienversicherung für den Kläger bei der AOK ab dem 15.07.2010, die diese zunächst durchführte.

Mit Bescheid vom 29.04.2013 stornierte die AOK diese Versicherung wegen der Höhe des Einkommens des Klägers rückwirkend mit ihrem Beginn ab dem 15.07.2010. Die hiergegen erhobene Klage wies das Sozialgericht Köln mit Gerichtsbescheid vom 19.12.2013 ab. Nach entsprechenden Hinweisen des erkennenden Senats im anschließenden Berufungsverfahren (L 16 KR 11/14; Sitzungsniederschrift vom 13.11.2014) bezüglich der Rechtmäßigkeit der Feststellung des Nichtzustandekommens der Familienversicherung bei möglicher

Versicherungspflicht des Klägers gemäß [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) sagte die AOK umgehende Feststellungen darüber zu, seit wann und ob der Kläger weiterhin pflichtversichertes Mitglied sei. Das gerichtliche Verfahren bezüglich der Beendigung der Familienversicherung erklärte dieser daraufhin für erledigt.

Für die weitere Prüfung zeigte der Kläger gegenüber der AOK mit dem entsprechenden Vordruck die Pflichtversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) an. Ergänzend führte er aus, dass die private Krankenversicherung bis zum 06.03.2008 bestanden habe und die anschließende Anwartschaftsversicherung zum 30.09.2008 beendet worden sei. Er beziehe seit April 2008 Versorgungsleistungen durch die Bayerische Ärzteversorgung in Höhe von 4.105,41 € brutto. Die AOK kam zu dem Ergebnis, dass die Beklagte für die Versicherung des Klägers zuständig sei, da dieser zuletzt über sie in der Zeit vom 09.10.2009 bis zum 02.02.2010 gesetzlich krankenversichert gewesen sei, und leitete den Antrag zur Prüfung an diese weiter.

Nach Einholung von weiteren Auskünften u.a. zu den Versorgungsbezügen des Klägers bei der Bayerischen Ärzteversorgung stellte die Beklagte mit Bescheid vom 21.04.2015 dessen Mitgliedschaft bei ihr ab dem 15.07.2010 fest und erhob monatliche Beiträge unter Zugrundelegung der Beitragsbemessungsgrenze. Für die Zeit vom 01.12.2010 bis zum 15.07.2015 sei danach ein Betrag in Höhe von insgesamt 35.446,16 € fällig geworden. Die Beiträge für den Zeitraum vom 15.07.2010 bis zum 30.11.2010 seien dagegen verjährt. Gegen diesen Bescheid wurde kein Widerspruch eingelegt.

Der Kläger wandte sich am 01.07.2015 an die Bayerische Ärzteversorgung und bat mit dem Verweis auf „eine Auflistung der Versicherungsbeiträge“ durch die „AOK Rheinland/Hamburg“ um Begleichung der Beiträge. Für die Monate Juni, Juli und August 2015 überwies er den geforderten Monatsbeitrag an die Beklagte, d.h. insgesamt 2.220,96 €. Da der weitere offene Betrag nicht gezahlt wurde, mahnte diese den Kläger mit Schreiben vom 20.08.2015 und stellte mit Bescheid vom 07.09.2015 das Ruhen des Leistungsanspruchs ab dem vierten Tag nach Zustellung fest, weil der Kläger die rückständigen Beiträge in Höhe von insgesamt 36.690,66 € trotz Zahlungserinnerung vom 20.08.2015 nicht gezahlt habe. Auch gegen diesen Bescheid erfolgte kein Widerspruch.

Mit Schreiben vom 23.09.2015 kündigte der Kläger die Mitgliedschaft bei der Beklagten. Diese führte hierzu unter dem 17.02.2016 aus, dass der Kläger keine nach [§ 175 Abs. 4 Satz 4 SGB V](#) erforderliche Mitgliedsbescheinigung einer neuen Krankenkasse zum Ablauf der Kündigungsfrist am 31.12.2015 vorgelegt habe und daher über diesen Zeitraum hinaus weiterhin ihr Mitglied sei.

Aufgrund der fortgesetzten Beitragsrückstände betrieb die Beklagte durch Pfändungs- und Überweisungsverfügung vom 14.03.2017 die Pfändung in das Kundenkonto des Klägers bei der Postbank T. und pfändete am 20.04.2017 einen Betrag in Höhe von insgesamt 21.293,76 €. Hiergegen wandte sich der Kläger mit Schreiben vom 03.04.2017. Seit dem 23.06.2013 bestehe eine private Krankenversicherung; der gesamte beanspruchte Forderungsbetrag von insgesamt 58.479,70 € sei nicht nachvollziehbar. Auch sei der „Vergleich“ vor dem LSG NRW offenbar nicht berücksichtigt worden, und die AOK habe sich nicht an die Zusage gehalten, ihm eine Versichertenkarte zu übersenden.

Die Beklagte verwies den Kläger auf den Wortlaut der Sitzungsniederschrift vom 13.11.2014, wonach allein die Prüfung einer Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) zugesagt worden sei. In deren Rahmen sei festgestellt worden, dass sie als letzte Krankenkasse des Klägers für die Durchführung des Versicherungsverhältnisses nach [§ 174 Abs. 5 SGB V](#) zuständig sei. Daraufhin sei dem Kläger mit bindendem Bescheid vom 21.04.2015 der Beginn seiner Mitgliedschaft bei ihr zum 15.07.2010 bestätigt und die Höhe der Versicherungsbeiträge mitgeteilt worden. Der Verwaltungsakt sei in der Sache bindend geworden. Eine wirksame Kündigung der Mitgliedschaft sei nicht erfolgt. Diesbezüglich werde erneut um Vorlage einer aktuellen Mitgliedsbescheinigung der privaten Krankenversicherung gebeten, um zu klären, ab welchem Termin dort ggf. eine Mitgliedschaft bestehe.

Der Kläger erklärte daraufhin, dass die seinerzeit erfolgte Anmeldung bei der AOK auf der Grundlage der der damaligen Lebensgefährtin erteilten Generalvollmacht vom 28.12.2007 unwirksam gewesen sei, weil er bei Ausstellung der Vollmacht geschäftsunfähig gewesen sei. Daher sei auch die private Krankenversicherung nicht wirksam gekündigt worden, und er tatsächlich nie gesetzlich krankenversichert gewesen. Des Weiteren forderte der Kläger die Beklagte zur Erstattung des am 18.04.2017 gepfändeten Betrages auf. Das LSG habe durch „Beschluss“ die Zuständigkeit der AOK gesehen, wobei die rechtliche Grundlage der Anmeldung und Fortsetzung der dortigen Familienversicherung aufgrund der Rechtsunwirksamkeit der Generalvollmacht entfallen sei.

Mit Bescheid vom 31.08.2017 lehnte die Beklagte die Erstattung des Pfändungsbetrages ab. Der Kläger unterliege seit dem 14.07.2010 der Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#), was weder von einem Antrag noch einer sonstigen Willenserklärung der Betroffenen abhängt. Den mehrfach geforderten Nachweis eines privaten Krankenversicherungsverhältnisses habe der Kläger bislang nicht erbracht. Die Beiträge seien in gesetzlicher Höhe erhoben worden.

Hiergegen legte der Kläger am 22.09.2017 Widerspruch ein. Während seiner Inhaftierung sei er über die freie Heilfürsorge der JVA R. versichert und zusätzlich über die AOK familienversichert gewesen. Vor seiner Inhaftierung sei er privat versichert gewesen. Diese private

Krankenversicherung sei unter Bezugnahme auf die Generalvollmacht vom 28.12.2007 nur stillgelegt und nicht gekündigt worden. Das Versicherungsverhältnis bei der Beklagten sei dagegen gekündigt worden bzw. habe schon nicht bestanden, da diese ihm keine Versichertenkarte habe zukommen lassen. Im Übrigen sei die zum 28.12.2007 ausgestellte Generalvollmacht aufgrund der seinerzeit bestehenden Geschäftsunfähigkeit unwirksam.

Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 22.11.2017 zurück. Der Kläger sei seit dem 15.07.2010 bei ihr pflichtversichert. Die diesbezüglichen Bescheide vom 21.04.2015, 07.09.2015 und 25.01.2016 seien bestandskräftig geworden. Das Recht sei auch nicht unrichtig angewandt worden, so dass die Verwaltungsakte nicht nach [§ 44 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) zurückgenommen werden müssten, nachdem sie unanfechtbar geworden seien. Nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) sei versicherungspflichtig, wer keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall habe und zuletzt gesetzlich krankenversichert oder bisher nicht gesetzlich oder privat krankengesichert gewesen sei. [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) sei dahingehend auszulegen, dass an die letzte Krankenversicherung angeknüpft werden solle, unabhängig ob diese gesetzlich oder privat gewesen sei. Bei einer vorherig bestehenden privaten Krankenversicherung werde der Versicherte daher nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert. Aus der Niederschrift des LSG NRW vom 13.11.2014 gehe hervor, dass der Kläger ab dem 15.07.2010 nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) versicherungspflichtig gewesen sei. Die AOK habe im Rahmen der weiteren Prüfung festgestellt, dass er wegen der Ausübung des sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses bis zum 02.02.2010 bei ihr – der Beklagten – versichert gewesen sei. Daher sei sie für seine Krankenversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) zuständig und die Beitragspflicht für jeden Monat der Mitgliedschaft nach [§ 223 Abs. 1 SGB V](#) eingetreten. Das Versicherungsverhältnis sei überdies nicht beendet, weil die erforderlichen Nachweise für das Bestehen einer privaten Krankenversicherung nicht beigebracht worden seien.

Hiergegen hat der Kläger am 27.12.2017 Klage bei dem Sozialgericht Köln erhoben. Er sei nicht bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert. Durch den Abschluss der Familienversicherung sei ein Ruhen seiner vorherigen privaten Krankenversicherung bewirkt worden. Darüber hinaus habe das LSG NRW die Zuständigkeit der AOK festgestellt. Die Versicherung bei dieser sei bis zum 31.12.2014 gültig gewesen, da sie von der AOK nicht widerrufen worden sei. Zu beachten sei zudem, dass die Beklagte ihm zumindest eine Krankenversichertenkarte hätte übersenden müssen, um ihn wegen der erhobenen Mitgliedschaftsbeiträgen in Anspruch nehmen zu können. Auch habe er die Bescheide der Beklagten vom 21.04.2015, 15.06.2015 und 25.01.2016 nicht erhalten. Er sei seit dem 15.07.2010 durchgehend privat krankenversichert gewesen, und diese private Krankenversicherung sei nicht ruhend gestellt worden. Insofern sei die der entsprechenden Kündigungserklärung zugrunde liegende Vollmacht unwirksam gewesen. Das gleiche gelte auch für die Anmeldung der Familienversicherung bei der AOK. Bei der Abgabe dieser Vollmacht im Jahr 2007 sei er geschäftsunfähig gewesen; dies sei durch diverse zivilgerichtliche Verfahren und Stellungnahmen von Ärzten erwiesen.

Der Kläger hat schriftsätzlich sinngemäß beantragt,

den Bescheid vom 31.08.2017 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 22.11.2017 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, ihm einen Betrag in Höhe von 21.293,76 € zu erstatten.

Die Beklagte hat schriftsätzlich beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat auf die Ausführungen im Ausgangs- und Widerspruchsbescheid verwiesen. Die von dem Kläger erklärte Kündigung der gesetzlichen Krankenversicherung werde erst wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse nachweise, was hier nicht geschehen sei. Im Übrigen seien Umstände für das Vorliegen einer Geschäftsunfähigkeit des Klägers bei Abgabe der Vollmacht im Jahr 2007 nicht ersichtlich und von ihm nicht nachgewiesen worden.

Die Beigeladene hat bestätigt, dass der Kläger bei ihr kranken- und pflegeversichert gewesen sei. Diese Versicherung sei auf Grund des Antrags vom 29.02.2008 in eine Anwartschaftsversicherung umgewandelt worden, welche sodann mit vom Kläger unterzeichneten Schreiben vom 22.04.2009 gekündigt worden sei, was entsprechend von ihr bestätigt worden sei. Ihr sei bislang kein Nachweis erbracht worden, dass der Kläger im Zeitraum vom 24.04.2009 bis 15.05.2009, in dem seine Kündigungserklärung erfolgt sei, geschäftsunfähig gewesen sei.

Das Sozialgericht hat den Kläger aufgefordert, die von ihm benannten Belege für seine Geschäftsunfähigkeit sowie eine Schweigepflichtentbindungserklärung vorzulegen. Der Kläger hat die Freigabe von Sachverständigengutachten sowie der von ihm benannten gerichtlichen Entscheidungen abgelehnt und stattdessen ein Attest des Dr. V. vom 09.12.2008 vorgelegt, in dem dieser ausgeführt hat, der Kläger sei im Jahr 2007 nicht geschäftsfähig gewesen. Eine Schweigepflichtentbindungserklärung ist ebenfalls nicht vorgelegt worden. Das Sozialgericht hat den Kläger darüber hinaus zur Vorlage einer Erklärung aufgefordert, wonach er mit der Beiziehung

und der anschließenden Übermittlung für den Rechtsstreit erheblicher Inhalte an die Beklagte und die Beigeladene in Bezug auf mehrere Verfahrensakte einverstanden sei. Dieses Einverständnis hat der Kläger nicht erteilt.

Mit Gerichtsbescheid vom 10.06.2020 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Das Klagebegehren sei mangels hinreichenden Antrags dahingehend auszulegen, dass der Kläger nicht bei der Beklagten versichert sei und diese kein Recht auf eine Beitragserhebung gehabt habe. Darüber hinaus sei sein Begehren offenkundig auf die Rückerstattung des von der Beklagten gepfändeten Betrages gerichtet. Der angegriffene Bescheid sei jedoch rechtmäßig. Die Beklagte habe schon deshalb die Rückzahlung der gepfändeten Beiträge zu Recht verweigert, weil sie insbesondere mit dem Bescheid vom 21.04.2015 bestandskräftig das Vorliegen einer Pflichtversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) festgestellt habe. Der Vortrag des Klägers, wonach er diesen Bescheid nicht erhalten habe, sei nicht hinreichend nachvollziehbar. So habe er sich zeitnah nach Erlass des Bescheids am 01.07.2015 an die Bayerische Ärzteversorgung gewandt und darin eine „Auflistung der Versicherungsbeiträge“ der „AOK Rheinland/Hamburg“ beigefügt. Gerade vor dem Hintergrund, dass in der Verwaltungsakte der Beklagten in diesem Zeitraum kein weiterer Bescheid enthalten sei, und der Bescheid vom 21.04.2015 letztlich auch im logischen Zusammenhang mit dem Schreiben des Klägers vom 01.07.2015 stehe, sei sein pauschaler Vortrag, diesen Bescheid nicht erhalten zu haben, nicht nachvollziehbar. Vielmehr sei er offenbar von einer Übernahme der Beiträge durch die Bayerische Ärzteversorgung ausgegangen und habe diesen Bescheid dorthin übermittelt. Auch habe er die dort aufgeführten Monatsbeiträge für das Jahr 2015 für die Monate Juni, Juli und August 2015 noch an die Beklagte angewiesen.

Unabhängig davon sei der Kläger ab dem 15.07.2010 bei der Beklagten nach [§§ 5 Abs. 1 Nr. 13, 174 Abs. 3 SGB V](#) pflichtversichert und damit zur Erbringung von Beitragszahlungen verpflichtet. Nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 lit. a SGB V](#) seien Personen in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall hätten und zuletzt gesetzlich krankenversichert gewesen seien. Für den Kläger habe ab dem 15.07.2010 kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall bestanden. Ein solcher sei nicht durch den Fortbestand seiner privaten Krankenversicherung belegt. Die vom Kläger geltend gemachte Unwirksamkeit deren Kündigung sei nicht ausreichend belegt, was zu seinen Lasten gehe. Insbesondere hätten eine zum Zeitpunkt der Vollmachtserteilung bestehende Geschäftsunfähigkeit am 28.12.2007 und zum Zeitpunkt der Kündigung im April/Mai 2008 nicht mit hinreichender Sicherheit festgestellt oder hierzu weitere Ermittlungen von Amts wegen angestellt werden können. Die vorgelegten Atteste von Dr. V. vom 09.12.2008 und Prof. W. vom 25.01.2008 hätten das Gericht nicht davon überzeugen können, dass er sich bei Unterzeichnung der Vollmacht am 28.12.2007 und bei der Kündigung in einem geschäftsunfähigen Zustand befunden habe. Vielmehr gebe es auch nach dem Vortrag des Klägers offenkundig noch eine Vielzahl von weiteren ärztlichen Berichten und Gutachten über seinen gesundheitlichen Zustand im maßgeblichen Zeitraum, so dass weitere Ermittlungen von Amts wegen erforderlich gewesen wären. Dies sei jedoch nicht möglich gewesen, weil der Kläger seiner Obliegenheit, bei der Tatsachenermittlung mitzuwirken, trotz mehrmaliger Aufforderung durch das Gericht nicht nachgekommen sei.

Eine anderweitige Absicherung des Klägers im Krankheitsfall habe auch nicht durch eine Familienversicherung oder eine anderweitige Versicherung bei der AOK bestanden. Diese habe festgestellt, dass der Kläger keinen Anspruch auf die Familienversicherung gehabt habe, und das Versicherungsverhältnis rückwirkend zum 15.07.2010 aufgehoben. Die Rechtmäßigkeit dieser rückwirkenden Aufhebung sei im Rahmen des hierüber geführten gerichtlichen Verfahrens bestätigt worden. Entgegen der Auffassung des Klägers habe das LSG NRW in diesem Rechtsstreit auch nicht festgestellt, dass die AOK für die Versicherung des Klägers verantwortlich sei. Der Niederschrift vom 13.11.2014 sei vielmehr zu entnehmen, dass die AOK allein zugesagt habe, Feststellungen darüber treffen zu wollen, ob der Kläger bei ihr weiterhin pflichtversichert sei.

Der Kläger sei bei der Beklagten vom 09.10.2009 bis zum 02.02.2010 im Rahmen einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung gemeldet und daher bei ihr zuletzt gesetzlich krankenversichert gewesen. Die Zuständigkeit der Beklagten und nicht der AOK folge insofern aus [§ 174 Abs. 3 SGB V](#). Diese Versicherung sei auch nicht durch das Schreiben des Klägers vom 23.09.2015 wirksam gekündigt worden, weil er keine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachgewiesen habe. Das Bestehen des Versicherungsverhältnisses sei zudem nicht durch die Ausstellung einer Versichertenkarte bedingt. Die Beklagte habe die Beiträge und den Beitragsrückstand in Höhe von 35.446,16 € zutreffend berechnet, sodass jedenfalls ein Anspruch auf die am 20.04.2017 gepfändete Summe in Höhe von 21.293,76 € bestanden habe.

Gegen diesen ihm am 15.06.2020 zugestellten Gerichtsbescheid hat sich der Kläger mit der am 09.07.2020 eingelegten Berufung gewandt. Zu keinem Zeitpunkt habe eine gesetzliche Krankenversicherung bei der Beklagten bestanden. Es liege insbesondere kein Bescheid der Beklagten vom 21.04.2015 vor. Dessen Zugang hätte die Beklagte beweisen müssen. Dies habe das Sozialgericht versäumt zu überprüfen. Die gepfändeten Geldbeträge seien ihm daher umgehend zurück zu überweisen.

Nachdem die Beteiligten den Rechtsstreit im Verhandlungstermin vor dem Senat auf die Überprüfung der Krankenversicherung des Klägers beschränkt haben, beantragt der Kläger,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Köln vom 10.06.2020 zu ändern und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 31.08.2017 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 22.11.2017 zu verurteilen, ihm Beiträge in Höhe von 21.293,76 € zu erstatten und festzustellen, dass er nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung bei der Beklagten versichert ist.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verteidigt das Urteil des Sozialgerichts.

Die Beigeladende stellt keinen Antrag.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakten samt Beiakten, die beigezogene Gerichtsakte L 16 KR 11/14 sowie die Verwaltungsvorgänge der Beklagten Bezug genommen, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe

Die Entscheidung ergeht ohne notwendige Beiladung ([§ 75 Abs. 2 SGG](#)) der AOK. Infolge der Bestandskraft ihres Bescheides vom 29.04.2013 steht zwischen ihr und dem Kläger das Nichtzustandekommen einer Familienversicherung fest. Da auch weder nach dem übrigen Vorbringen des Klägers noch aus sonstigen Gründen ein Anhalt für eine mögliche Zuständigkeit der AOK ab dem hier streitigen Zeitraum für den Kläger besteht, bedarf es ihrer Beteiligung am Verfahren nicht.

Die zulässige, insbesondere statthafte sowie fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts ist unbegründet.

Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen, weil sie unbegründet ist. Der angefochtene Bescheid der Beklagten vom 31.08.2017 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 22.11.2017 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten ([§ 54 Abs. 2 SGG](#)). Sie hat es zu Recht abgelehnt, dem Kläger einen Betrag in Höhe von 21.293,76 € aus der am 20.04.2017 erfolgten Pfändung seines Kontos bei der Postbank T. zu erstatten, weil ein solcher Anspruch nicht besteht. Der Kläger ist seit dem 15.07.2010 bei der Beklagten nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) versicherungs- und dementsprechend beitragspflichtiges Mitglied, so dass auch der (negative) Feststellungsantrag unbegründet ist.

Der Kläger verfolgt bei verständiger Auslegung seines Rechtsschutzbegehrens ([§ 123 SGG](#), [§ 133 BGB](#)) zwei Klageziele. Zum einen begehrt er die Verurteilung der Beklagten zur Erstattung des von ihr gepfändeten Betrages in Höhe von 21.293,76 € und zum anderen die Feststellung, dass er nicht deren pflichtversichertes Mitglied geworden ist. Soweit der Kläger sein Erstattungsbegehren gegen die Beklagte im Berufungsverfahren weiterverfolgt, ist die kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage ([§ 54 Abs. 1 Satz 1, Abs. 4, § 56 SGG](#)) statthaft, während die über das engere Vorliegen von Beitragsschulden hinausgehende Frage des (Nicht-)Bestehens der Auffang-Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) als Status-Streit (vgl. BSG, Urteil vom 24.03.2016 – [B 12 KR 6/14 R](#) – Rn. 23, 26, juris) statthaft mit der Feststellungsklage nach [§ 55 Abs. 1 Nr. 1 SGG](#) zu verfolgen ist. Da sein Versicherungsstatus Grundlage der begehrten Beitragserstattung und damit Inhalt der angefochtenen Verwaltungsentscheidung ist, hat der Kläger im vorliegenden Verfahren auch das erforderliche Feststellungsinteresse an dessen grundsätzlicher Klärung.

Der Kläger hat keinen Anspruch auf Erstattung der gepfändeten Beträge i.H.v. 21.293,76 €, weil er (auch) in dieser Höhe rechtmäßig Beitragsforderungen der Beklagten ausgesetzt ist. Der Kläger ist bei der Beklagten seit dem 15.07.2010 als Versicherungspflichtiger nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13](#) lit. a, [§ 174 Abs. 3 SGB V](#) Mitglied der Beklagten und seit diesem Zeitpunkt ihr gegenüber auch zur Tragung von Beiträgen nach Maßgabe der [§§ 223 Abs. 1, 250 Abs. 3 SGB V](#) verpflichtet. Damit ist auch dem negativen Feststellungsbegehren der Erfolg zu versagen.

Nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13](#) lit. a SGB V sind Personen in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und zuletzt gesetzlich krankenversichert waren.

Es kann dahinstehen, ob sich dies für den Kläger bereits aus der Bestandskraft (§ 77 SGG) des Bescheides der Beklagten vom 21.04.2015 ergibt, mit dem sie u.a. die Versicherungspflicht und Mitgliedschaft des Klägers festgestellt hat. Wie jeder Versicherungspflichttatbestand tritt auch die (Auffang)Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V kraft Gesetzes ein und setzt damit weder die Feststellung durch die Krankenkasse noch den Abschluss eines Vertrages mit Abgabe hierauf gerichteter Willenserklärungen noch eine Kenntnis von der Versicherungspflicht voraus. Vielmehr beginnt die Mitgliedschaft gemäß § 186 Abs. 1 Satz 1 SGB V mit dem ersten Tag ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall im Inland (Senat, Beschluss vom 24.02.2010 – L 16 B 49/09 KR NZB – Rn. 4, juris; s. auch BSG, Urteil vom 29.06.2021 – B 12 KR 38/19 R – Rn. 12, juris). Die Feststellung der Krankenkasse durch Verwaltungsakt hat damit nur deklaratorischen Charakter. Da der Zugang des Bescheides vom 21.04.2015 somit nicht streitentscheidend ist, kommt es auch nicht darauf an, ob die Beklagte das Begehren des Klägers mit dem angefochtenen Bescheid vom 31.08.2017 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22.11.2017 zu Recht auch als Überprüfungsantrag nach § 44 SGB X ausgelegt hat.

Für den Kläger bestand ab dem 15.07.2010 kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall i.S.d. § 5 Abs. 1 Nr. 13 lit. a SGB V. Ein solcher ergibt sich insbesondere nicht aus einem Fortbestand des bei der Beigeladenen im Jahre 2000 abgeschlossenen und zum 30.09.2008 gekündigten privaten Krankenversicherungsvertrages. Soweit der Kläger geltend macht, dass er sowohl bei Erteilung der notariellen Vollmacht an seine damalige Lebensgefährtin im Dezember 2007 als auch seiner eigenen Zustimmung zur Beendigung des Vertrages im Mai 2009 geschäftsunfähig gewesen sei, ist dies in diesem Verfahren rechtlich irrelevant, so dass der erkennende Senat dem nicht weiter nachzugehen braucht. Zwar stellt auch das Bestehen einer privaten Krankenversicherung zumindest im Umfang der Auffangversicherungspflicht nach § 193 Abs. 3 Satz 1 VVG einen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall i.S.d. § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V dar (s. BSG, Urteil vom 20.03.2013 – B 12 KR 14/11 R – Rn. 15 ff., juris). Es muss sich jedoch entsprechend dem Sinn und Zweck der Regelung, lückenlosen Versicherungsschutz durch Entlastung von den im Krankheitsfall entstehenden Aufwendungen zu gewährleisten, um eine aktuelle private Versicherung handeln, die zu realisierbaren Leistungsansprüchen führt (BSG, Urteil vom 20.03.2013 – B 12 KR 14/11 R – Leitsatz und Rn. 14, juris; s. auch Peters, in: KassKomm, SGB V, Stand: Dez. 2021, § 5 Rn. 167; Just, in: Becker/Kingreen, SGB V, 8. Aufl. 2022, § 5 Rn. 63). Hier hat sich die Beigeladene im gesamten gerichtlichen Verfahren stets auf die Kündigung des privaten Krankenversicherungsvertrages durch den Kläger mit Wirkung zum 30.09.2008, die sie mit Schreiben vom Mai 2009 bestätigt hat, berufen und die Auffassung vertreten, dass ihr bislang kein Nachweis über die Geschäftsunfähigkeit des Klägers zum Zeitpunkt von dessen Kündigungserklärung erbracht worden sei. Damit bestreitet die Beigeladene das Bestehen eines privaten Krankenversicherungsverhältnisses mit dem Kläger auch im streitigen Zeitraum. Dieser wäre daher nicht in der Lage, Leistungsansprüche gegen die Beigeladene für die Zeit seit Mitte Juli 2010 ohne weiteres zu realisieren. Vielmehr müsste er die Durchsetzung solcher Ansprüche erst auf dem allein zulässigen Zivilrechtsweg erstreiten. Dann kann aber schon deswegen von einem anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall i.S.d. § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V keine Rede sein.

Es bestand auch zu keinem Zeitpunkt eine gegenüber der Auffangversicherung des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V vorrangige Familienversicherung (§ 10 Abs. 1 SGB V). Dass deren Durchführung durch die AOK aufgrund der Einkommensverhältnisse des Klägers von Anfang an rechtswidrig gewesen ist (§ 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V) und daher tatsächlich nicht bestanden hat, steht aufgrund der Bestandskraft (§ 77 SGG) des Bescheides der AOK vom 29.04.2013 für den Kläger rechtskräftig fest.

Der Kläger war daher auch zuletzt bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 lit. a SGB V), weil eine Versicherung bei der AOK nie zustande gekommen ist. Denn mit seiner aktienkundig in der Zeit vom 09.10.2009 bis 02.02.2010 gemeldeten, sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung bei der Fa. P. GmbH war er „zuletzt“ Mitglied der Beklagten, so dass deren Zuständigkeit aus § 174 Abs. 3 Halbsatz 1 Alt. 1 SGB V folgt. Dass dies während der Zeit seiner Inhaftierung geschah und er in dieser Zeit im Übrigen der Heilfürsorge des Landes unterlag, hat keine rechtliche Relevanz, da er dessen ungeachtet (als Freigänger) sozialversicherungspflichtig beschäftigt gewesen ist. Auch dass die Beschäftigtenversicherung nicht bis zum 14.07.2010 andauerte, ist ohne Bedeutung. Eine unmittelbar vorangehende Absicherung in der GKV ist für den Eintritt der Auffangversicherungspflicht nicht erforderlich. Es genügt, dass die letzte Absicherung im Krankheitsfall vor Beginn der Auffangversicherungspflicht eine solche in der GKV war (BSG, Urteil vom 29.06.2021 – B 12 KR 38/19 R – Rn. 12, juris).

Ferner kann sich der Kläger nicht auf die Kündigung der Mitgliedschaft bei der Beklagten mit Schreiben vom 23.09.2015 berufen, weil die Voraussetzungen des § 175 Abs. 4 Satz 4 SGB V (hier in der bis 31.03.2020 gültigen Fassung des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung – GKV-FQW vom 21.07.2014, BGBl. I S. 1133) nicht vorgelegen haben und die Kündigung somit nicht wirksam geworden ist. Denn er hat weder eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliederbescheinigung noch das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachgewiesen.

Schließlich wird der Kläger auch nicht damit gehört, dass eine Mitgliedschaft bei der Beklagten mangels Aushändigung einer Krankenversichertenkarte (§§ 15 Abs. 6 Satz 1, 291 SGB V) nicht zustande gekommen sei. Denn das mit der Krankenkasse bestehende Versicherungspflichtverhältnis und die hieran anknüpfende Beitragspflicht hängen nicht von der Ausstellung einer Krankenversichertenkarte ab (vgl. BSG, Urteil vom 07.12.2000 – B 10 KR 3/99 R – Rn. 35, juris). Diese dient vielmehr lediglich dem unbürokratischen Nachweis der Anspruchsberechtigung und soll, gerade in ihrer elektronischen Form, auch der missbräuchlichen Inanspruchnahme von Leistungen der GKV vorbeugen.

Hinsichtlich der an die (Auffang)Versicherungspflicht und Mitgliedschaft des Klägers bei der Beklagten (ebenfalls kraft Gesetzes) anknüpfenden Beitragspflicht (§§ 223 Abs. 1, 250 Abs. 3 SGB V), der seitens der Beklagten zutreffenden Ermittlung der Höhe von ab

Dezember 2010 zu entrichtenden und noch nicht verjährten ([§ 25 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)) Beiträgen sowie der in der Zeit vom 01.12.2010 bis 31.03.2015 aufgelaufenen Beitragsrückstände in Höhe von 35.446,16 € nimmt der Senat auf die zutreffenden Ausführungen des Sozialgerichts im angefochtenen Urteil Bezug ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)). Auch hat der Kläger im Berufungsverfahren keine diesbezüglichen Einwände erhoben. Soweit die Beklagte am 20.04.2017 einen Betrag in Höhe von 21.293,76 € gepfändet hat, besteht nach dem soeben Ausgeführten hierfür ein rechtlicher Grund und scheidet ein Erstattungsanspruch des Klägers deshalb aus.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§§ 183, 193 SGG](#).

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

Rechtskraft
Aus
Saved
2023-05-08