

L 5 KR 201/10 B ER

Land
Schleswig-Holstein
Sozialgericht
Schleswig-Holsteinisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Kiel (SHS)
Aktenzeichen
S 3 KR 21/10 ER
Datum
11.10.2010
2. Instanz
Schleswig-Holsteinisches LSG
Aktenzeichen
L 5 KR 201/10 B ER
Datum
15.11.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Beschluss
Leitsätze

Zum Wegfall einer Beitragspflicht durch Verwirkung und fehlerhaftem Verhalten eines Versicherungsträgers, aufgrund dessen der Versicherte von dem Versicherungsschutz keine Kenntnis hat.

Die Beschwerde der Antragsgegnerin gegen den Beschluss des Sozialgerichts Kiel vom 11. Oktober 2010 wird zurückgewiesen. Die Antragsgegnerin hat dem Antragsteller auch für die Beschwerdeinstanz seine außergerichtlichen Kosten zu erstatten. &8195;

Gründe:

I.

Der 1963 geborene Antragsteller war bis 11. Mai 2009 als Bezieher von Arbeitslosengeld bei der Antragsgegnerin pflicht-versichert. Im August 2009 ging bei der Antragsgegnerin ein Formblatt ein, in dem der Antragsteller unter "5. Ich mache etwas anderes" eingetragen hatte: "Warte, dass meine Bandscheiben wieder von selbst ausheilen! Also keine Arbeit, keine Versicherung." Unter dem 2. Dezember 2009 schrieb die Antragsgegnerin dem Antragsteller:

"Sie waren zuletzt bis zum 11. Mai 2009 bei uns versichert. Verfügen Sie anschließend über keinen anderen Krankenversicherungsschutz? Dann sind Sie auch weiterhin automatisch bei uns versichert. Bitte senden Sie die beiliegenden Fragebögen ausgefüllt und unterschrieben an mich zurück. Wir benötigen diese Angaben für Ihren weiteren Versicherungsschutz und für die Berechnung der Höhe ihrer Beiträge. Vielen Dank!"

In den Verwaltungsakten der Beklagten findet sich ein Vermerk mit folgendem Wortlaut: "Laut Tel. seit 12.5.09 ohne Versicherung. Lebt von den Einkünften seiner Lebensgefährtin". Unter dem 23. Dezember 2009 teilte die Antragsgegnerin dem Antragsteller mit, dass er seit 11. Mai 2009 kein Kunde der Antragsgegnerin und ab diesem Tag die Versichertenkarte nicht mehr gültig sei. Es werde um Rückgabe der Versichertenkarte gebeten.

Am 28. Dezember 2009 meldete der Antragsteller als Gewerbe einen Würstchenstand beim Bürgerbüro H. an. Am 1. Juni 2010 erhielt die Antragsgegnerin eine "Anzeige zur Pflichtversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#)". Darin teilte der Antragsteller mit, er verfüge seit 28. Dezember 2009 über Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit in Höhe von 700,00 EUR monatlich. Von G. C. habe er für die Zeit vom 12. Mai bis 27. Dezember 2009 freie Unterkunft und Verpflegung erhalten. Seit 28. Dezember 2009 sei er als Imbissbetreiber selbstständig tätig. Sofern er die Möglichkeit habe, freiwilliges Mitglied zu werden, gelte diese Anzeige als Beitrittserklärung zur freiwilligen Versicherung. Mit Bescheid vom 9. Juni 2010 stellte daraufhin die Antragsgegnerin die Mitgliedschaft ab 12. Mai 2009 fest. Ab 15. Juli 2010 seien laufende Beiträge in Höhe von 182,68 EUR für die Kranken- und 28,10 EUR für die Pflegeversicherung monatlich fällig. Für die Zeit vom 12. Mai 2009 bis 31. Mai 2010 werde um Überweisung von 2.138,76 EUR gebeten. Überschrieben ist der Bescheid mit "Ihre freiwillige Krankenversicherung". Eine Rechtsmittelbelehrung enthält der Bescheid nicht. Mit Anschreiben vom 1. September 2010 übersandte die Beklagte dem Antragsteller eine Ratenzahlungsvereinbarung, nach der der Antragsteller anerkennen solle, dass er der Antragsgegnerin Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge in Höhe von 2.332,76 EUR inklusive Säumniszuschläge und Vollstreckungskosten schulde und er sich verpflichte, den Gesamtrückstand mit monatlichen Raten in Höhe von 30,00 EUR zu tilgen. Der Antragsteller verweigerte die Unterzeichnung der Vereinbarung und erhob im September 2010 (undeutlicher Eingangsstempel der Antragsgegnerin) Widerspruch gegen die Beitragszahlung vom 12. Mai 2009 bis 31. Mai 2010. Zur Begründung führte er aus, er habe in dem genannten Zeitraum nicht gewusst, dass er überhaupt noch krankenversichert sei und habe auch keine Leistungen in Anspruch genommen. Die Antragsgegnerin bestätigte den Eingang des Widerspruchs und erläuterte dem Antragsteller die Rechtslage dahingehend, dass die Mitgliedschaft nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB](#)

V ohne Anzeige oder Meldung bestehe. Hinsichtlich der Höhe der Beiträge seien nach [§ 227 SGB V](#) die Regelungen des [§ 240 SGB V](#) maßgebend.

Bereits am 2. September 2010 hatte der Antragsteller beim Sozialgericht Kiel sinngemäß beantragt, im Wege des vorläufigen Rechtsschutzes die Antragsgegnerin zu verpflichten, den Gesamtbeitragsrückstand in Höhe von 2.332,76 EUR nicht weiter einzufordern und Vollstreckungsmaßnahmen zu unterlassen. Vor Juni 2010 habe er sich nicht krankenversichern lassen, da es ihm finanziell nicht möglich gewesen sei. Er sehe aber nicht ein, für die Zeit davor Beiträge nachzuzahlen. Da ihm mit der Mahnung vom 23. August 2010 Vollstreckungsmaßnahmen angekündigt worden seien, sei er auf eine schnelle Entscheidung angewiesen. Dazu hat der Antragsteller die Mahnung der Antragsgegnerin vom 23. August 2010 (befindet sich nicht in den Verwaltungsakten) vorgelegt. Die Antragsgegnerin hat ihre bisherigen Ausführungen wiederholt. Der Widerspruch werde dem zuständigen Widerspruchsausschuss zur Entscheidung vorgelegt. Auf Anfrage des Gerichts hat die Antragsgegnerin mitgeteilt, zunächst sei der Antragsteller mit Schreiben vom 31. August 2009 über die Beendigung seiner Mitgliedschaft informiert worden. Nach ihrer, der Antragsgegnerin, Auffassung gehörten auch Personen, die die Möglichkeit zur Beantragung einer freiwilligen Versicherung nicht nutzten, zum Personenkreis des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#).

Das Sozialgericht hat mit Beschluss vom 11. Oktober 2010 die aufschiebende Wirkung des Widerspruchs gegen den Bescheid vom 9. Juni 2010 angeordnet und zur Begründung ausgeführt: Die im Rahmen des vorläufigen Rechtsschutzes vorzunehmende Interessenabwägung führe hier zu einer Entscheidung zugunsten des Antragstellers. Der angefochtene Bescheid sei bereits nicht hinreichend bestimmt, da die Überschrift den Eindruck erwecke, es sei rückwirkend ein freiwilliges Versicherungsverhältnis begründet und mit keinem Wort die Pflichtversicherung gemäß [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) erwähnt worden. Darüber hinaus habe die Kammer Zweifel daran, dass eine Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) für die streitige Zeit bestanden habe. Dem stünde nämlich entgegen, dass der Antragsteller gemäß [§ 9 SGB V](#) versicherungsberechtigt gewesen sei und bewusst auf den Beitritt zur gesetzlichen Krankenversicherung verzichtet habe.

Gegen den ihr am 11. Oktober 2010 zugestellten Beschluss richtet sich die Beschwerde der Antragsgegnerin, eingegangen beim Sozialgericht Kiel am 21. Oktober 2010. Zur Begründung trägt sie vor, das Sozialgericht habe nicht genügend beachtet, dass der Antragsteller sein Beitrittsrecht zur freiwilligen Versicherung aus persönlichen Gründen nicht realisiert habe. Diese Personen sollte es aber durch die Einführung des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) nach dem Willen des Gesetzgebers nicht mehr geben. Auch bestimme [§ 5 Abs. 8a SGB V](#) eindeutig, dass nur Personen nicht nach Abs. 1 Nr. 13 versicherungspflichtig würden, die nach den Abs. 1 Nr. 1 bis 12 versicherungspflichtig, freiwilliges Mitglied oder nach [§ 10](#) versichert seien. Von einer ungenutzten Versicherungsberechtigung spreche der Gesetzgeber nicht. Bei der Bezeichnung der Kranken- und Pflegeversicherung in dem Beitragsbescheid vom 9. Juni 2010 als freiwillige Versicherung handele es sich um ein Versehen. Der Antragsteller bleibe bei seiner Auffassung und lege eine Mitteilung der Antragsgegnerin über die Sitzung des Widerspruchsausschusses in seiner Sache am 24. November 2010 vor. &8195; II.

Die Beschwerde ist zulässig aber unbegründet. Zu Recht hat das Sozialgericht die Voraussetzungen für eine Anordnung der aufschiebenden Wirkung des Widerspruchs nach [§ 86b Abs. 1 Nr. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG), dessen Voraussetzungen vom Sozialgericht zutreffend wiedergegeben werden, bejaht. Auch der Senat kommt nach der gebotenen Interessenabwägung zwischen den Vollzugsinteressen der Antragsgegnerin und dem Aussetzungsinteresse des Antragstellers zu dem Ergebnis, dass die aufschiebende Wirkung seines Widerspruchs gegen den Bescheid vom 9. Juni 2010 anzuordnen ist.

Der gegen den Beitragsbescheid eingelegte Widerspruch hat nach [§ 86a Abs. 2 Nr. 1 SGG](#) keine aufschiebende Wirkung, da in dem Bescheid über die Versicherungspflicht und die Anforderung von Beiträgen entschieden worden ist. Die Möglichkeit der Aussetzung der Vollziehung hat die Antragsgegnerin in ihrem Schriftsatz vom 17. September 2010 ausdrücklich verneint.

Für die Prüfung des Gerichts nach [§ 86b Abs. 1 Nr. 2 SGG](#) gelten dieselben Grundsätze wie für die entsprechende Entscheidung der Verwaltung (Beschluss des Senats vom 29. September 2008 - L 5 B 492/08 KR ER -; Keller in: Meyer-Ladewig, Keller/Leitherer, SGG-Kommentar, § 86b Rz. 12b). Nach [§ 86a Abs. 3 Satz 2 SGG](#) soll eine Aussetzung der Vollziehung erfolgen, wenn ernstliche Zweifel an der Rechtmäßigkeit des angegriffenen Verwaltungsaktes bestehen oder wenn die Vollziehung für den Abgabepflichtigen eine unbillige, nicht durch überwiegende öffentliche Interessen gebotene Härte zur Folge hätte. In Übereinstimmung mit dem Sozialgericht ist der Senat der Auffassung, dass die Voraussetzungen für die Anordnung der aufschiebenden Wirkung des Widerspruchs erfüllt sind. Nach der im Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes grundsätzlich gebotenen summarischen Prüfung der Sach- und Rechtslage kommt der Senat bei der gebotenen Interessenabwägung (s. o.) zu dem Ergebnis, dass die aufschiebende Wirkung des Widerspruchs anzuordnen ist, weil erhebliche Bedenken an der Rechtmäßigkeit des Beitragsbescheides bestehen.

Allerdings gründen sich die ernstlichen Zweifel an der Rechtmäßigkeit des Senats nicht an dem Bestehen einer Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#), was wiederum das Sozialgericht als zweifelhaft ansieht. Insofern bestimmt diese Vorschrift nämlich eindeutig das Fehlen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall als Grundlage für die Versicherungspflicht nach dieser Vorschrift. Diese Voraussetzungen erfüllen auch die Personen, die lediglich zur freiwilligen Versicherung berechtigt sind, von dieser Berechtigung allerdings keinen Gebrauch gemacht haben. Im Übrigen verkennt das Sozialgericht, dass diese Berechtigung, einer freiwilligen Versicherung beizutreten, nicht unbegrenzt besteht, sondern innerhalb von drei Monaten anzuzeigen ist ([§ 9 Abs. 2 SGB V](#)). Der Senat hat auch Zweifel daran, ob die Überschrift des angefochtenen Bescheides vom 9. Juni 2010, "Ihre freiwillige Krankenversicherung", allein dessen Rechtswidrigkeit bewirkt. Denn auf die freiwillige Krankenversicherung ab Juni 2010 bezog sich dieser Bescheid auch. Der Senat hat vielmehr Zweifel an der Rechtmäßigkeit der Beitragsforderung unter Heranziehung des Grundsatzes von Treu und Glauben im Rahmen des [§ 242](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB).

Aus diesem auch im Sozialrecht anerkannten Grundsatz (vgl. BSG SozR Nr. 4 zu [BGB § 242](#)) ist im Rahmen des Beitragsrechts das Rechtsinstitut der Verwirkung aber auch das Verbot des so genannten venire contra factum proprium (Verbot des widersprüchlichen Verhaltens) entwickelt worden. Beide Rechtsinstitute begründen hier ernstliche Zweifel an der Rechtmäßigkeit des Beitragsbescheides der Antragsgegnerin.

Im Rahmen der Verwirkung entfällt eine Leistungspflicht (hier Beitragszahlung), wenn der Berechtigte die Ausübung seines Rechtes während eines längeren Zeitraums unterlassen hat und weitere besondere Umstände hinzutreten, die nach den Besonderheiten des

Einzelfalles und des in Betracht kommenden Rechtsgebietes das verspätete Geltendmachung des Rechts nach Treu und Glauben dem Versicherten gegenüber als illoyal erscheinen lassen. Solche die Verwirkung auslösenden Umstände liegen vor, wenn der Verpflichtete infolge eines bestimmten Verhaltens des Berechtigten (Verwirkungsverhalten) darauf vertrauen durfte, dass dieser das Recht nicht mehr geltend machen werde (Vertrauensgrundlage) und sich infolgedessen in seinen Vorkehrungen und Maßnahmen so eingerichtet hat (Vertrauensstatbestand), dass ihm durch die verspätete Durchsetzung des Rechts unzumutbare Nachteile entstehen würden (vgl. grundlegend [BSGE 47, 194](#), 196).

Vorliegend hat es die Antragsgegnerin ab Mai 2009 unterlassen, die Beiträge für die Versicherung des Antragstellers nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) einzufordern, obwohl ihr, spätestens im August 2009 durch die Mitteilung des Antragstellers, er habe keine Versicherung, die näheren Umstände und die Voraussetzung für das Vorliegen der Versicherungspflicht bekannt waren. Aufgrund der Rückforderung der Versichertenkarte vom 23. Dezember 2009 konnte der Antragsteller auch davon ausgehen, dass eine Versicherungspflicht und damit eine Beitragspflicht für ihn nicht mehr bestand. Offensichtlich erfolgte auch im Dezember 2009 ein Telefonat zwischen den Beteiligten, in dem der Antragsteller nicht auf diese Möglichkeit hingewiesen wurde. Infolgedessen nahm der Antragsteller auch nicht die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch, was er der Antragsgegnerin im August 2009 mitteilte. Daran ändert auch das Schreiben der Antragsgegnerin vom 2. Dezember 2009 nichts, in dem diese den Antragsteller auf die automatische Weiterversicherung hinwies. Vielmehr lag dieses Schreiben zeitlich vor dem Telefonat und der Rückforderung der Versicherungskarte. Mit ihm machte die Antragsgegnerin vielmehr deutlich, dass ihr der Sachverhalt und insbesondere die Versicherungspflicht des Antragstellers nach dieser Vorschrift bekannt war, sie aber gleichwohl Beiträge nicht einforderte.

Bei dieser Sachlage widerspricht es darüber hinaus der Wechselbeziehung von Beitragspflicht und Leistungsansprüchen im Übrigen aber auch dem oben genannten Grundsatz des *venire contra factum proprium*, wenn die Antragsgegnerin für diesen Zeitraum Beiträge beansprucht. Zwar bedarf es zum Eintritt der Beitragspflicht keiner Kenntnis des Versicherten vom Versicherungsverhältnis; das Gesetz lässt vielmehr keinen Zweifel daran, dass die Versicherungs- und Beitragspflicht unmittelbar mit der Verwirklichung des sie begründenden Tatbestandes eintritt, ohne dass es auf den Willen oder das Bewusstsein der Beteiligten ankommt (BSG [SozR 5420 § 2 Nr. 33](#)). Anders verhält es sich jedoch, wenn der Versicherte aufgrund eines fehlerhaften Verhaltens eines Versicherungsträgers von dem Versicherungsschutz keine Kenntnis hatte ([BSGE 39, 235](#) und [BSGE 51, 89](#)). Ein solches fehlerhaftes Verhalten kommt hier der Aufforderung der Antragsgegnerin, die Versichertenkarte zurückzugeben, da der Antragsteller "kein Kunde der AOK Schleswig-Holstein mehr sei", zu.

Dass im Falle des Antragstellers an sich die Möglichkeit gegeben war, rückwirkend die ihm gegebenenfalls erwachsenen Krankheitsaufwendungen zu erstatten, ändert nichts. Denn dies allein ist – abgesehen davon, dass eine solche Erstattung dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung wegen des Sachleistungsprinzips grundsätzlich fremd ist – schon deshalb unzureichend, weil sich die Bedeutung des Versicherungsschutzes nicht in der Entlastung von bereits aufgewendeten Krankheitskosten erschöpft. Der Krankenversicherungsschutz soll dem Versicherten auch ermöglichen, vorbeugend alle sachgerechten Maßnahmen zur Erhaltung seiner Gesundheit zu ergreifen. Auch ist der gesetzliche Krankenversicherungsschutz auf Beschwerdemilderung gerichtet (BSG [SozR 2200 § 381 Nr. 44](#)). Beschwerden hatte der Antragsteller offensichtlich, wie er der Antragsgegnerin im August 2009 unter Hinweis auf Probleme mit seiner Bandscheibe mitteilte.

Die Kostenentscheidung folgt aus entsprechender Anwendung des [§ 193 SGG](#).

Dieser Beschluss ist unanfechtbar ([§ 177 SGG](#)).

- - -

Rechtskraft

Aus

Login

SHS

Saved

2011-11-17