

(Private) Krankenversicherung: Austritt aus der "GKV" lässt nur noch den Weg zur "PKV" offen

Ist ein freiwillig gesetzlich Krankensversicherter aus seiner Krankenkasse ausgetreten und schließt er sich einer privaten Krankenversicherung an, so hat es damit auf Dauer sein Bewenden, weil er sich damit diesem Versicherungs-System angeschlossen hat. Das gilt auch dann noch, wenn er von der zunächst gewählten "PKV" wegen arglistiger Täuschung herauskomplementiert wird. Er kann sich dann bei einem anderen - privaten - Versicherungsträger im "Basistarif" versichern, worauf er einen Rechtsanspruch hat. Zurück in die "GKV" kann er nicht mehr.

Quelle: Wolfgang Büser

Beendigung der Mitgliedschaft aufgrund einer freiwilligen Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung auch bei Anfechtung des nachfolgenden Versicherungsvertrags durch ein privates Krankenversicherungsunternehmen wegen arglistiger Täuschung

Gericht: BSG

Entscheidungsform: Urteil

Datum: 29.06.2016

Referenz: JurionRS 2016, 39332

Aktenzeichen: B 12 KR 23/14 R

ECLI: [keine Angabe]

Verfahrensgang:

vorgehend:

LSG Nordrhein-Westfalen - 25.09.2014 - AZ: L 16 KR 735/13

Rechtsgrundlagen:

§ 175 Abs. 4 S. 4 SGB V

§ 191 Nr. 3 SGB V

§ 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V

§ 9 SGB V

(2008) VVG

BSG, 29.06.2016 - B 12 KR 23/14 R

Amtlicher Leitsatz:

Die Anfechtung eines Versicherungsvertrags durch ein Unternehmen der privaten Krankenversicherung wegen arglistiger Täuschung lässt die Wirksamkeit der zuvor vom Versicherten erklärten Kündigung seiner freiwilligen Mitgliedschaft bei einer gesetzlichen Krankenkasse und das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall im Sinn der Regelungen über die Auffang-Pflichtversicherung unberührt.

in dem Rechtsstreit

Az: B 12 KR 23/14 R

L 16 KR 735/13 (LSG Nordrhein-Westfalen)

.....
Klägerin und Revisionsklägerin,

Prozessbevollmächtigter:,

gegen

DAK-Gesundheit,

Nagelsweg 27 - 31, 20097 Hamburg,

Beklagte und Revisionsbeklagte.

Der 12. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 29. Juni 2016 durch den Vorsitzenden Richter Dr. K r e t s c h m e r , den Richter Prof. Dr. B e r n s d o r f und die Richterin Dr. K ö r n e r sowie den ehrenamtlichen Richter K o v a r und die ehrenamtliche Richterin R u d o l p h

für Recht erkannt:

Tenor:

Die Revision der Klägerin gegen das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 25. September 2014 wird zurückgewiesen.

Kosten des Revisionsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Gründe

I

- 1 Die Beteiligten streiten über die Mitgliedschaft der Klägerin bei der beklagten Krankenkasse in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).
- 2 Die Klägerin war bei der Beklagten ursprünglich aufgrund von Beschäftigung pflichtversichert und im Anschluss daran seit 1.12.2004 deren freiwillig versichertes Mitglied. Mit Schreiben vom 22.3.2011 erklärte die Klägerin die Kündigung ihrer Mitgliedschaft zum 31.5.2011. Die Klägerin legte zudem eine Bescheinigung der Deutschen Krankenversicherung AG (DKV) - eines Unternehmens der privaten Krankenversicherung (PKV) - vom 16.3.2011 vor, nach der für die Klägerin ab 1.6.2011 ein vertraglicher Krankenversicherungsschutz bestand (Eingang bei der Beklagten Anfang April 2011).
- 3 Mit Schreiben vom 24.11.2011 erklärte die DKV aufgrund wahrheitswidriger Angaben der Klägerin über ihren Gesundheitszustand bei Vertragsschluss ihr gegenüber die Anfechtung des Versicherungsvertrages wegen arglistiger Täuschung, hilfsweise den Rücktritt vom Vertrag. Die Klägerin beanspruchte daraufhin, über den 31.5.2011 hinaus bei der Beklagten freiwillig versichert zu sein (Schreiben an diese vom 7.12.2011). Die Beklagte lehnte eine "Wiederaufnahme der Mitgliedschaft" ab: Die Klägerin habe die freiwillige Versicherung wirksam gekündigt. Auch seien die Voraussetzungen einer Pflichtmitgliedschaft nicht erfüllt, denn bis 23.11.2011 sei die Klägerin bei der DKV als letztem Versicherungsträger in der PKV versichert gewesen (Bescheid vom 13.12.2011; Widerspruchsbescheid vom 7.5.2013).
- 4 Die Klägerin hat dagegen beim SG beantragt, unter Aufhebung der Bescheide festzustellen, dass sie über den 31.5.2011 hinaus bei der Beklagten freiwillig krankenversichert sei. Das SG hat der Klage stattgegeben (Urteil vom 27.8.2013). Auf die Berufung der Beklagten hat das LSG das Urteil des SG aufgehoben und die Klage abgewiesen: Die Klägerin habe durch eine wirksame Kündigung

ihre freiwillige Mitgliedschaft bei der Beklagten zum 31.5.2011 beendet, ohne dass die Anfechtung des Versicherungsvertrages durch die DKV daran etwas geändert habe. Der nachträgliche Wegfall der anderweitigen Absicherung in der PKV habe nicht zum Wiederaufleben der früheren GKV geführt, weil die PKV tatsächlich durchgeführt worden sei. Die Klägerin sei daher auch nicht nach § 5 Abs 1 Nr 13 Buchst a SGB V in der GKV pflichtversichert (Urteil vom 25.9.2014).

- 5 Mit ihrer Revision rügt die Klägerin eine Verletzung von § 191 Nr 3 , § 175 Abs 4 SGB V sowie von § 5 Abs 1 Nr 13 Buchst a SGB V und § 142 Abs 1 BGB . Die von ihr ausgesprochene Kündigung der freiwilligen Mitgliedschaft habe keine Wirksamkeit entfaltet. Sie (die Klägerin) sei aufgrund der rückwirkenden Anfechtung des Versicherungsvertrages nie wirksam bei der DKV versichert gewesen und der Nachweis einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall sei durch die Anfechtung gegenstandslos geworden. Die Anfechtung nach § 142 Abs 1 BGB habe zur Unwirksamkeit der Kündigung der freiwilligen Mitgliedschaft geführt. Nach § 175 Abs 4 S 4 SGB V sei nicht allein die Vorlage einer Bescheinigung des Unternehmens der PKV Wirksamkeitsvoraussetzung der Kündigung, sondern das Bestehen eines wirksamen Folgeversicherungsverhältnisses. Selbst wenn aber die freiwillige Mitgliedschaft zum 31.5.2011 wirksam beendet worden wäre, wäre sie (die Klägerin) jedenfalls aufgrund der Pflichtversicherung nach § 5 Abs 1 Nr 13 Buchst a SGB V Mitglied der Beklagten geworden. Infolge der rückwirkenden Anfechtung des Versicherungsvertrages mit der DKV habe ab 1.6.2011 Versicherungsschutz in der PKV nicht bestanden. Damit sei sie zuletzt gesetzlich krankenversichert gewesen, weil auf das letzte wirksame Versicherungsverhältnis abzustellen sei.
- 6 Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 25. September 2014 aufzuheben und die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Köln vom 27. August 2013 zurückzuweisen,

hilfsweise,

die Berufung der Beklagten mit der Maßgabe zurückzuweisen, festzustellen, dass sie (die Klägerin) ab 1. Juni 2011 pflichtversichertes Mitglied der Beklagten nach § 5 Abs 1 Nr 13 Buchst a SGB V ist.
- 7 Die Beklagte beantragt,

die Revision der Klägerin zurückzuweisen.
- 8 Sie hält das LSG-Urteil für zutreffend.

II
- 9 Die zulässige Revision der Klägerin ist unbegründet.
- 10 Das LSG hat revisionsrechtlich beanstandungsfrei auf die Berufung der beklagten Krankenkasse das Urteil des SG aufgehoben und die Klage abgewiesen. Die mit Bescheid vom 13.12.2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 7.5.2013 getroffene Entscheidung der Beklagten, dass die Klägerin seit 1.6.2011 nicht mehr bei ihr versichert war, ist rechtmäßig.
- 11 1. Die Klägerin war nach dem 31.5.2011 weder freiwillig versichertes noch pflichtversichertes Mitglied der Beklagten in der GKV.
- 12 Die freiwillige Mitgliedschaft wurde durch die Klägerin zum 31.5.2011 wirksam gekündigt (dazu a). Auch eine "Wiederaufnahme" der freiwilligen Versicherung aufgrund einer neuen Beitrittserklärung ist nicht erfolgt (dazu b). Die Klägerin wurde nach dem 31.5.2011 auch nicht pflichtversichertes Mitglied der Beklagten (dazu c).

- 13 a) Die Kündigung der freiwilligen Mitgliedschaft der Klägerin in der GKV bei der Beklagten zum 31.5.2011 war rechtswirksam.
- 14 Nach § 191 Nr 3 SGB V endet die freiwillige Mitgliedschaft mit dem Wirksamwerden der Kündigung (§ 175 Abs 4 SGB V). Die Klägerin hat eine solche Kündigung fristgerecht erklärt und für die Folgezeit das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall fristgerecht nachgewiesen (dazu aa). Die später erklärte Anfechtung des nachfolgenden Versicherungsvertrages durch das private Krankenversicherungsunternehmen DKV ließ die Beendigung der freiwilligen Mitgliedschaft in der GKV zum 31.5.2011 unberührt (dazu bb).
- 15 aa) Nach den für den Senat bindenden und von den Beteiligten im Revisionsverfahren nicht angegriffenen Feststellungen des LSG (vgl § 163 SGG) erklärte die Klägerin mit Schreiben vom 22.3.2011 die Kündigung fristgerecht zum 31.5.2011 und wies innerhalb der Kündigungsfrist mit Schreiben der DKV vom 16.3.2011 das Bestehen einer anderweitigen (gesetzlich gleichwertigen) Absicherung im Krankheitsfall nach (§ 191 Nr 3 iVm § 175 Abs 4 S 4 SGB V). Zwischen den Beteiligten besteht darüber auch kein Streit.
- 16 bb) Die Wirksamkeit der Kündigung der freiwilligen Mitgliedschaft zum 31.5.2011 nach § 191 Nr 3 iVm § 175 Abs 4 S 4 SGB V wurde nicht dadurch (rückwirkend) beseitigt, dass die DKV mit Schreiben an die Klägerin vom 24.11.2011 die Anfechtung ihrer (der DKV) Willenserklärung über den Abschluss eines Versicherungsvertrages erklärte.
- 17 Der zum 1.6.2011 geschlossene Versicherungsvertrag zwischen der Klägerin und der DKV ist zwar nach § 142 Abs 1 BGB zivilrechtlich als von Anfang an nichtig anzusehen (dazu [1]). Dafür, dass - entgegen der Ansicht der Klägerin - in sozialversicherungsrechtlicher Hinsicht die Wirksamkeit der Beendigung einer freiwilligen Mitgliedschaft durch Kündigung (hier der Klägerin bei der Beklagten zum 31.5.2011) davon unberührt bleibt, spricht bereits der Wortlaut des § 175 Abs 4 S 4 SGB V (dazu [2]). Etwas Gegenteiliges folgt weder aus der Gesetzessystematik (dazu [3]) noch aus dem Sinn und Zweck der Vorschrift (dazu [4]).
- 18 (1) Nach den ebenfalls für den Senat bindenden und von den Beteiligten im Revisionsverfahren nicht angegriffenen Feststellungen des LSG (vgl § 163 SGG) machte die Klägerin bei Abschluss des Versicherungsvertrages vorsätzlich wahrheitswidrige Angaben über ihren Gesundheitszustand und täuschte die DKV insoweit arglistig iS von § 123 Abs 1 BGB . Infolge der mit Schreiben der DKV an die Klägerin vom 24.11.2011 erklärten Anfechtung ihrer Willenserklärung auf Abschluss eines Versicherungsvertrages nach § 22 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) iVm § 123 Abs 1 BGB war das Versicherungsverhältnis deshalb zwischen der Klägerin und der DKV von Anfang an, dh ab 1.6.2011 als nichtig anzusehen (§ 142 Abs 1 BGB). Das bedeutet indessen nicht zugleich zwingend, dass dies auch entsprechende Auswirkungen in dem von ihr befürworteten Sinne auf den krankenversicherungsrechtlichen Status der Klägerin nach dem SGB V hätte.
- 19 (2) § 175 Abs 4 S 4 SGB V setzt für die Wirksamkeit der Kündigung einer freiwilligen Mitgliedschaft schon nach seinem Wortlaut zunächst nur den innerhalb der Kündigungsfrist zu erbringenden "Nachweis" voraus, dass in der Folge eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse oder zumindest eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall bestehen wird. Eine abschließende Klärung der weiteren Versicherung bzw Absicherung ist damit jedoch noch nicht verbunden.
- 20 Die nach § 175 Abs 4 S 4 SGB V vorzulegende Bescheinigung ist nach ihrem Inhalt lediglich beschränkt auf eine Aussage zu der in Aussicht genommenen weiteren Krankenkassenmitgliedschaft bzw anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall. Der Bescheinigung kommt dagegen kein weiterer Regelungsgehalt dahingehend zu, dass über die zukünftige Absicherung - hier durch ein Unternehmen der PKV - bereits zugleich verbindlich entschieden worden wäre. Eine abschließende Klärung des rechtlichen Bestehens der weiteren Versicherung bzw Absicherung wird damit noch nicht gefordert (vgl bereits entsprechend zur inhaltlichen Beschränkung der Mitgliedsbescheinigung nach Ausübung des Krankenkassenwahlrechts unmittelbar aus § 175 SGB V BSG SozR 4-2500 § 175 Nr 4 RdNr 23). Dies folgt schon daraus, dass

die Mitgliedsbescheinigung oder der Nachweis über das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall noch innerhalb der Kündigungsfrist vorzulegen ist. Dadurch kann - wie auch im vorliegenden Fall - ein deutlicher zeitlicher Abstand (im Falle der Klägerin von mehr als zwei Monaten) zwischen der Ausstellung der Mitgliedsbescheinigung oder des Nachweises einerseits und dem Beginn des zukünftigen Versicherungsverhältnisses andererseits entstehen. Die Voraussetzungen der in Aussicht genommenen neuen Mitgliedschaft oder anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall können bis dahin aber - schon im Vorfeld - wieder entfallen. Aufgrund der in § 175 Abs 4 S 4 SGB V normierten Frist zur Vorlage des Nachweises ist es deshalb nicht auszuschließen, dass es zu einem Krankenkassenwechsel bzw Wechsel in der Art des Versicherungsschutzes entgegen der Erwartung des Versicherten und entgegen der ausgestellten Bescheinigung tatsächlich gar nicht kommt (vgl erneut ähnlich bereits zu einer schon vor Beginn der Versicherungspflicht ausgestellten Mitgliedsbescheinigung und der daraus folgenden nur eingeschränkten Aussagekraft bei erstmaliger Krankenkassenwahl BSG SozR 4-2500 § 175 Nr 4 RdNr 24).

- 21** (3) Systematisch spricht für diese Auslegung zudem, dass das Gesetz an anderer Stelle gerade Regelungen für den Fall enthält, dass der Wechsel eines in der GKV Versicherten in die PKV fehlschlägt oder (umgekehrt) eine Versicherung in der GKV - entgegen der Erwartung bei Kündigung eines privaten Versicherungsvertrages - nicht zustande kommt. Für den vorliegend zu entscheidenden Fall fehlt es indessen an einer vergleichbaren Bestimmung.
- 22** Eine Vorschrift über die Unwirksamkeit einer Kündigung nach § 175 Abs 4 SGB V war bis zum 31.12.2014 in § 175 Abs 4 S 10 SGB V enthalten. Danach war die Kündigung der Mitgliedschaft durch eine Person, die am 2.2.2007 oder später erfolgte, um in eine Versicherung der PKV zu wechseln, unwirksam, wenn die Voraussetzungen des § 6 Abs 1 Nr 1 SGB V zu diesem Zeitpunkt nicht vorlagen (Regelung aufgehoben durch Art 1 Nr 10 Buchst a cc GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz [GKV-FQWG] vom 21.7.2014, BGBl I 1133).
- 23** Auch zum umgekehrten Fall eines fehlgeschlagenen Wechsels von der PKV in die GKV findet sich eine Regelung im Gesetz: § 5 Abs 9 SGB V verpflichtet das Unternehmen der PKV nämlich zum erneuten Abschluss eines Versicherungsvertrages, wenn eine Versicherung nach den §§ 5 , 9 oder 10 SGB V nicht zustande kommt und der Versicherte seinen Versicherungsvertrag in Erwartung einer Versicherung in der GKV bereits gekündigt hat.
- 24** Dagegen gibt es keine gesetzliche Vorschrift, wonach eine erklärte Kündigung nach § 191 Nr 3 iVm § 175 Abs 4 S 4 SGB V unwirksam ist, wenn das in Aussicht genommene, der freiwilligen Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse in der GKV nachfolgende private Versicherungsverhältnis als von Anfang an nichtig anzusehen ist (§ 142 Abs 1 BGB). Hätte der Gesetzgeber in einem solchen Fall - wie die Klägerin meint - die freiwillige Versicherung in der GKV fortbestehen oder wiederaufleben lassen wollen, so hätte es nahe gelegen, eine entsprechende Formulierung in das Gesetz mit aufzunehmen. Eine solche Regelung wurde indessen nicht geschaffen.
- 25** (4) Auch aus dem Regelungszweck des § 175 Abs 4 S 4 SGB V ergibt sich entgegen der Rechtsauffassung der Klägerin nicht, dass "das Bestehen eines [zivilrechtlich] wirksamen Folgeversicherungsverhältnisses" Wirksamkeitsvoraussetzung für die Kündigung einer freiwilligen Mitgliedschaft ist. Der Versicherte ist nämlich auch nach Anfechtung des Versicherungsvertrages wegen arglistiger Täuschung nicht schutzlos gestellt.
- 26** Die Regelung des § 175 Abs 4 S 4 SGB V soll sicherstellen, dass die Kündigung einer Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse nur wirksam wird, wenn eine nahtlose Fortsetzung des Krankenversicherungsschutzes bei einer anderen Krankenkasse, bei einem Unternehmen der PKV oder eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall, etwa durch Anspruch auf freie Heilfürsorge, gewährleistet ist (vgl Entwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung [GKV-WSG], BT-Drucks 16/3100 S 158 zu § 175). Die bisherige Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse soll danach durch Kündigung nur dann enden, wenn sich eine weitere Mitgliedschaft unmittelbar anschließt und die gekündigte

Krankenkasse hiervon Kenntnis erlangt (zum Wahlrecht innerhalb der GKV vgl BSG Urteil vom 9.11.2011 - B 12 KR 3/10 R - Juris RdNr 17).

- 27** Schließt sich nach Kündigung der freiwilligen Mitgliedschaft unmittelbar ein Versicherungsverhältnis bei einem Unternehmen der PKV an, entsteht auch nach Anfechtung dieses Versicherungsvertrages wegen arglistiger Täuschung (§ 22 VVG iVm § 123 Abs 1 BGB) keine nach dem Sinn und Zweck des § 175 Abs 4 S 4 SGB V auszuschließende Versicherungslücke. Der Versicherte hat vielmehr einen Anspruch auf Abschluss einer (neuen) PKV im Basistarif. Nach § 193 Abs 5 S 4 Nr 1 VVG darf allein das frühere private Versicherungsunternehmen (hier die DKV) einen solchen Antrag ablehnen, bei dem der Antragsteller bereits versichert war und der den Versicherungsvertrag wegen arglistiger Täuschung angefochten hat. Andere Versicherer unterliegen dagegen dem Kontrahierungszwang. § 193 Abs 5 S 4 Nr 1 VVG verletzt insoweit auch nicht Verfassungsrecht (vgl BVerfGE 123, 186, 245 = SozR 4-2500 § 6 Nr 8 RdNr 179).
- 28** Auch widerspricht es dem Sinn und Zweck des § 175 Abs 4 S 4 SGB V nicht, dass nach einer wirksamen Anfechtung wegen § 142 Abs 1 BGB - für die Zwischenzeit bis zum Abschluss einer (neuen) PKV im Basistarif - die erbrachten Leistungen nach den Vorschriften des Bereicherungsrechts (§§ 812 ff BGB) zurückzugewähren sind, sofern entsprechende Ansprüche durch das Unternehmen der PKV geltend gemacht werden (vgl Bach/Moser, Private Krankenversicherung, 5. Aufl 2015, C nach § 2 RdNr 178; Looschelders/Pohlmann, 2. Aufl 2011, VVG, § 22 RdNr 27; Römer/Langheid, 4. Aufl 2014, VVG, § 22 VVG RdNr 29). Zugunsten des Versicherten kommen insoweit die allgemeinen Schutzmechanismen des Bereicherungsrechts zur Anwendung. Soweit die geleisteten Prämien dem Versicherer bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung nach § 39 Abs 1 S 2 VVG unverändert zustehen (vgl Bach/Moser, aaO, C nach § 2 RdNr 179; Boetius, Private Krankenversicherung, 2010, § 194 VVG RdNr 65), entspricht das "der Billigkeit" (vgl Entwurf der Bundesregierung eines Gesetzes zur Reform des Versicherungsvertragsrechts, BT-Drucks 16/3945 S 72 zu § 39). Der arglistig handelnde Versicherungsnehmer ist insoweit nicht schutzbedürftig (vgl Bach/Moser, aaO, C nach § 2 RdNr 180).
- 29** b) Auch eine "Wiederaufnahme" der Klägerin in die freiwillige Versicherung aufgrund einer neuen Beitrittserklärung zum 1.6.2011 erfolgte nicht.
- 30** Die Klägerin konnte die Aufnahme als freiwillig versichertes Mitglied der Beklagten mit Schreiben ihres Prozessbevollmächtigten vom 7.12.2011 nicht beanspruchen. Sie erfüllte nämlich offenkundig nicht die dafür vorgesehenen qualifizierten Voraussetzungen für ein Beitrittsrecht nach § 9 Abs 1 S 1 Nr 1 bis 7 SGB V (hier jeweils idF vom 22.12.2010, BGBl I 2309).
- 31** c) Die Klägerin wurde nach dem 31.5.2011 schließlich auch nicht pflichtversichertes Mitglied der Beklagten nach § 5 Abs 1 Nr 13 Buchst a SGB V .
- 32** Versicherungspflichtig sind seit dem 1.4.2007 gemäß § 5 Abs 1 Nr 13 SGB V (eingefügt mit Wirkung zum 1.4.2007 durch Art 1 Nr 2 Buchst a Doppelbuchst cc idF des GKV-WSG vom 26.3.2007, BGBl I 378) Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und (Buchst a) zuletzt gesetzlich krankenversichert waren oder (Buchst b) bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, sie gehören zu den in § 5 Abs 5 SGB V genannten hauptberuflich Selbstständigen oder zu den nach § 6 Abs 1 oder Abs 2 SGB V versicherungsfreien Personen oder hätten bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland zu ihnen gehört. Die Versicherungspflicht nach § 5 Abs 1 Nr 13 SGB V besteht unabhängig von einem Beitritt allein kraft Gesetzes.
- 33** Die Klägerin hatte iS des § 5 Abs 1 Nr 13 Buchst a SGB V einen die Versicherungspflicht nach dieser Regelung ausschließenden anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall. Dies gilt sowohl für die Zeit ab 1.6.2011 (dazu aa) als auch für den auf die Anfechtung des Versicherungsvertrages durch die DKV mit Schreiben vom 24.11.2011 folgenden Zeitraum (dazu bb).

- 34** aa) Die Klägerin hatte seit 1.6.2011 iS des § 5 Abs 1 Nr 13 Buchst a SGB V einen "anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall".
- 35** Zum 1.6.2011 kam ein Versicherungsvertrag zwischen der Klägerin und der DKV als Unternehmen der PKV zunächst wirksam zustande. Nach den insoweit für den Senat wiederum bindenden und von den Beteiligten im Revisionsverfahren nicht angegriffenen Feststellungen des LSG (vgl § 163 SGG) wurde die PKV jedenfalls zunächst tatsächlich durchgeführt. Die Klägerin hatte vom 1.6.2011 bis zur Anfechtung des Versicherungsvertrages durch die DKV mit Schreiben vom 24.11.2011 tatsächlich Versicherungsschutz, der die Absicherung im Krankheitsfall allein im System der PKV umfasste.
- 36** Dafür spielt es keine Rolle, dass ggf nach den Umständen des Einzelfalls im System Leistungen ausgeschlossen sein können (vgl zu systemimmanenten Leistungsbeschränkungen auch in der GKV zB in §§ 52 , 52a SGB V), oder ob Leistungen zu Unrecht erbracht wurden und im Nachhinein wieder - hier nach einer Anfechtung des Versicherungsvertrages wegen arglistiger Täuschung, etwa nach bereicherungsrechtlichen Grundsätzen - erstattet werden müssen. Der arglistig täuschende Versicherte, der die Anfechtung nach § 22 VVG iVm § 123 Abs 1 BGB verursacht hat, bedarf insoweit keines besonderen Schutzes (vgl dazu bereits die Ausführungen unter a) bb) [4]). Diese Auslegung des § 5 Abs 1 Nr 13 Buchst a SGB V ist vor allem im Hinblick auf den mit der Einführung der Versicherungspflicht nach § 5 Abs 1 Nr 13 SGB V verfolgten Zweck als (subsidiäre) Auffang-Versicherungspflicht geboten. Der Senat hat bereits in der Vergangenheit wiederholt betont, dass sich aus § 5 Abs 1 Nr 13 SGB V im Zusammenhang mit anderen Bestimmungen im SGB V sowie unter Berücksichtigung der Regelungsabsicht bzw der Normvorstellungen des Gesetzgebers ergibt, dass die Krankenversicherungspflicht nach § 5 Abs 1 Nr 13 SGB V subsidiär ausgestaltet ist; diese Subsidiarität darf bei Bestehen anderweitiger Absicherung (nicht nur anderweitiger "Versicherung") im Krankheitsfall nicht eingeschränkt werden (vgl BSG SozR 4-2500 § 5 Nr 20 RdNr 29 mwN).
- 37** Auch gesetzessystematische Gesichtspunkte sprechen für dieses Verständnis. Nach der Anfechtung des Versicherungsvertrages durch ein Unternehmen der PKV wegen arglistiger Täuschung nach § 22 VVG iVm § 123 Abs 1 BGB hat der Versicherte - wie ebenfalls bereits ausgeführt - einen Anspruch auf Abschluss einer PKV im Basistarif. Nach § 193 Abs 5 S 4 Nr 1 VVG darf nur das frühere Versicherungsunternehmen (hier die DKV) einen solchen Antrag ablehnen, bei dem der Antragsteller bereits versichert war und der den Versicherungsvertrag wegen arglistiger Täuschung angefochten hat. Andere Versicherer unterliegen dagegen dem Kontrahierungszwang (s dazu die Ausführungen unter a) bb) [4]). Das Gesetz ordnet damit Versicherte der PKV nach Anfechtung und Rückabwicklung ihres Versicherungsvertrages im Kern auch weiterhin dem System der PKV zu.
- 38** Ein anderes Verständnis des § 5 Abs 1 Nr 13 Buchst a SGB V würde zudem bei einem Streit über die Wirksamkeit einer Anfechtung wegen arglistiger Täuschung nach § 22 VVG iVm § 123 Abs 1 BGB dazu führen, dass der Versicherte nicht wüsste, ob er einen Versicherungsvertrag mit einem Unternehmen der PKV nach § 193 Abs 5 VVG zügig abschließen (es drohen die Sanktionen des § 193 Abs 4 VVG) oder sich um die Wiederaufnahme in der GKV bemühen soll und muss. Die oben aufgezeigte Auslegung trägt deshalb auch dem Gedanken der Rechtssicherheit Rechnung.
- 39** bb) In der Zeit nach der erklärten Anfechtung des Versicherungsvertrages durch die DKV mit Schreiben vom 24.11.2011 genügte für einen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall iS des § 5 Abs 1 Nr 13 Buchst a SGB V nach alledem bereits das Bestehen eines Anspruchs der Klägerin gegen einen Träger der privaten Krankenversicherung auf Abschluss eines (neuen) Versicherungsvertrages (vgl allgemein Gerlach in Hauck/Noftz, SGB V, Stand Mai 2015, K § 5 RdNr 474a).
- 40** Dass allgemein ein anderweitiger "Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall" genügt, um die Versicherungspflicht nach § 5 Abs 1 Nr 13 SGB V entfallen zu lassen, ergibt sich bereits aus dem

Wortlaut der Norm. Für eine Verpflichtung, auch die tatsächliche Möglichkeit anderweitiger Absicherung vorrangig in Anspruch zu nehmen, spricht die Funktion des § 5 Abs 1 Nr 13 SGB V , eine subsidiäre Absicherung nur für Personen zu schaffen, die weder Zugang zur GKV noch zur PKV haben, und sie dadurch davor zu bewahren, die im Krankheitsfall entstehenden Aufwendungen selbst tragen zu müssen (im Ergebnis offenlassend BSG SozR 4-2500 § 5 Nr 13 = BSGE 107, 177, RdNr 12 unter Hinweis auf den Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum GKV-WSG, aaO, BT-Drucks 16/3100 S 94 zu § 5).

- 41** Da die Klägerin Anspruch auf Abschluss einer (neuen) PKV im Basistarif hatte (§ 193 Abs 5 S 1 VVG), galt mithin ihre Zuordnung zur PKV unverändert fort.
- 42** 2. Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Abs 1 S 1 SGG .

Dr. Kretschmer
Prof. Dr. Bernsdorff
Dr. Körner
Kovar
Rudolph

Hinweis: Das Dokument wurde redaktionell aufgearbeitet und unterliegt in dieser Form einem besonderen urheberrechtlichen Schutz. Eine Nutzung über die Vertragsbedingungen der Nutzungsvereinbarung hinaus - insbesondere eine gewerbliche Weiterverarbeitung außerhalb der Grenzen der Vertragsbedingungen - ist nicht gestattet.