
Datum: 01.10.2015
Gericht: Landessozialgericht NRW
Spruchkörper: 5. Senat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: L 5 KR 463/13
ECLI: ECLI:DE:LSGNRW:2015:1001.L5KR463.13.00

Vorinstanz: Sozialgericht Düsseldorf, S 8 KR 1058/10
Nachinstanz: Bundessozialgericht, B 12 KR 16/17 R
Sachgebiet: Krankenversicherung
Rechtskraft: nicht rechtskräftig

Tenor:
Die Berufung der Beklagten gegen das Teilurteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 06.06.2013 wird zurückgewiesen.

Tatbestand: 1

Die Beteiligten streiten darüber, ob der Beigeladene zu 2) bei der Klägerin oder aber bei der Beklagten krankenversichert ist. 2

Der am 00.00.1970 geborene Versicherte G I - der Beigeladene zu 2) - beantragte im November 2004 bei dem Beigeladenen zu 1) für sich, seine Ehefrau B und den gemeinsamen Sohn M Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II). Durch Bescheid vom 29.12.2004 bewilligte der Beigeladene zu 1) dem Versicherten, für den damals eine Krankenversicherung bei der Klägerin bestand, Leistungen nach dem SGB II für die Zeit vom 01.01.2005 bis 30.04.2005. Am 06.01.2005 beantragte der Versicherte bei der Beklagten als dem für ihn zuständigen Rentenversicherungsträger die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung. Die Meldung zur Krankenversicherung der Rentner (KVdR) ging bei der Beklagten am 06.01.2005 ein. Durch Bescheid vom 31.01.2005 bewilligte die Beklagte als Rentenversicherungsträger dem Beigeladenen zu 2) Rente wegen voller Erwerbsminderung - rückwirkend - ab 01.04.2004 - aufgrund eines am 16.09.2003 eingetretenen Leistungsfalls; die laufende Zahlung (936, 85 Euro) erfolgte ab 01.03.2005. Der Beigeladene zu 1) entschied 3

durch Bescheid vom 17.02.2005, dass die Zahlung der Leistungen nach dem SGB II ab März 2005 vorläufig eingestellt werde. Für die Monate März und April 2005 erhielt der Beigeladene zu 2) keine Leistungen des Beigeladenen zu 1). Der im Juni 2005 gestellte Antrag auf erneute Gewährung von Leistungen nach dem SGB II bezeichnete die Beklagte als die zuständige Krankenkasse. Durch Bescheid vom 13.06.2005 bewilligte der Beigeladene zu 1) der Ehefrau des Versicherten sowie ihm selbst und dem gemeinsamen Sohn als weiteren Mitgliedern der Bedarfsgemeinschaft Leistungen nach dem SGB II für die Zeit vom 06.06.2005 bis 31.10.2005.

Die Klägerin, die die Krankenversicherung für den Versicherten und seine Familienangehörigen auch über den 01.03.2005 hinaus weiterhin durchgeführt hatte, verlangte mit Schreiben vom 15.06.2010 und 02.08.2010 von der Beklagten, anzuerkennen, dass der Versicherte bei der Beklagten krankenversichert sei und dass deshalb der Klägerin die ihr entstandenen Aufwendungen durch die Beklagte zu erstatten seien. Dies verweigerte die Beklagte (Schreiben vom 29.06.2010 und 30.08.2010).

Die Klägerin hat am 24.11.2010 Klage vor dem Sozialgericht Düsseldorf erhoben.

Zur Begründung hat sie vorgetragen: Der Versicherte sei aufgrund des Bezugs einer Rente aus der knappschaftlichen Rentenversicherung aufgrund der Vorschrift des § 177 Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) in der bis zum 01.04.2007 geltenden Fassung ab 01.03.2005 bei der Beklagten krankenversichert gewesen. Die zuvor aufgrund des Bezugs von Leistungen des Beigeladenen zu 1) begründete Mitgliedschaft bei ihr selbst habe am 28.02.2005 geendet. Der Beklagten sei die Krankenversicherung ab 01.03.2005 auch gemeldet worden. Diese habe den Versicherten mit Schreiben vom 12.05.2005 als neues Mitglied ab 01.03.2005 begrüßt. Allerdings sei im Juni 2005 aufgrund der erneuten Meldung des Jobcenters Wesel die Meldung des Versicherten zur KVdR bei der Beklagten storniert worden. Erst im Mai 2010 habe sie die Feststellung treffen können, dass die Durchführung der Versicherung als Arbeitslosengeld II-Bezieher unrichtig gewesen sei. Für den Sohn des Versicherten entstünden Aufwendungen in Höhe von rund 250.000,- Euro je Kalenderjahr. Der Beigeladene zu 2) habe ein Wahlrecht ihr gegenüber auch nicht ausgeübt. Die Beklagte habe die Aufwendungen für den Beigeladenen zu 2) zu erstatten.

Die Klägerin hat beantragt,

die Zuständigkeit der Beklagten für die Durchführung der Krankenversicherung der Rentner für den Beigeladenen zu 2) ab 01.03.2005 festzustellen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat entgegnet: Sie sei ab 01.03.2005 nicht die zuständige Krankenkasse für den Beigeladenen zu 2) gewesen. Auch wenn man davon ausgehe, dass sie nach der damaligen gesetzlichen Regelung des § 177 Abs. 2 SGB V (in der bis zum 01.04.2007 geltenden Fassung) grundsätzlich zuständig gewesen sei, habe der Versicherte jedoch sein Wahlrecht zugunsten der Klägerin ausgeübt. Dies belege der Aktenvermerk vom 24.01.2005 über ein Telefongespräch mit dem Beigeladenen zu 2), das am 21.01.2005 stattgefunden habe.

Die Beigeladenen haben keine Anträge gestellt.

Durch Teilurteil vom 06.06.2013 hat das Sozialgericht festgestellt, dass die Beklagte die zuständige Krankenkasse für den Beigeladenen zu 2) seit dem 01.03.2005 ist. Zur Begründung hat das Sozialgericht ausgeführt, die Zuständigkeit der Beklagten ergebe sich aus § 177 Abs. 2 SGB V a.F.; eine Wahl der Klägerin durch den Beigeladenen zu 2) sei nicht erfolgt. Wegen der weiteren Einzelheiten der Begründung wird auf die Entscheidungsgründe Bezug genommen.

Gegen das ihr am 21.06.2013 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 05.07.2013 Berufung eingelegt. 14

Zur Begründung bringt sie vor: Der Beigeladene zu 2) habe eingeräumt, es könne sein, dass auch zum Zeitpunkt der Rentenantragstellung die Frage der Krankenkasse aufgekommen sei und dass er damals ein Wahlrecht ausgeübt habe. Dafür spreche auch die Telefonnotiz vom 24.01.2005. Ferner könne die Ausübung des Kassenwahlrechts auch konkludent erfolgen; der Versicherte habe hier die Versichertenkarte der Klägerin weiter benutzt und die der Beklagten am 21.07.2005 zurückgegeben. Darüber hinaus habe zum Zeitpunkt der Stellung des Rentenantrages am 06.01.2005 eine gegenüber der KVdR-Mitgliedschaft vorrangige Pflichtmitgliedschaft des Beigeladenen zu 2) bei der Klägerin bestanden. Auch wenn ihr am 07.03.2005 das Ende der Vorrangversicherung zum 28.05.2005 im Rahmen des KVdR-Meldeverfahrens mitgeteilt worden sei, sei darauf hinzuweisen, dass diese im Juni durch die Klägerin storniert worden sei. 15

Die Beklagte beantragt, 16

das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 06.06.2013 zu ändern und die Klage abzuweisen. 17

Die Klägerin beantragt, 18

die Berufung der Beklagten zurückzuweisen. 19

Sie hält das erstinstanzliche Urteil für zutreffend. 20

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird auf den übrigen Inhalt der Verwaltungsakten der Klägerin, der Beklagten und des Beigeladenen zu 1) verwiesen, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist. 21

Entscheidungsgründe: 22

Die Berufung der Beklagten ist zulässig. Das Sozialgericht hat zulässig über einen Teil des geltend gemachten Anspruchs durch Teilurteil entschieden. Ein solches kann nach Ermessen des Gerichts über einen abtrennbaren Teil des Streitgegenstands ergehen, auf den der Ausgang des weiteren Prozesses keinen weiteren Einfluss mehr nehmen kann (BSGE 27, 142). Ein Teilurteil ist berufungsfähig (vgl. Frehse in: Jansen, SGG, Kommentar, 4. Aufl., § 143 Rdn. 1). 23

Die Berufung der Beklagten ist indes unbegründet. Das Sozialgericht hat zu Recht entschieden, dass die Beklagte die für den Beigeladenen zu 2) zuständige Krankenversicherung seit dem 01.03.2005 ist. 24

Zunächst war der Beigeladene zu 2) aufgrund des Bezugs von Leistungen nach dem SGB II bei der Klägerin - und damit auch Ehefrau und Sohn im Rahmen der Familienversicherung - krankenversichert (§ 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V). Die Meldung zur Krankenversicherung der 25

Rentner aufgrund des am 06.01.2005 gestellten Antrags auf Rente wegen Erwerbsminderung begründete keine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V, weil eine Vorrangversicherung in der Krankenversicherung gemäß § 5 Abs. 8 Satz 1 SGB V bestand - nämlich die Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V. Ab 01.03.2005 war der Beigeladene zu 2) dann aber bei der Beklagten krankenversichert. Das ergibt sich aus der bis zum 31.03.2007 geltenden Vorschrift des § 177 Absatz 2 SGB V in der Fassung des Artikels 6 Nr. 17 des Gesetzes vom 09.12.2004 - a.F. - (BGBl I, Seite 3242). Diese Vorschrift lautete: "Die in § 5 Abs. 1 Nr. 11 und 12 genannten Versicherungspflichtigen und die in § 189 genannten Rentenantragsteller gehören der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See an, wenn sie zuletzt bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See versichert waren oder die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See als Träger der knappschaftlichen Rentenversicherung für die Feststellung der Rente zuständig ist; § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 6 und § 174 Abs. 1 gelten." Aufgrund des Bezugs der Rente von der als Beklagten als dem zuständigen Rentenversicherungsträger - Zahlung ab 01.03.2005 unter gleichzeitigem Entfall der Leistungen des Beigeladenen zu 1) - war somit die Beklagte für die Durchführung der Krankenversicherung des Beigeladenen zu 2) zuständig geworden.

Es kann auch nicht davon ausgegangen werden, dass der Beigeladene zu 2) eine auch nach der bis zum 31.03.2007 geltenden Fassung des § 177 Absatz 2 letzter Halbsatz SGB V a.F. mögliche Wahlerklärung gemäß § 173 Absatz 2 SGB V zu Gunsten der Klägerin abgegeben hat. Eine solche Wahlerklärung ist nach § 175 Abs. 1 SGB V gegenüber der gewählten Krankenkasse abzugeben, hier also gegenüber der Klägerin. Die Abgabe einer solchen Erklärung ist nicht ersichtlich. Das Telefonat am 21.01.2005 fand mit der Beklagten statt. Hier kann eine solche Wahlerklärung deshalb nicht wirksam abgegeben worden sein. Der vom 24.01.2005 datierende Vermerk eine(r) /(s) Mitarbeiter(in) /(s) der Beklagten enthält somit nur den Hinweis auf eine angeblich anderweitig abgegebene oder auch noch abzugebende Wahlerklärung. Die tatsächliche Abgabe einer solchen Wahlerklärung lässt sich nicht feststellen. Aus den Bekundungen des Beigeladenen zu 2) sowie seiner Ehefrau ergibt sich jedenfalls nichts für die Abgabe einer solchen Erklärung gegenüber der Klägerin. Auch die Beklagte ist offensichtlich nicht davon ausgegangen, dass der Beigeladene zu 2) eine anderweitige Wahlerklärung abgegeben hat, denn sie hat ihn noch durch das Schreiben vom 12.05.2005 als neues Mitglied begrüßt. Schliesslich kann auch der späteren Rückgabe der Versicherungskarte der Beklagten ein solcher Erklärungswert nicht beigemessen werden, weil die Rückgabe ersichtlich auf der (damaligen) Verkennung der durch § 177 Absatz 2 SGB V a.F. begründeten Zuständigkeit der Beklagten (durch beide Krankenkassen) beruhte.

Die Kostenentscheidung bleibt dem Schlussurteil des Sozialgerichts vorbehalten. 27

Anlass, die Revision zuzulassen, hat nicht bestanden. 28