S 19 P 3808/18

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Baden-Württemberg
Sozialgericht	Landessozialgericht Baden-Württemberg
Sachgebiet	Pflegeversicherung
Abteilung	4.
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	Eine kraft Gesetzes eintretende (automatische) Umwandlung eines Krankenversicherungsvertrages im „Normaltarif“ in den Basistarif ist gesetzlich nicht vorgesehen. Für Versicherte im Notlagentarif findet die Minderung des Pflegeversicherungsbeitrags nach § 110 Abs. 2 Satz 3 SGB XI keine Anwendung.
Normenkette	VVG § 193 VVG § 205 SGB 11 § 27 SGB 11 § 110 Abs 2 VAG § 12h VAG § 153 VAG § 181

1. Instanz

Aktenzeichen	S 19 P 3808/18
Datum	25.03.2021

2. Instanz

Aktenzeichen	L 4 P 1519/21
Datum	20.03.2023

3. Instanz

Datum	-

Die Berufung des Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 25. MÃ¤rz 2021 wird zurÃ¼ckgewiesen.

AuÃŸergerichtliche Kosten auch des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.
Â

Tatbestand

Der Beklagte wendet sich gegen die Zahlung von BeitrÃ¤gen zur privaten Pflegepflichtversicherung fÃ¼r den Zeitraum vom 1. November 2008 bis 31. Oktober 2017 in HÃ¶he von 7.789,14 â¬ zzgl. Zinsen.

Der 1941 geborene, zuletzt selbstÃ¤ndig tÃ¤tige Beklagte beantragte am 5. MÃ¤rz 2003 zum 1. April 2003 fÃ¼r sich beim KlÃ¤ger, einem privaten Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit, den Abschluss eines Vertrags Ã¼ber eine private Krankenversicherung einschlieÃlich des Tarifs PVN Ã¼ber die private Pflegepflichtversicherung mit monatlicher Beitragszahlung. Der KlÃ¤ger bestÃ¤tigte mit Versicherungsschein am 21. MÃ¤rz 2003 den Abschluss des Versicherungsvertrages ab dem 1.Â April 2003 nach den Tarifen PNW+ (Krankenversicherungsbeitrag 414,66 â¬) und PVN (monatlicher Beitrag PVN 64,77 â¬) nach den beigefÃ¼gten Tarif- und Versicherungsbedingungen (u.a. Tarifbedingungen PV und Allgemeine Versicherungsbedingungen fÃ¼r die private Pflegepflichtversicherung [MB/PPV]).

Ab dem 1. Februar 2006 bezog der Beklagte, der zunÃ¤chst nicht in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) gesetzlich versichert war, eine Altersrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung (HÃ¶he der laufenden Zahlungen inklusive Zuschuss zur privaten Krankenversicherung: ab 1. Juli 2008: 609,09 â¬, ab 1. Januar 2009: 610,80 â¬, ab 1. Juli 2009: 623,77 â¬, ab 1. Juli 2010: 623,77 â¬, ab 1. Januar 2011: 625,52 â¬, ab 1. Juli 2011: 631,73 â¬, ab 1. Juli 2012: 645,53 â¬, ab 1.Â Juli 2013: 647,14 â¬, ab 1. Juli 2014: 657,94 â¬, ab 1. Juli 2015: 671,74 â¬, ab 1. Juli 2016: 700,26Â â¬, ab 1. Juli 2017: 713,60 â¬, ab 1. Juli 2018: 736,60 â¬).

Mit Schreiben vom 23. September 2008 kÃ¼ndigte der Beklagte die â KV-Versicherungâ zum 1.Â Oktober 2008, weil er sich diese angesichts seiner RentenhÃ¶he nicht mehr leisten kÃ¶nne. Der KlÃ¤ger bestÃ¤tigte die KÃ¼ndigung mit Schreiben vom 1. Oktober 2008, auch hinsichtlich der Pflegeversicherung, wegen der einzuhaltenden KÃ¼ndigungsfrist aber erst mit Wirkung zum 31.Â MÃ¤rz 2009. Der Beklagte widerrief am 19. Oktober 2008 die zur Beitragszahlung erteilte EinzugsermÃ¤chtigung und zahlte ab dem 1. November 2008 keine BeitrÃ¤ge mehr. Nach einer Vorsprache des Beklagten bei der KlÃ¤gerin informierte diese ihn Ã¼ber die ab 1.Â Januar 2009 geltende Verpflichtung zum Angebot eines verbandseinheitlichen Basistarifs, dessen BeitragshÃ¶he aber noch nicht genannt werden kÃ¶nne (Schreiben vom 26. November 2008). Mit Schreiben vom 5. Dezember 2008 erklÃ¤rte der Beklagte gegenÃ¼ber dem KlÃ¤ger die

â□□RÃ¼cknahme der KÃ¼ndigung der KV-Versicherungâ□□ und bat um dessen â□□derzeit gÃ¼nstigstes Versicherungsangebotâ□□. Da aufgrund der gesetzlichen Regelung zum 1. Januar 2009 die EinfÃ¼hrung eines Basisangebotes Pflicht sei, bitte er schon jetzt um ein entsprechendes Angebot. Mit Versicherungsschein vom 8. Dezember 2008 bestÃ¤tigte der KlÃ¤ger die â□□ unverÃ¤nderten â□□ Vertragsinhalte ab 1. April 2009 (Tarif PNW+ monatlicher Beitrag 439,49 â□¬, Tarif PVN monatlicher Beitrag 66,64 â□¬; Beurkundungsgrund: KÃ¼ndigungsrÃ¼cknahme).

Mit Bescheid vom 19. Dezember 2008 bewilligte das Kreissozialamt (im Folgenden KSA) als GrundsicherungstrÃ¤ger u.a. dem Beklagten Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Vierten Kapitel ZwÃ¶lftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) fÃ¼r den Zeitraum vom 1. November 2008 bis 31. Oktober 2009. Dabei wurden als Bedarf die BeitrÃ¤ge zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung in voller HÃ¶he von insgesamt 506,13 â□¬ monatlich berÃ¼cksichtigt. Nachdem das KSA den Beklagten Ã¼ber die MÃ¶glichkeit eines Wechsels in den Basistarif der privaten Krankenversicherung informiert hatte, bewilligte es zunÃ¤chst ab dem 1.Â April 2009 die Grundsicherungsleistungen in geringerer HÃ¶he unter BerÃ¼cksichtigung der Kranken- und PflegeversicherungsbeitrÃ¤ge nur noch bis zum HÃ¶chstsatz der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung (Bescheid vom 11. MÃ¤rz 2009). Mit Bescheiden vom 31.Â Juli 2009 hob das KSA wegen Ã¼bersteigenden Einkommens (hinzugetretene EinkÃ¼nfte aus ErwerbstÃ¤tigkeit sowie anzurechnendes Einkommen der Ehefrau) die Leistungsbewilligung rÃ¼ckwirkend ab 1.Â April 2009 teilweise und ab 1. Mai 2009 vollstÃ¤ndig auf (geringere Kosten der Unterkunft nach Umzug). In der Folgezeit bezog der Beklagte jedenfalls bis zum Ende des streitbefangenen Zeitraums keine Grundsicherungsleistungen (Bescheinigung des KSA vom 29. Januar 2020).

Mit Schreiben vom 10. November 2009 gab der Beklagte an, er habe nach dem Hinweis des KSA vom MÃ¤rz 2009 in einem Telefonat mit einem Mitarbeiter des KlÃ¤gers die â□□RÃ¼cknahme der KÃ¼ndigung wieder zurÃ¼ckgenommenâ□□, weil er kein Angebot mit â□□halbiertem Beitragssatzâ□□ erhalten habe. Aufgrund seines Einkommens kÃ¶nne er die BeitrÃ¤ge zur Kranken- und Pflegeversicherung nicht bezahlen. Zur â□□Ã□berprÃ¼fung des Kontrahierungszwanges in der privaten Krankenversicherungâ□□ forderte der KlÃ¤ger die Ã□bersendung zweier Formulare (Schreiben vom 24. November 2009).

Mit Schreiben vom 28. November und 29. Dezember 2008 sowie 30. Januar 2009 mahnte der KlÃ¤ger BeitragsrÃ¼ckstÃ¤nde an. Ab dem 24. Februar 2009 ruhte die

Leistung aus der Krankenversicherung. In einem Verfahren vor dem Landgericht Stuttgart (Aktenzeichen 16 0 18/12) wurde der Beklagte mit VersÃ¤umnisurteil vom 17. Februar 2012 zur Zahlung rÃ¼ckstÃ¤ndiger KrankenversicherungsbeitrÃ¤ge bis Dezember 2011 sowie laufender ab Januar 2012 an den KlÃ¤ger verurteilt. Mit Schreiben vom 27. August 2012 gab der Beklagte gegenÃ¼ber dem KlÃ¤ger an, derzeit wegen Ã¼bersteigenden Einkommens keinen Anspruch auf Grundsicherungsleistungen zu haben, der volle Beitrag nach dem Basistarif aber zu einem solchen fÃ¼hren wÃ¼rde. Eine Umstellung des Vertrages erfolgte nicht. Am 18. Januar 2013 gab der Beklagte eine eidesstattliche Versicherung gemÃ¤Ã Â§Â§ 807, 903 Zivilprozessordnung (ZPO) ab.

Nach Inkrafttreten des Gesetzes zur Beseitigung sozialer Ãberforderung der Beitragsschuldner in der Krankenversicherung stellte der KlÃ¤ger den Krankenversicherungsvertrag rÃ¼ckwirkend ab dem 24. Februar 2009 (Beginn des Ruhens der Leistung) in den Notlagentarif um. Die monatlichen BeitrÃ¤ge zur Krankenversicherung wurden rÃ¼ckwirkend reduziert. Die BeitrÃ¤ge zur Pflegeversicherung blieben unberÃ¼hrt. Der BeitragsrÃ¼ckstand wurde reduziert auf insgesamt 10.352,46 â¬ (Krankenversicherung 6.375,31 â¬; Pflegeversicherung 3.977,15 â¬). Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den Versicherungsschein vom 10. September 2013 (Bl. 111/113 der Senatsakte) Bezug genommen. Der Beklagte widersprach der rÃ¼ckwirkenden Umstellung nicht.

Der monatliche Beitrag zur Pflegeversicherung betrug ab November 2008 66,64 â¬, ab Januar 2010 67,89 â¬, ab Januar 2012 66,10 â¬, ab Januar 2013 69,07 â¬, ab Januar 2015 78,31 â¬ sowie ab Januar 2017 89,65 â¬ (Versicherungsscheine vom 21. MÃ¤rz 2003, 10.Â September 2013, Mitteilungen Ã¼ber die BeitragsÃ¤nderungen vom 24. November 2014 und 2016). Seit dem 1. November 2008 zahlte der Beklagte diese BeitrÃ¤ge nicht.

Ab dem 1. August 2017 war der Beklagte in der KVdR in der gesetzlichen Rentenversicherung pflichtversichert. Die AOK als gesetzliche Krankenkasse bestÃ¤tigte unter dem 30. September 2020 auf einen ÃberprÃ¼fungsantrag des KlÃ¤gers die Pflichtmitgliedschaft ab diesem Zeitpunkt wegen ErfÃ¼llung der notwendigen Rahmenfrist aufgrund einer zu diesem Zeitpunkt eingetretenen gesetzlichen Neuregelung. Mit Schreiben vom 12. Februar 2021 bestÃ¤tigte der KlÃ¤ger die Beendigung des Versicherungsvertrages zum 30. November 2019. Da die KÃ¼ndigungserklÃ¤rung des Beklagten und der Nachweis Ã¼ber die Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung erst am 26. Januar 2021 bei ihm, dem KlÃ¤ger, eingegangen seien, kÃ¶nne der Vertrag grundsÃ¤tzlich erst zum 31. Januar 2021 beendet werden. Eine frÃ¼here Beendigung als die kulanzweise

akzeptierte KÃ¼ndigung zum 30.Â November 2019 sei hingegen nicht mÃ¶glich.

Auf Antrag des KlÃ¤gers hatte das Amtsgericht Mayen (AG) bereits am 18. Januar 2018 den dem Beklagten am 20. Januar 2018 zugestellten Mahnbescheid Ã¼ber eine Gesamtforderung von 12.213,70 â¬ (BeitrÃ¤ge zur Pflegeversicherung vom 1. November 2008 bis 1. Oktober 2017 7.789,14 â¬; Verfahrenskosten 396,62 â¬: Gerichtskosten 101,50Â â¬, Rechtsanwaltskosten 295,12Â â¬; Nebenforderungen: AuskÃ¼nfte und vorgerichtliche Rechtsanwaltskosten 567,54 â¬; Zinsen 3.460,40 â¬) erlassen. Nach Widerspruch des Beklagten vom 24. Januar 2018 gab das AG auf Antrag des KlÃ¤gers auf DurchfÃ¼hrung des streitigen Verfahrens das Verfahren zur DurchfÃ¼hrung eines Klageverfahrens an das Sozialgericht Stuttgart (SG; Eingang 23. Juli 2018) ab.

Der KlÃ¤ger nahm die Klage hinsichtlich der vorgerichtlichen Rechtsanwaltskosten in HÃ¶he von 567,54 â¬ zurÃ¼ck (Schriftsatz vom 15. August 2018). Zur BegrÃ¼ndung der aufrechterhaltenen Klage verwies er auf die aus dem privaten Pflegeversicherungsvertrag bestehende Verpflichtung des Beklagten, die BeitrÃ¤ge monatlich im Voraus jeweils zum Monatsersten zu zahlen, der dieser fÃ¼r den streitbefangenen Zeitraum nicht nachgekommen sei. Eine Zusicherung Ã¼ber die Eingruppierung des Beklagten in den â halbierten Beitragssatzâ werde bestritten. Dieser habe â wie bereits im landgerichtlichen Verfahren â seine HilfebedÃ¼rftigkeit nicht nachweisen kÃ¶nnen. Auf seine â des KlÃ¤gers â entsprechende Aufforderungen vom 24. September, 22. Oktober und 19. Dezember 2018 habe der Beklagte nicht reagiert. Aus den Bescheiden des KSA ergebe sich gerade keine ununterbrochene, bis aktuell bestehende HilfebedÃ¼rftigkeit. Eine Reduzierung des Beitrags zur Pflegeversicherung bei HilfebedÃ¼rftigkeit setze weiter voraus, dass eine Krankenversicherung im Basistarif bestehe, was beim Beklagten im streitbefangenen Zeitraum nicht der Fall gewesen sei. BeitrÃ¤ge zur Krankenversicherung sowie Leistungs- oder ErstattungsansprÃ¼che aus dieser seien nicht Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens. Einer Aufrechnung gegebenenfalls hieraus bestehender AnsprÃ¼che des Beklagten gegen die Klageforderung stehe das gesetzliche Aufrechnungsverbot entgegen. Eine mÃ¶gliche VerjÃ¤hrung mÃ¼sse nicht von Amts wegen vom Gericht berÃ¼cksichtigt werden, sondern nur auf Einrede. Der KlÃ¤ger legte den Versicherungsantrag, die genannten Versicherungsscheine und Beitragsmitteilungen, weitere Korrespondenz mit dem Beklagten, u.a. zur Vertragsbeendigung wegen Eintritt der Versicherungspflicht in der KVdR sowie die MB/PPV vor. Zuletzt beantragte er in der mÃ¼ndlichen Verhandlung vor dem SG, den Beklagten zu verurteilen, ihm 7.789,14 â¬ nebst Zinsen hierauf in HÃ¶he von 5 Prozentpunkten Ã¼ber dem Basiszinssatz ab dem 2. Oktober 2017 zu zahlen.

Der Beklagte trat der Klage entgegen. Er habe in den Jahren 2008/2009 Grundsicherung bezogen. Das KSA habe damals festgestellt, dass er einen Anspruch auf den â□□halbierten Beitragssatzâ□□ von damals 118,31 â□¬ in der Krankenversicherung und 17,54 â□¬ in der Pflegeversicherung habe. Dies sei ihm auch vom KlÃ¤ger telefonisch zugesichert worden. Die im Versicherungsschein vom 10. September 2013 festgelegten BeitrÃ¤ge seien sachlich unzutreffend bzw. widersprÃ¤chen den ihm von der Rentenversicherung mitgeteilten BeitrÃ¤gen (vorgelegte Ã□bersicht der BeitragssÃ¤tze zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung). Das Ruhen der Leistungen fÃ¼hre zu den hohen Forderungen des KlÃ¤gers. Daher habe er, der Beklagte, auch keinen Anspruch auf Ã¤rztliche Versorgung und keinen Anspruch auf Medikamentenerstattung. Seine BeitrÃ¤ge zur Kranken- und Pflegeversicherung seien bereits dadurch ausgeglichen, dass er seine Arztkosten und Medikamente selbst gezahlt habe (von 2009 bis 2018 insgesamt 17.548,11 â□¬). ErgÃ¤nzend legte er u.a. die genannten Bescheide des KSA sowie Zusammenstellungen der RentenbetrÃ¤ge mit Rentenbescheiden, der BeitrÃ¤ge nach den Versicherungsscheinen sowie seiner Kosten fÃ¼r Ã¤rztliche Versorgung und Medikamente einschlieÃ□lich entsprechender Belege vor.

Mit Urteil vom 25. MÃ¤rz 2021 verurteilte das SG den Beklagten, an den KlÃ¤ger 7.789,14Â â□¬ nebst Zinsen hierauf in HÃ¶he von 5 Prozentpunkten Ã¼ber dem Basiszinssatz ab dem 2.Â Oktober 2017 zu zahlen. Der Beklagte trage die Gerichtskosten des Mahnverfahrens. Die Beteiligten hÃ¤tten einander keine auÃ□ergerichtlichen Kosten zu erstatten. Der KlÃ¤ger habe aufgrund der zwischen ihm und dem Beklagten zustande gekommenen Pflegepflichtversicherung einen Anspruch auf Zahlung der rÃ¼ckstÃ¤ndigen BeitrÃ¤ge zur privaten Pflegepflichtversicherung fÃ¼r die Zeit vom 1.Â November 2008 bis 1. Oktober 2017 in der geltend gemachten HÃ¶he. Der Beklagte habe den Abschluss des Versicherungsvertrages nicht bestritten. Der Beitrag zur Pflegeversicherung sei im Zeitraum vom 1. Januar 2009 bis 1. Oktober 2017 nicht gemÃ¤Ã□ Â§ 8a Abs. 1 MB/PPV i.V.m. Â§ 110 Abs. 2 Satz 3 bzw. 5 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI; in der ab dem 1. Januar 2009 geltenden Fassung) zu mindern gewesen. Die hierfÃ¼r notwendige Umstellung des Krankenversicherungsbeitrags in den Basistarif entsprechend Â§ 110 Abs.Â 2 Satz 3 SGB XI sei im streitigen Zeitraum nicht erfolgt. Grundsicherungsleistungen habe der Beklagte in diesem Zeitraum nur bis 30.Â April 2009 bezogen. Ob der Beklagte dennoch ggfs. einen weitergehenden Anspruch auf Leistungen nach dem SGB XII in diesem Zeitraum gehabt hÃ¤tte bzw. ob der Krankenversicherungstarif in den Basistarif umzustellen gewesen wÃ¤re, sei vom Gericht nicht zu prÃ¼fen, da dies das KrankenversicherungsverhÃ¤ltnis betreffe, fÃ¼r das die Sozialgerichte nicht zustÃ¤ndig seien. HilfebedÃ¼rftigkeit allein aufgrund des Pflegeversicherungsbeitrags habe angesichts des im

Ã□nderungsbescheid des KSA vom 31. Juli 2009 festgestellten Ã¼bersteigenden Einkommens in HÃ¶he von 248,79 â□¬ monatlich ab Mai 2009 nicht bestanden. Im Zeitraum vom 1. Januar bis 31. MÃ¤rz 2009 sei der komplette Beitrag zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung in der Bedarfsberechnung des SozialhilfetrÃ¤gers bereits berÃ¼cksichtigt worden. FÃ¼r April 2009 bestÃ¼nden jedenfalls Zweifel, ob der Beklagte dem KlÃ¤ger seine HilfebedÃ¼rftigkeit zum damaligen Zeitpunkt nachgewiesen habe. Die Beweislast hierfÃ¼r trage der Beklagte. Eine Umstellung des Pflegeversicherungsvertrags in einen Notlagentarif scheide aus, da die entsprechenden gesetzlichen Regelungen nach Wortlaut, Systematik und Zweck nur fÃ¼r die Kranken- und nicht auch die Pflegeversicherung gelten. Der Pflegeversicherungsvertrag habe im streitigen Zeitraum bis zum 31. Oktober 2017 auch nicht durch eine KÃ¼ndigung des Beklagten geendet. Denn der Beklagte habe nicht binnen dreier Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht dessen KÃ¼ndigung erklÃ¤rt und den Nachweis Ã¼ber die Versicherungspflicht vorgelegt, sondern erst im Januar 2021. Auch bei Eintritt einer (rÃ¼ckwirkenden) Versicherungspflicht in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung ende der private Versicherungsvertrag nicht automatisch. Der Beklagte sei wegen des gesetzlichen Aufrechnungsverbots auch nicht berechtigt gegen die Beitragsforderung des KlÃ¤gers mit den von ihm verauslagten Medikamentenkosten aufzurechnen. Einreden gegen die Beitragsforderung habe der Beklagte bis zum Schluss der mÃ¼ndlichen Verhandlung nicht erhoben. Die Beitragsforderung sei im begehrten Umfange zu verzinsen.

Gegen dieses ihm am 1. April 2021 zugestellte Urteil hat der Beklagte am 27. April 2021 beim SG Berufung zum Landessozialgericht (LSG) Baden-WÃ¼rttemberg eingelegt und zur BegrÃ¼ndung vorgetragen, seine bereits am 23. September 2008 erklÃ¤rte KÃ¼ndigung des Versicherungsvertrages sei nicht beachtet worden. Seit seiner Mitgliedschaft bei der AOK seien fÃ¼r ihn die vom RentenversicherungstrÃ¤ger mitgeteilten BeitragssÃ¤tze zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung maÃ□geblich. Es kÃ¶nne nicht sein, dass er seine Medikamentenkosten â□□ auch zur Heilbehandlung akuter Erkrankungen â□□ selbst bezahlen, der KlÃ¤ger sich aber gar nicht daran beteiligen mÃ¼sse. ErgÃ¤nzend hat er Unterlagen Ã¼ber die Korrespondenz mit dem KlÃ¤ger wegen und in Folge der KÃ¼ndigung vom 23. September 2008 (Bl. 20/35 der Senatsakten) vorgelegt.

Der Beklagte beantragt (sachdienlich gefasst),

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 25. MÃ¤rz 2021 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der KlÃ¤ger beantragt schriftsÃ¤tzlich,

Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Er hÃ¤lt die angefochtene Entscheidung fÃ¼r zutreffend. Eine wirksame â RÃ¼cknahme der RÃ¼cknahme der KÃ¼ndigungâ sei nicht erfolgt. Mit (vorgelegtem) Versicherungsschein vom 8. Dezember 2008 habe er, der KlÃ¤ger, die KÃ¼ndigungsrÃ¼cknahme und WeiterfÃ¼hrung der Versicherung nach dem Tarif PVN in der Pflegeversicherung bestÃ¤tigt. Die AusfÃ¼hrungen des Beklagten zum Krankenversicherungsvertrag und dem dortigen Notlagentarif seien fÃ¼r die hier allein streitigen BeitrÃ¤ge zur Pflegeversicherung nicht relevant.

Der Berichterstatter hat am 22. MÃ¤rz 2022 einen ErÃ¶rterungstermin mit den Beteiligten durchgefÃ¼hrte, in dem sich diese mit einer Entscheidung ohne mÃ¼ndliche Verhandlung einverstanden erklÃ¤rt haben (Protokoll vom 22. MÃ¤rz 2022, Bl. 127 der Senatsakte).

Wegen weiterer Einzelheiten des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Akten des Senats und des SG Bezug genommen.

EntscheidungsgrÃ¼nde

1. Die nach Â§ 151 Abs. 1 und 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Beklagten, Ã¼ber die der Senat mit EinverstÃ¤ndnis der Beteiligten nach Â§Â 153 Abs.Â 1 i.V.m. Â§ 124 Abs. 2 SGG ohne mÃ¼ndliche Verhandlung entscheidet, ist zulÃ¤ssig, insbesondere statthaft gemÃ¤Ã Â§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG. Denn das SG hat den Beklagten mit dem uneingeschrÃ¤nkt angefochtenen Urteil zur Zahlung in HÃ¶he von insgesamt 7.789,14 â¬ zzgl. Zinsen und damit mehr als 750,00 â¬ verurteilt.

2. Gegenstand des Verfahrens ist nur die Verpflichtung des Beklagten zur Zahlung rÃ¼ckstÃ¤ndiger BeitrÃ¤ge zur privaten Pflegeversicherung fÃ¼r den Zeitraum vom 1.Â November 2008 bis 31.Â Oktober 2017 in HÃ¶he von 7.789,14 â¬ nebst Zinsen hierauf in HÃ¶he von 5 Prozentpunkten Ã¼ber dem Basiszinssatz ab dem 2. Oktober 2017. Dies ergibt sich aus dem vom KlÃ¤ger in der mÃ¼ndlichen Verhandlung vor dem SG zuletzt gestellten Antrag. DarÃ¼berhinausgehende Begehren, insbesondere die im Mahnbescheid des AG vom 18. Januar 2018 vorgerichtlichen Rechtsanwaltskosten, wurden nach der bereits vor dem SG erklÃ¤rten TeilrÃ¼cknahme der Klage nicht weiterverfolgt. In diesem Umfange hat das SG mit dem allein vom Beklagten angefochtenen Urteil diesen zur Zahlung

verurteilt. Nicht Gegenstand des Verfahrens sind damit BeitragsansprÃ¼che fÃ¼r ZeitrÃ¤ume ab dem 1. November 2017. Soweit der Beklagte im Berufungsverfahren zu solchen ZeitrÃ¤umen vorgetragen und Unterlagen vorgelegt hat (u.a. Vollstreckungsbescheid des AG vom 23.Â Dezember 2020 aufgrund des Mahnbescheides vom 25. November 2020 Ã¼ber BeitrÃ¤ge zur privaten Pflegeversicherung fÃ¼r den Zeitraum vom 1. November 2017 bis 30. November 2019), ist dies fÃ¼r den vorliegenden Rechtsstreit daher nicht relevant. Ebenfalls nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens sind AnsprÃ¼che der Beteiligten aus dem privaten Krankenversicherungsvertrag.

3. Die Berufung des Beklagten ist nicht begrÃ¼ndet. Das SG hat diesen zu Recht zur Zahlung von BeitrÃ¤gen in HÃ¶he von 7.789,14 â¬ zzgl. Zinsen hierauf in HÃ¶he von 5 Prozentpunkten Ã¼ber dem Basiszinssatz ab dem 2. Oktober 2017 verurteilt. Der KlÃ¤ger hat gegen den Beklagten Anspruch auf die geforderten BeitrÃ¤ge zur Pflegepflichtversicherung fÃ¼r die Zeit vom 1. November 2008 bis 31. Oktober 2017 zzgl. Zinsen in der genannten HÃ¶he.

a) Die Verpflichtung des Beklagten zur Beitragszahlung ergibt sich aus dem zwischen den Beteiligten bestehenden Vertrag Ã¼ber die private Pflegeversicherung i.V.m. Â§ 1 Satz 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Ein solcher Vertrag ist wirksam zustande gekommen (dazu aa) und vom Beklagten bis zum Ende des streitbefangenen Zeitraums nicht wirksam beendet worden (dazu bb bis dd).

aa) Die Beteiligten haben mit Wirkung zum 1. April 2003 einen privaten Pflegeversicherungsvertrag nach dem Tarif PVN geschlossen, dessen Bestandteil auch die MB/PPV geworden sind. Dies folgt aus dem Angebot auf Abschluss eines privaten Pflegeversicherungsvertrages im Versicherungsantrag des Beklagten vom 5. MÃ¤rz 2003 und der entsprechenden AnnahmeerklÃ¤rung des KlÃ¤gers durch Ausstellung und Ãbersendung des Versicherungsscheins vom 21. MÃ¤rz 2003 (Â§Â 147 Abs. 2 BÃ¼rgerliches Gesetzbuch [BGB]) nach den beigefÃ¼gten Tarif- und Versicherungsbedingungen (u.a. MB/PPV). Dieser Vertragsschluss wird auch vom Beklagten nicht in Abrede gestellt. FÃ¼r die Beitragszahlung gilt demnach Â§Â 8 MB/PVV. Nach dessen Abs. 1 ist vorbehaltlich der AbsÃ¤tze 2 und 3 (Kinder) fÃ¼r jede versicherte Person ein Beitrag zu zahlen. Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und am Ersten eines jeden Monats fÃ¤llig.

bb) Durch die KÃ¼ndigungserklÃ¤rung des Beklagten vom 23. September 2008 wurde dieser Pflegeversicherungsvertrag nicht beendet. Zwar hatte der Beklagte unter diesem Datum gegenÃ¼ber dem KlÃ¤ger die KÃ¼ndigung der â KV-

Versicherungâ□□ zum 1. Oktober 2008 erklÃ¤rt und der KlÃ¤ger die KÃ¼ndigung mit Schreiben vom 1. Oktober 2008, auch hinsichtlich der Pflegeversicherung, wegen der einzuhaltenden KÃ¼ndigungsfrist mit Wirkung zum 31. MÃ¤rz 2009, bestÃ¤tigt. TatsÃ¤chlich haben sich die Beteiligten in der Folge aber auf eine Fortsetzung des Kranken- und Pflegeversicherungsvertrages zu den bisherigen Bedingungen geeinigt. Dies ergibt sich aus der vom Beklagten mit Schreiben vom 5. Dezember 2008 gegenÃ¼ber dem KlÃ¤ger erklÃ¤rten RÃ¼cknahme der KÃ¼ndigung der Krankenversicherung. Gleichzeitig bat er in diesem Schreiben unter Hinweis auf die zum 1. Januar 2009 gesetzlich eingefÃ¼hrte Verpflichtung zur Schaffung eines Basistarifs um Ã□bersendung eines entsprechenden Angebotes. Daraus wird deutlich, dass auch der Beklagte zunÃ¤chst zu den alten Vertragsbedingungen zurÃ¼ckkehren wollte. Die Bitte um Vorlage eines gÃ¼nstigen Vertragsangebotes zeigt des Weiteren, dass mit der RÃ¼cknahme der KÃ¼ndigung noch kein Vertrag zu anderen Konditionen geschlossen werden sollte. Dementsprechend erklÃ¤rte sich der KlÃ¤ger zur Fortsetzung des Vertrages zu den frÃ¼heren Bedingungen bereit. Dies folgt aus der Ã□bersendung des Versicherungsscheins vom 8. Dezember 2008, in dem die bisherigen Vertragsbedingungen erneut festgeschrieben wurden (insbesondere Tarif PNW+ in der Kranken- sowie Tarif PVN in der Pflegeversicherung bei jeweils unverÃ¤nderten monatlichen BeitrÃ¤gen). Als Beurkundungszwang wurde ausdrÃ¼cklich die KÃ¼ndigungsrÃ¼cknahme angegeben. Nichts anderes ergibt sich, wenn man die RÃ¼cknahme der KÃ¼ndigung als Angebot eines neuen â□□Â unmittelbar anschlieÃ□enden â□□ Versicherungsvertrages nach den bisherigen Bedingungen ansieht. Denn mit der Ã□bersendung des Versicherungsscheins vom 8.Â Dezember 2008 hat der KlÃ¤ger dieses Angebot angenommen.

cc) Dieser fortbestehende Versicherungsvertrag wurde durch die im Schreiben des Beklagten vom 10. November 2009 angefÃ¼hrte RÃ¼cknahme der RÃ¼cknahme der KÃ¼ndigung nicht beendet.

Nach der dortigen Darstellung des Beklagten erfolgte diese â□□RÃ¼cknahme der RÃ¼cknahmeâ□□ nach dem Hinweis des KSA vom MÃ¤rz 2009 in einem Telefonat mit einem Mitarbeiter des KlÃ¤gers. Sie stellt damit keinen wirksamen Widerruf der RÃ¼cknahmeerklÃ¤rung vom 5. Dezember 2018 dar, da sie nicht vor oder gleichzeitig mit dieser beim KlÃ¤ger einging (Â§ 130 Abs. 1 Satz 2 BGB).

Als neue KÃ¼ndigungserklÃ¤rung konnte sie den Versicherungsvertrag nicht beenden. Nach dem Inhalt des Schreibens vom 10. November 2009 erfolgte die KÃ¼ndigungserklÃ¤rung jedenfalls nicht vor MÃ¤rz 2009. Zu diesem Zeitpunkt unterlag der Beklagte bereits der zum 1. Januar 2009 eingefÃ¼hrten Pflicht, eine

Krankheitskostenversicherung abzuschlieÃen und aufrechtzuerhalten (Â§ 193 Abs. 3 SatzÂ 1 VVG i.d.F. des Gesetzes zur Reform des Versicherungsvertragsrechts vom 23.Â November 2007, BGBl. I, S. 2631). Dieser Pflicht genÃ¼gte der vor dem 1. April 2007 vereinbarte KrankheitskostenversicherungsvertragÂ (Satz 2). Nach der Regelung des durch dasselbe Reformgesetz neu eingefÃ¼hrten Regelung des Â§ 205 Abs. 6 VVG kann der Versicherungsnehmer eine Versicherung, die eine Pflicht ausÂ Â§Â 193 Abs.Â 3 SatzÂ 1 VVGÂ erfÃ¼llt, nur dann kÃ¼ndigen, wenn er bei einem anderen Versicherer fÃ¼r die versicherte Person einen neuen Vertrag abschlieÃt, der dieser Pflicht genÃ¼gt.Â Die KÃ¼ndigung wird erst wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist. Gleiches gilt fÃ¼r den Pflegepflichtversicherungsvertrag. Nach Â§ 23 Abs. 1 Satz 1 SGB XI sind Personen, die gegen das Risiko Krankheit bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen oder im Rahmen von VersicherungsvertrÃ¤gen, die der Versicherungspflicht nach Â§Â 193 Abs.Â 3 VVG genÃ¼gen, versichert sind, vorbehaltlich des Absatzes 2 verpflichtet, bei diesem Unternehmen zur Absicherung des Risikos der PflegebedÃ¼rftigkeit einen Versicherungsvertrag abzuschlieÃen und aufrechtzuerhalten. Bei fortbestehender Versicherungspflicht nach AbsatzÂ 1 wird auch hier eine KÃ¼ndigung des Vertrages erst wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist (Â§ 23 Abs. 2 Satz 4 SGB XI). Einen solchen Nachweis hat der Beklagte jedoch fÃ¼r im Rahmen der â RÃ¼cknahme der RÃ¼cknahme der KÃ¼ndigungâ nicht erbracht. TatsÃ¤chlich bestand auch keine unmittelbare Anschlussversicherung. Der Beklagte hat nach dem Gesamtinhalt des Verfahrens keinen weiteren Versicherungsvertrag der privaten Kranken- und Pflegeversicherung abgeschlossen. Abweichendes hat er selbst nicht geltend gemacht.

dd) Der Eintritt der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung hat den Versicherungsvertrag nicht vor Ende des streitbefangenen Zeitraums am 31.Â Oktober 2017 beendet.

Der Eintritt dieser Versicherungspflicht fÃ¼hrt nicht automatisch zur Beendigung des Versicherungsvertrags. Vielmehr kÃ¶nnen nach Â§ 27 Satz 1 SGB XI Personen, die nach den Â§Â§Â 20Â oder 21 SGB XI versicherungspflichtig werden und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen gegen PflegebedÃ¼rftigkeit versichert sind, ihren Versicherungsvertrag mit Wirkung vom Eintritt der Versicherungspflicht an kÃ¼ndigen. Diese Regelung gibt den Betroffenen jedoch lediglich das Recht, den privaten Versicherungsvertrag zu kÃ¼ndigen, wobei die

Festlegung der Wirksamkeit der KÃ¼ndigung mit Eintritt der Versicherungspflicht aufgrund des Wortlauts â□□kannâ□□ nur die abstrakte Festlegung des frÃ¼hesten denkbaren Zeitpunkts beinhaltet. Eine nÃ¤here PrÃ¤zisierung sowohl Ã¼ber die AusÃ¼bung, die Frist und die Wirksamkeit der KÃ¼ndigung enthÃ¤lt Â§Â 205 Abs.Â 2 VVG (Klein, in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB XI, 3. Aufl., Stand November 2022, Â§Â 27 Rn. 23). Danach gilt fÃ¼r die KÃ¼ndigung sowohl des Kranken- wie des Pflegepflichtversicherungsvertrags: Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes kranken- oder pflegeversicherungspflichtig, kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskosten-, eine Krankentagegeld- oder eine Pflegekrankenversicherung sowie eine fÃ¼r diese Versicherungen bestehende Anwartschaftsversicherung rÃ¼ckwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kÃ¼ndigen (Satz 1). SpÃ¤ter kann der Versicherungsnehmer das VersicherungsverhÃ¤ltnis zum Ende des Monats kÃ¼ndigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist (Satz 4).

Vorliegend ist die Versicherungspflicht des Beklagten in der gesetzlichen Krankenversicherung und damit auch in der sozialen Pflegeversicherung (Â§ 20 Abs. 1 Satz 1 und 2 Nr. 11 SGB XI) rÃ¼ckwirkend zum 1. August 2017 eingetreten. Die hierauf gestÃ¼tzte KÃ¼ndigungserklÃ¤rung des Beklagten und der Nachweis Ã¼ber die Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung ging erst am 26. Januar 2021 beim KlÃ¤ger ein. Dies entnimmt der Senat dem â□□ unwidersprochenen â□□ Inhalt des klÃ¤gerischen Schreibens vom 12. Februar 2021. Einen frÃ¼heren Zeitpunkt hat auch der Beklagte nicht behauptet. Damit erfolgte die KÃ¼ndigung nicht innerhalb von drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht. Selbst wenn man bei â□□ wie vorliegend â□□ rÃ¼ckwirkender Feststellung der Versicherungspflicht auf den Zeitpunkt der Kenntnis des Versicherten abstellen wollte, wÃ¤re vorliegend die Dreimonatsfrist nicht gewahrt. Denn die gesetzliche Krankenkasse hatte dem KlÃ¤ger bereits am 30. September 2020 die Versicherungspflicht ab 1. August 2017 bestÃ¤tigt. Die am 26. Januar 2021 erklÃ¤rte KÃ¼ndigung erfolgte mithin nicht innerhalb von drei Monaten nach Kenntnis des Beklagten von Versicherungspflicht. Eine wirksame KÃ¼ndigung fÃ¼r einen Zeitpunkt vor dem Ende des streitbefangenen Zeitraums lag nicht vor.

b) Der KlÃ¤ger hat Anspruch auf BeitrÃ¤ge in der geltend gemachten HÃ¶he.

aa) Der monatliche Beitrag zur Pflegeversicherung betrug ab November 2008 66,64 â□¬, ab Januar 2010 67,89 â□¬, ab Januar 2012 66,10 â□¬, ab Januar 2013 69,07 â□¬, ab Januar 2015 78,31 â□¬ sowie ab Januar 2017 89,65 â□¬. Dies entnimmt der Senat den vorliegenden Versicherungsscheinen vom 21. MÃ¤rz 2003 und 10. September 2013 sowie den Mitteilungen Ã¼ber die BeitragsÃ¤nderungen an den

Beklagten vom 24. November 2014 und 2016. In dieser HÃ¶he hat der KlÃ¤ger die BeitrÃ¤ge seiner Klageforderung zugrunde gelegt. Nicht maÃgeblich sind fÃ¼r die hier streitigen AnsprÃ¼che auf BeitrÃ¤ge aus dem privatrechtlichen Pflegepflichtversicherungsvertrag die BeitrÃ¤ge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Diese beruhen jeweils auf anderen rechtlichen Bemessungsregelungen. Der Hinweis des Beklagten auf die vom RentenversicherungstrÃ¤ger dargestellten BeitragssÃ¤tze in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung ist daher nicht relevant.

bb) Diese vereinbarten BeitrÃ¤ge wurden nicht geÃ¤ndert. VertragsÃ¤nderungen erfolgten insoweit nicht. Die Umstellung auf den Notlagentarif lieÃ die HÃ¶he der BeitrÃ¤ge zur Pflegeversicherung unberÃ¼hrt.

Nach Â§ 12h Abs. 1 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG, in der ab 1. August 2013 bis 31. Dezember 2015 geltenden Fassung des Gesetzes zur Beseitigung sozialer Ãberforderung bei Beitragsschuldner in der Krankenversicherung vom 15. Juli 2013, BGBl. I, S. 2423; im Folgenden a.F.) bzw. ab 1. Januar 2016 nach Â§ 153 Abs. 1 VAG bilden Nichtzahler nach Â§ 193 Abs. 7 VAG einen eigenen Tarif (sog. Notlagentarif), fÃ¼r die nach dem jeweiligen Absatz 2 eine einheitliche PrÃ¤mie zu kalkulieren ist. Nach Â§ 193 Abs. 7 VVG gilt, solange der Vertrag ruht, der Versicherungsnehmer als im Notlagentarif versichert. Zutreffend hat das SG im angefochtenen Urteil dargelegt, dass dieser Notlagentarif mit der abgesenkten PrÃ¤mie (Beitrag) nur fÃ¼r den privaten Krankenversicherungsvertrag, nicht auch fÃ¼r den privaten Pflegepflichtversicherungsvertrag gilt. Dies ergibt sich zunÃ¤chst aus der gesetzlichen Systematik, da der den Pflegepflichtversicherungsvertrag regelnde Â§ 12f VAG a.F. gerade nicht auf die Regelung des Â§ 12h VAG a.F. zum Krankenversicherungsvertrag verweist. Gleiches gilt ab dem 1. Januar 2016 fÃ¼r Â§ 148 VAG hinsichtlich Â§ 153 VAG. Der Zweck der Regelung Ã¼ber den Notlagentarif, bei Nichtzahlung der vereinbarten BeitrÃ¤ge den Leistungsanspruch des Versicherten aus der Krankenversicherung einzuschrÃ¤nken (vgl. Â§ 12h Abs. 1 Satz 2 VAG a.F., Â§ 153 Abs. 1 Satz 2 VAG) und dem andererseits auf Beitragsseite durch eine geringere PrÃ¤mie Rechnung zu tragen, ist auf die Pflegepflichtversicherung, die solche LeistungseinschrÃ¤nkungen nicht vorsieht, nicht Ã¼bertragbar. Daher kommt auch eine entsprechende Anwendung des Notlagentarifs auf den Pflegepflichtversicherungsvertrag nicht in Betracht. Der Senat nimmt insoweit auf die zutreffende und ausfÃ¼hrliche BegrÃ¼ndung im angefochtenen Urteil des SG (Seite 8/9) Bezug (Â§ 153 Abs. 2 SGG), zumal der Beklagte hiergegen keine EinwÃ¤nde erhoben hat.

cc) Die BeitrÃ¤ge waren nicht nach Â§ 110 Abs. 2 SGB XI zu mindern.

(1) Nach Â§ 110 Abs. 2 Satz 3 SGB XI (in der ab 1. Juli 2008 geltenden Fassung des Art.Â 1 Nr.Â 67 Buchst. aÂ Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung [Pflege-Weiterentwicklungsgesetz] vom 28. Mai 2008, BGBl. I, S. 874) darf fÃ¼r Personen, die im Standardtarif nach Â§Â 315 SGB V versichert sind und deren Beitrag zur Krankenversicherung sich nach Â§Â 12 Abs.Â 1c SatzÂ 4 oder 6 VAG in der ab dem 1. Januar 2009 geltenden Fassung vermindert, der Beitrag 50 vom Hundert des sich nach AbsatzÂ 1 Nr.Â 2 Buchstabe e ergebenden Beitrags nicht Ã¼bersteigen. Entsteht allein durch die Zahlung des Beitrags zur Pflegeversicherung nach SatzÂ 2 HilfebedÃ¼rftigkeit im Sinne des Zweiten oder ZwÃ¶lften Buches, gelten die SÃ¤tze 3 und 4 entsprechend; die HilfebedÃ¼rftigkeit ist vom zustÃ¤ndigen TrÃ¤ger nach dem Zweiten oder ZwÃ¶lften Buch auf Antrag des Versicherten zu prÃ¼fen und zu bescheinigen (Satz 5). Mit Wegfall des Standardtarifs zum 31.Â Dezember 2008 erfolgte zum 1. Januar 2009 die entsprechende Anpassung des Abs. 2 Satz 3 durch Art. 2 Pflege-Weiterentwicklungsgesetz: FÃ¼r Personen, die im Basistarif nach Â§Â 12 VAG versichert sind und deren Beitrag zur Krankenversicherung sich nach Â§Â 12 Abs.Â 1c SatzÂ 4 oder 6 VAG vermindert, darf der Beitrag 50 vom Hundert des sich nach AbsatzÂ 1 Nr.Â 2 Buchstabe e ergebenden Beitrags nicht Ã¼bersteigen. Satz 5 blieb jeweils unverÃ¤ndert. Zum 1. Januar 2016 erfolgte (durch Art.Â 2 Abs.Â 24 Nr.Â 1 Gesetz zur Modernisierung der Finanzaufsicht Ã¼ber Versicherungen vom 1. April 2015, BGBl. I, S. 434) die Anpassung an die Neufassung der Regelungen des VAG: FÃ¼r Personen, die im Basistarif nach Â§Â 152 VAG versichert sind und deren Beitrag zur Krankenversicherung sich nach Â§Â 152 AbsatzÂ 4 SatzÂ 1 oder 3 VAG vermindert, darf der Beitrag 50 vom Hundert des sich nach AbsatzÂ 1 Nr.Â 2 Buchstabe e ergebenden Beitrags nicht Ã¼bersteigen (Satz 3). Der bisherige Satz 5 wurde Satz 4.

Die Beitragsminderung nach Â§ 110 Abs. 2 Satz 3 SGB XI setzt mithin in allen Fassungen eine Versicherung in dem zum 1. August 2008 eingefÃ¼hrten Standardtarif bzw. dem zum 1. Januar 2009 Basistarif in der Krankenversicherung voraus. Dies gilt auch fÃ¼r die Regelung des Abs. 2 Satz 5 bzw. ab 1. Januar 2016 Satz 4 (Koch, in: Kassler Kommentar, SGB XI, Stand Dezember 2021, Â§ 110 Rn. 20a, beck-online; Baier, in: Krauskopf, SGBÂ XI, Stand September 2022, Â§ 110 Rn. 34; Wilcken, in: BeckOK SozR/SGB XI, Stand MÃ¤rz 2021, Â§ 110 Rn. 6). Dies ergibt sich auch aus der BegrÃ¼ndung des Entwurfs zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (BT-Drucks. 16/7439, S. 80 zu Nummer 67 [Â§ 110] zu Buchstabe a): â□□Wird allerdings ein im Standardtarif der privaten Krankenversicherung Versicherter allein durch den Beitrag zur Pflegeversicherung hilfebedÃ¼rftig im Sinne des Zweiten oder ZwÃ¶lften Buches, ist die Halbierungsregelung auf diesen Beitrag beschrÃ¤nkt.â□□ Daraus wird deutlich, dass diese Halbierungsregelung auch in der

Pflegeversicherung an den besonderen Tarif (Standardtarif) in der Krankenversicherung geknÃ¼pft wurde. Aufgrund der Umwandlung des Standardtarifs in den Basistarif erfolgte lediglich eine redaktionelle Anpassung (BT-Drucks. a.a.O.).

(2) Der Beklagte war im streitbefangenen Zeitraum in der Krankenversicherung nicht im Standard- oder Basistarif versichert.

(a) Der Vertrag Ã¼ber die private Krankenversicherung zwischen den Beteiligten wurde bereits im MÃ¤rz 2003 zum 1. April 2003 geschlossen, mithin vor EinfÃ¼hrung des Standardtarifs nach Â§ 315 SGB V zum 1. Juli 2007. Eine spÃ¤tere VertragsÃ¤nderung in diesen Tarif erfolgte nicht. Solches ergibt sich weder aus den vorliegenden Unterlagen, insbesondere den Versicherungsscheinen, noch aus dem Vorbringen der Beteiligten.

(b) Eine Umstellung des Krankenversicherungsvertrages auf den Basistarif nach Â§ 12 VAG a.F. bzw. Â§ 152 VAG ist nicht erfolgt.

(aa) Eine kraft Gesetzes eintretende (automatische) Umwandlung eines Krankenversicherungsvertrages im â□□Normaltarifâ□□ in den Basistarif ist gesetzlich nicht vorgesehen. Weder Â§ 12 VAG a.F. noch Â§ 152 VAG sehen eine entsprechende Regelung vor. Zwar sieht das Gesetz jeweils einen Kontrahierungszwang des Versicherers vor (Â§Â 12 Abs. 1b Satz 1 VAG a.F., Â§ 152 Abs. 2 Satz 1 VAG). Dies bedeutet aber nur, dass der Versicherer grundsÃ¤tzlich zu einem entsprechenden Vertragsangebot verpflichtet ist. Eine Umstellung ist nur aber durch entsprechende Vereinbarung der Vertragsparteien, also entsprechende WillenserklÃ¤rungen, mÃ¶glich. Dies zeigt sich des Weiteren an der Regelung des Â§ 152 Abs. 2 Satz 2 VAG (Â§ 12 Abs. 1b Satz 2 VAG a.F.) Ã¼ber den â□□Wechsel oder KÃ¼ndigung des Vertragsâ□□ auch bei einem vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossenen privaten Krankheitskostenversicherungsvertrag. Der bloÃ□e Eintritt der HilfebedÃ¼rftigkeit nach SGB II oder SGB XII fÃ¼hrt ebenfalls nicht zu einem automatischen Wechsel in den Basistarif. Vielmehr ist das Bestehen eines Krankenversicherungsvertrages in diesem Tarif gerade Voraussetzung fÃ¼r die in Â§ 152 Abs. 4 VAG (Â§ 12 Abs. 1c Satz 4, 6 VAG a.F.) vorgesehene Beitragsminderung bei HilfebedÃ¼rftigkeit. Es kommt mithin insoweit nicht darauf an, ob der Beklagte im streitbefangenen Zeitraum hilfebedÃ¼rftig in diesem Sinne war.

Vielmehr wurde der Krankenversicherungsvertrag ab dem 24. Februar 2009 im Notlagentarif nach Â§ 153 VAG gefÃ¼hrt. Dies ergibt sich aus dem

Versicherungsschein vom 10. September 2013. Dieser auf Grundlage des Art. 7 Satz 1 und 2 EinfÃ¼hrungsgesetz zum VVG (EGVVG) durchgefÃ¼hrten (rÃ¼ckwirkenden) Umstellung hatte der Beklagte nicht widersprochen (Art. 7 Satz 5 EGVVG). Ãber das Widerspruchsrecht hatte ihn der KlÃ¤ger im Begleitschreiben vom 10. September 2013, wie in Art. 7 Satz 6 EGVVG vorgesehen, hingewiesen (Bl. 109 der Senatsakte).

(bb) Die Beteiligten haben eine Ãnderung des Krankenversicherungsvertrages und die Geltung des Basistarifs nicht vertraglich vereinbart. Dies entnimmt der Senat zunÃ¤chst den vorliegenden Versicherungsscheinen. Diesen ist eine Vereinbarung des Basistarifs nicht zu entnehmen. Auch nach dem Ã¼bereinstimmenden Vorbringen der Beteiligten ist eine solche VertragsÃ¤nderung nicht erfolgt. Der KlÃ¤ger hat ausdrÃ¼cklich darauf hingewiesen, dass der Basistarif nicht vereinbart wurde. Selbst der Beklagte hat wiederholt ausdrÃ¼cklich vorgetragen, dass der KlÃ¤ger ihm gerade kein entsprechendes Vertragsangebot zum Basistarif unterbreitet habe. Soweit er weiter vorbringt, der KlÃ¤ger wÃ¤re hierzu jedoch verpflichtet gewesen, macht er wiederum deutlich, dass eine Vereinbarung des Basistarifs bislang nicht erfolgt ist.

(cc) Der Senat hat nicht zu prÃ¼fen, ob der Beklagte gegen den KlÃ¤ger einen Anspruch auf Abschluss eines Krankenversicherungsvertrages im Basistarif hatte oder noch hat.

Da das Gesetz in Â§ 110 Abs. 2 Satz 3 SGB XI nicht an einen Anspruch auf Versicherung im Basistarif anknÃ¼pft, sondern auf das Bestehen einer solchen Versicherung (â versichert sindâ), ist allein der tatsÃ¤chliche Sachverhalt zu berÃ¼cksichtigen. Im vorliegenden Verfahren kann der Beklagte einen mÃ¶glichen Anspruch auf Vertragsabschluss bzw. -Ã¤nderung nicht durchsetzen. FÃ¼r Streitigkeiten der privaten Krankenversicherung ist â anders als fÃ¼r die private Pflegeversicherung in Â§ 51 Abs. 1 Nr. 2 SGG â bereits der Rechtsweg zu den Sozialgerichten nicht erÃ¶ffnet. Zwar entscheidet das den Rechtsstreit unter allen in Betracht kommenden rechtlichen Gesichtspunkten (Â§ 17 Abs. 2 Satz 1 Gerichtsverfassungsgesetz), dies aber nur im Rahmen des jeweiligen Klageanspruchs. Dieser betrifft vorliegend jedoch lediglich die Verpflichtung des Beklagten zur Zahlung der BeitrÃ¤ge zur Pflegeversicherung. Die Frage eines Anspruches auf Vertragsumstellung des privaten Krankenversicherungsvertrages ist davon gerade nicht erfasst. Ein solcher wÃ¤re vor den Zivilgerichten zu klÃ¤ren.

(dd) FÃ¼r Versicherte im Notlagentarif findet die Minderung des Pflegeversicherungsbeitrags nach dem ausdrÃ¼cklichen Wortlaut des Â§ 110 Abs. 2

Satz 3 SGB XI keine Anwendung. Eine analoge Anwendung scheidet mangels vergleichbarer Interessenlage und gesetzlicher RegelungslÃ¼cke aus. Wegen der Unterschiede zwischen Basis- und Notlagentarif wird auf die obigen AusfÃ¼hrungen (3b, bb) verwiesen. Die Rechtsfolgen bei Eintritt der HilfebedÃ¼rftigkeit bei Versicherten im Notlagentarif hat der Gesetzgeber eigenstÃ¤ndig geregelt. Solange der Vertrag wegen BeitragsrÃ¼ckstÃ¤nden ruht, gilt der Versicherungsnehmer nach Â§ 193 Abs. 7 Satz 1 VVG als im Notlagentarif nachÂ Â§Â 153Â VAG versichert. Das Ruhen des Vertrages tritt nicht ein oder endet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedÃ¼rftig im Sinne des SGB II oder SGBÂ XII ist oder wird (Â§ 193 Abs. 6 Satz 5 VVG). Der Vertrag wird bei Ende des Ruhens wegen HilfebedÃ¼rftigkeit im bisherigen Leistungsumfang fortgefÃ¼hrt. Der Versicherungsnehmer hat aber nach Â§ 204 VVG die MÃ¶glichkeit, in den Basistarif mit einer nach Â§ 152 Abs. 4 VAG reduzierten PrÃ¤mie zu wechseln (Voit, in: PrÃ¶lss/Martin, VVG, 31. Aufl. 2021, Â§ 193 Rn. 45) und damit auch die Beitragsminderung nach Â§ 110 Abs. 2 Satz 3 SGBXI in Anspruch zu nehmen.

c) Die danach geschuldeten BeitrÃ¤ge zur Pflegepflichtversicherung im streitbefangenen Zeitraum hat der Beklagte nicht an den KlÃ¤ger gezahlt. Dies entnimmt der Senat dem schlÃ¼ssigen Vortrag des KlÃ¤gers. Zweifel hieran bestehen nicht. Der Beklagte hat nicht geltend gemacht, diese BeitrÃ¤ge tatsÃ¤chlich selbst gezahlt zu haben. Eine Zahlung von BeitrÃ¤gen zur Pflegepflichtversicherung ergibt sich auch nicht aufgrund der zwischenzeitlichen Zahlungen des GrundsicherungstrÃ¤gers. Den vorliegenden Bescheiden des KSA kann nicht entnommen werden, dass die Grundsicherungsleistungen in HÃ¶he der BeitrÃ¤ge zur Pflegepflichtversicherung unmittelbar an den KlÃ¤ger gezahlt wurden. Auch der Beklagte hat solches nicht behauptet.

Soweit der Beklagte geltend macht, ihm stÃ¼nden seinerseits Forderungen gegen den KlÃ¤ger zu (Kosten fÃ¼r Ã¤rztliche Versorgung und Medikamente), hat dies keine Auswirkungen auf seine Pflicht, die BeitrÃ¤ge zur Pflegeversicherung zu zahlen. Denn gegen eine Forderung eines Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit â□□ wie dem KlÃ¤ger â□□ aus der Beitragspflicht kann das Mitglied nicht aufrechnen (Â§Â 181 VAG).

Der Zahlungspflicht steht eine VerjÃ¤hrung der BeitrÃ¤ge zur Pflegepflichtversicherung nicht entgegen. Denn der Beklagte hat bis zur Entscheidung des Senats die Einrede der VerjÃ¤hrung nicht erhoben.

d) Der Zinsanspruch des KlÃ¤gers ergibt sich aus Â§ 288 Abs. 1 Satz 1 BGB. Danach ist eine Geldschuld wÃ¤hrend des Verzugs zu verzinsen. Der Schuldner kommt ohne

Mahnung in Verzug, wenn er eine fÃ¤llige Leistung, fÃ¼r die eine Zeit nach dem Kalender bestimmt ist, nicht erbringt (Â§ 286 Abs. 1 und 2 Nr. 1 BGB). Wie oben (unter 3a, aa) ausgefÃ¼hrt, waren BeitrÃ¤ge monatlich jeweils zum Ersten des Monats fÃ¤llig, also zu einem nach dem Kalender bestimmten Zeitpunkt. Die Nichtzahlung der BeitrÃ¤ge hatte der Beklagte zu vertreten. Er befand sich somit ab dem 2. Oktober 2017 mit der Gesamtschuld der BeitrÃ¤ge fÃ¼r den streitbefangenen Zeitraum im Verzug, wie vom KlÃ¤ger bei den geltend gemachten Zinsen zugrunde gelegt. Der Verzugszinssatz betrÃ¤gt fÃ¼r das Jahr 5Â Prozentpunkte Ã¼ber dem Basiszinssatz (Â§ 288 Abs. 1 Satz 2 BGB).

4.Â Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 193 Abs. 1 SatzÂ 1, Abs.Â 4 SGG. Der Beklagte hat auch die Gerichtskosten des Mahnverfahrens zu tragen. Nach Â§Â 193 Abs.Â 1 Satz 2 SGG entscheidet das Gericht auch, welcher Beteiligte die Gerichtskosten zu tragen hat, wenn ein Mahnverfahren vorausgegangen (Â§ 182a SGG) ist. Da der Beklagte das Mahnverfahren durch seinen Zahlungsverzug veranlasst hatte, ist es sachgerecht, ihm die hierfÃ¼r angefallenen Kosten aufzuerlegen.

5.Â Die Revision war nicht zuzulassen, da GrÃ¼nde hierfÃ¼r (vgl. Â§ 160 Abs. 2 SGG) nicht vorliegen.
Â

Erstellt am: 14.04.2023

Zuletzt verändert am: 23.12.2024