

## L 5 KR 3591/07

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
5  
1. Instanz  
SG Freiburg (BWB)  
Aktenzeichen  
S 11 KR 2352/04  
Datum  
13.04.2006  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 5 KR 3591/07  
Datum  
24.06.2009  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 13. April 2006 wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Streitig ist, ob der Kläger in der Zeit vom 1.2.1990 bis 31.12.2003 bei der Beklagten gesetzlich pflichtversichert war.

Der am 21. 03. 1931 geborene Kläger war erstmals seit 01.01.1945 erwerbstätig und sodann vom 03. 02. 1958 bis 31. 03. 1984 Angehöriger der Bundeswehr (zuletzt: Stabsfeldwebel) mit Anspruch auf Heilfürsorge bei Krankheit und Pflege nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen. In dieser Zeit war er zusätzlich bei der Volkswahl (PKV) privat krankenversichert. Seit 01. 04. 1984 ist der Kläger im Ruhestand und als Pensionär beihilfeberechtigt. Er kündigte zum 01. 03. 1984 seine private Krankenversicherung und trat der Beklagten als freiwilliges Mitglied bei.

Rentenanträge (beim Träger der gesetzlichen Rentenversicherung) vom 17. 01. 1990 und 15. 02. 1991 blieben erfolglos. In diesem Zusammenhang teilte die Beklagte dem Kläger mit Bescheiden vom 12. 02. 1990 (Bl. 34 SG-Akte) und 05. 03. 1991 (Bl. 36 SG-Akte) mit, er erfülle die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Krankenversicherung der Rentner nicht. Er sei - wie ihm im Einzelnen ausführlich vorgerechnet wurde - nicht mindestens 9/10 der zweiten Hälfte der Rahmenfrist bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert gewesen. Seine Mitgliedschaft bei der Beklagten werde als freiwillige Versicherung weitergeführt.

Seit 01. 04. 1996 erhält der Kläger Regelaltersrente von der LVA Baden (Rentenhöhe ab 01. 04. 1996 532,56 DM zzgl. Zuschuss zur Kranken- und Pflegeversicherung in Höhe von 35,15 DM bzw. 1,33 DM - insgesamt 569,04 DM - Bl. 14 Verwaltungsakte -VA-). Die Beklagte nahm daraufhin erneut eine Prüfung der Vorversicherungszeit vor: Der Kläger habe erstmalig eine Erwerbstätigkeit zum 01. 01. 1945 aufgenommen, er habe am 06. 12. 1995 Rente beantragt, die gesamte Rahmenfrist betrage deshalb 50 Jahre 11 Monate und 6 Tage, die Hälfte der Rahmenfrist 25 Jahre 5 Monate und 18 Tage. Die zweite Hälfte der Rahmenfrist beginne am 19. 06. 1970. Vom 19. 06. 1970 bis 28. 02. 1984 sei der Kläger bei der Bundeswehr gewesen und habe freie Heilfürsorge erhalten. Seit Beginn der zweiten Hälfte der Rahmenfrist habe somit bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung an keinem Tag Pflichtversicherung bestanden. Diese Berechnung wurde dem Kläger als Anlage zum Bescheid vom 08. 12. 1995 (Bl. 9/7 VA bzw. 26/28 SG-Akte) übersandt, mit dem die Beklagte erneut feststellte, dass der Kläger die für die Pflichtversicherung in der Krankenversicherung der Rentner erforderliche Vorversicherungszeit nicht erfüllt habe. Auch in diesem Bescheid wurde darauf hingewiesen, dass die Mitgliedschaft als freiwillige Versicherung weitergeführt werde. Dieser Bescheid wurde bindend.

In der Folge teilte der Kläger regelmäßig die Höhe seiner Altersrente und die Höhe der ihm gewährten Versorgungsbezüge mit, die Beklagte berechnete aus diesen Zahlen die Höhe der monatlichen Beiträge unter Berücksichtigung des vollen Beitragssatzes und erließ entsprechende Beitragsfestsetzungsbescheide (u.a. unter dem 12.1.1999, 26.8.1999, 19.7.2000, 14.3.2001, 18.2.2002, 14.3.2002, 17.2.2003 und 07.10.2003), die vom Kläger nicht angefochten wurden. Sämtliche Beiträge wurden in festgesetzter Höhe bezahlt. Erstmals im Dezember 2003 (Bl. 65/77 VA) machte der Kläger geltend, er beziehe seit Jahren Versorgungsbezüge, weswegen er nur die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes zu zahlen gehabt hätte. Er bitte um Änderung der Beitragsberechnung und um Rückerstattung überzahlter Beträge. Die Beklagte habe bei der Berechnung seiner Vorversicherungszeiten den Zeitraum vom 03. 02. 1958 bis 31. 03. 1984 (9.215 Tage) nicht berücksichtigt. Während dieser Zeit habe er bei der Bundeswehr freie Heilfürsorge gehabt, die als Pflichtversicherungszeit hätte berücksichtigt werden müssen.

Mit Einstufungsbescheid vom 17. 02. 2004 (Bl. 83/84 VA) setzte die Beklagte auf der Grundlage eines Beitragssatzes von 14,7 von Hundert bei insgesamt zu Grunde gelegten monatlichen beitragspflichtigen Einnahmen von 2.261,04 EUR den Gesamtbeitrag zur Krankenversicherung in Höhe von 332,36 EUR und den monatlichen Beitrag zur Pflegeversicherung in Höhe von 19,22 EUR fest.

Hiergegen erhob der Kläger mit im Wesentlichen gleicher Begründung Widerspruch. Es erging daraufhin der Bescheid vom 22. 03. 2004 (Bl. 86 VA), mit dem die Beklagte die Rücknahme der Bescheide vom 12. 02. 1990, 05. 03. 1991 und 08. 12. 1995 ablehnte. Der Kläger erfülle nicht die Voraussetzungen für eine Einstufung in die Krankenversicherung der Rentner, weil die Zeiten der freien Heilfürsorge ohne bestehende Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht angerechnet werden könnten. Die Überprüfung der damaligen, längst bindend gewordenen Bescheide gem. [§ 44 Abs. 1](#) Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) habe ergeben, dass sie korrekt und nicht zu beanstanden seien.

Den hiergegen aufrecht erhaltenen, nicht weiter begründeten Widerspruch des Klägers wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 11. 06. 2004 zurück. [§ 248 SGB V](#) in der bis 31. 12. 2003 gültigen Fassung komme beim Kläger nicht zur Anwendung. Diese Vorschrift beschränke die Zahlung nur der Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes auf den Personenkreis der Versicherungspflichtigen. Hierzu zähle der Kläger aus zwei Gründen nicht. Zum Einen habe er die Vorversicherungszeit für eine Mitgliedschaft in der Krankenversicherung der Rentner dem Grunde nach nicht erfüllt, zum Anderen sei er nach [§ 6 Abs. 1 Ziff. 2 und 6](#) als Beamter mit Anspruch auf Beihilfe im Krankheitsfall grundsätzlich versicherungsfrei. Eine Pflichtversicherung in der Krankenversicherung der Rentner sei deshalb für ihn ausgeschlossen. Als freiwilliges Mitglied der Kasse seien die Beiträge in der Vergangenheit zutreffend nach dem ermäßigten Beitragssatz (ohne Anspruch auf Krankengeld) bemessen worden. Eine Beitragserstattung scheide aus, weil seine Beiträge nicht zu Unrecht entrichtet worden seien.

Der Kläger erhob dagegen am 06. 07. 2004 Klage bei dem Sozialgericht Freiburg (SG). Er wiederholte zur Begründung sein bisheriges Vorbringen und machte ergänzend geltend, er sei einem Pflichtversicherten gleichgestellt. Diese Auffassung vertrete jedenfalls die Beihilfestelle, die ihm entsprechendes mitgeteilt habe. Hierzu legte er einen Bescheid der Wehrbereichsverwaltung West vom 01. 06. 2004 (Bl. 29 SG-Akte) vor. Außerdem habe ihn die Beklagte falsch beraten, sie habe ihn zu keinem Zeitpunkt darauf hingewiesen, dass er sich wegen der Versicherungsfreiheit die Absicherung über die Beklagte hätte sparen können. Die Beklagte trat der Klage entgegen. Ein Beratungsfehler könne ihr nicht vorgeworfen werden. Zum Einen sei ihr damals kein konkreter Anlass, der eine Beratung erforderlich gemacht hätte, bekannt geworden, zum Anderen erstrecke sich ihre Beratung lediglich auf die sozialen Angelegenheiten nach diesem Gesetzbuch. Hierzu zählten nicht Informationen über die private Krankenversicherung. Nach Rechtsprechung des LSG Niedersachsen (Hinweis auf Urteil vom 01. 07. 1987 - [L 4 KR 23/87](#)) bestehe für eine Krankenversicherung grundsätzlich kein konkreter Anlass, einen Beamten darauf hinzuweisen, dass er bei grundsätzlich bestehendem Beihilfeanspruch eine Vollversicherung auch durch den Abschluss einer privaten Kranken-kostenversicherung erlangen könne. Solche Kenntnisse seien bei dem Personenkreis der Beamten jedenfalls in Grundzügen vorauszusetzen, weswegen es bei Unklarheiten Sache des einzelnen Versicherten sei, durch Einholung von Auskünften bestehende Unklarheiten zu beseitigen. Für ein Tätigwerden der Krankenkasse habe demnach schon keine Veranlassung bestanden. Durch Urteil vom 13. 04. 2006 wies das SG die Klage ab. Die Beklagte habe zu Recht die Rücknahme der Bescheide vom 12. 02. 1990, 05. 03. 1991 und 08. 12. 1995 abgelehnt. Eine Rücknahme von Bescheiden auf der Grundlage von [§ 44 Abs. 1 SGB X](#) komme nur in Betracht, wenn das Recht unrichtig angewandt worden ist. Dies sei hier nicht der Fall gewesen. Voraussetzungen für den Eintritt von Versicherungspflicht für Personen, die die Voraussetzung für einen Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllten und Rente beantragt hätten, sei, dass sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenanspruchs mindestens 9/10 der zweiten Hälfte des Zeitraums Mitglied oder nach [§ 10 SGB V](#) versichert gewesen sei. Der Kläger sei während der zweiten Hälfte des Zeitraums nicht für die Dauer von 9/10 Mitglied bei einer gesetzlichen Krankenkasse gewesen. Einen auf eine Verletzung einer Beratungspflicht gestützten Herstellungsanspruch könne der Kläger nicht geltend machen, weil nur zulässige Amtshandlungen im Wege des Herstellungsanspruch herbeigeführt werden könnten. Der Eintritt einer Pflichtversicherung könne wegen des Fehlens der gesetzlichen Voraussetzungen deswegen nicht beansprucht werden. Gegen das seinem Bevollmächtigten am 26. 04. 2006 zugestellte Urteil hat der Kläger am 02. 05. 2006 Berufung eingelegt, mit der er sein Begehren weiterverfolgt (das Verfahren - L 5 KR 2241/06 war durch Beschluss vom 29.08.2006 zum Ruhen gebracht worden und nach Wiederanrufung unter dem Aktenzeichen [L 5 KR 3591/07](#) fortgeführt worden). Derzeit sei ein Wechsel in eine private Krankenversicherung für ihn wenig sinnvoll. Seine frühere private Krankenversicherung verlange für ihn und seine Ehefrau bei einer dreißigprozentigen Absicherung monatlich einen Beitrag von 655,08 EUR, bei der Beklagten zahle er derzeit 356,89 EUR. Die Beklagte hätte ihn früher auf einen Verbleib in der privaten Krankenversicherung hinweisen müssen. Hierfür berief er sich auf das Urteil des LSG Berlin-Brandenburg vom 01. 07. 2005 - [L 24 KR 4/05](#), in dem die Auffassung vertreten wurde, ein Versicherungsträger müsse auch ohne ausdrückliches Beratungsbegehren einen Beamten darauf hinweisen, dass dieser bei einem Beihilfeanspruch von 70 v. H. eine private Krankenversicherung mit einer Deckung nur von 30 v. H. benötige, um einen vollständigen Versicherungsschutz zu erzielen. Der Kläger beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 13. April 2006 aufzuheben und unter Aufhebung des Bescheides vom 22. März 2004 in der Gestalt Widerspruchsbescheides vom 11. Juni 2004 die Beklagte zu verurteilen, die Bescheide vom 12. Februar 1990, 05. März 1991 und 08. Dezember 1995 zurückzunehmen und den Eintritt von Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung auf Grund der Rentenanstagstellung vom 17. Januar 1990 festzustellen. Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen. Sie bestreitet nach wie vor einen Beratungsfehler und weist darauf hin, dass sie eine Pflichtversicherung des Klägers in der Krankenversicherung der Rentner verbunden mit einer Beitragsberechnung aus den Versorgungsbezügen des Klägers nach [§ 248 SGB V](#) sowie die Erstattung etwaiger Beitragsdifferenzen nachträglich im Wege des Herstellungsanspruchs nicht herstellen darf, da es für dieses Klagebegehren schon an einer gesetzlichen Grundlage fehle. Die frühere Berichterstatterin des Senats hat durch Beschluss vom 11. 07. 2006 die Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch die Wehrbereichsverwaltung III, Düsseldorf, beigeladen. Der Beigeladene hat sich zur Sache nicht geäußert und auch keine Anträge gestellt. Wegen weiterer Einzelheiten wird auf die den Kläger betreffenden Verwaltungsakten sowie die Prozessakten erster und zweiter Instanz Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist auch statthaft. Ein Berufungsausschlussgrund gem. [§ 144 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) liegt nicht vor. Der Kläger begehrt die Feststellung von Versicherungspflicht in der Krankenversicherung für den Zeitraum vom 01. 02. 1990 bis 31. 12. 2003. Gegenstand des Rechtsstreits ist allein die Frage, ob der Kläger im Zeitraum 1. 2. 1990 bis 31. 12. 2003 pflichtversichertes Mitglied der Beklagten war, weil die Beklagte im Verwaltungs- und Widerspruchsverfahren sich darauf beschränkt hat, zunächst nur die entsprechenden Feststellungsbescheide vom 12.02.1990, 05.03.1991 und 08.12.1995 auf der Grundlage von [§ 44 SGB X](#) einer erneuten Überprüfung zu unterziehen. Die Berufung ist jedoch nicht begründet. Das Urteil des SG ist rechtlich nicht zu

beanstanden. Die Beklagte hat es zu Recht abgelehnt, beim Kläger nachträglich Versicherungspflicht in der Krankenversicherung der Rentner festzustellen. Der Kläger hat hierauf keinen Anspruch. Gem. [§ 44 Abs. 1 SGB X](#) ist, soweit sich im Einzelfall ergibt, dass bei Erlass eines Verwaltungsaktes das Recht unrichtig angewandt oder von einem Sachverhalt ausgegangen worden ist, der sich als unrichtig erweist und soweit deshalb Beiträge zu Unrecht erhoben worden sind, der Verwaltungsakt, auch nachdem er unanfechtbar geworden ist, mit Wirkung für die Vergangenheit zurückzunehmen. Die Voraussetzungen dieser Vorschrift für die Rücknahme der Bescheide der Beklagten vom 12. 02. 1990, 05. 03. 1991 und 08. 12. 1995 liegen nicht vor. Diese Bescheide sind zu Recht ergangen. Der Kläger kann deren Rücknahme nicht beanspruchen. Er erfüllte nämlich weder 1990, noch 1991 und auch nicht 1995 oder danach die Voraussetzungen für die Mitgliedschaft in der Krankenversicherung der Rentner. Gem. [§ 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V](#) sind versicherungspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenanspruchs mindestens 9/10 der zweiten Hälfte des Zeitraums Mitglied oder nach [§ 10 SGB V](#) versichert waren. Diese durch das Gesundheitsreformgesetz von 1989 in das SGB V aufgenommene und für den gesamten streitigen Zeitraum maßgebende Vorschrift ersetzt frühere Vorschriften der RVO, die lediglich eine Halbbelegung bezogen auf das gesamte Erwerbsleben verlangt haben. Eine Verschärfung durch das Gesundheitsstrukturgesetz von 1993 auf lediglich Zeiten der Pflichtversicherung wurde vom Bundesverfassungsgericht beanstandet ([BVerfGE 102, 68](#)), sodass der Rechtszustand weiter gilt, wonach auch eine freiwillige Mitgliedschaft ausreicht, um die Voraussetzungen nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V](#) zu erfüllen. Zu Recht hat die Beklagte festgestellt, dass diese Voraussetzungen beim Kläger nicht vorliegen. Er war in der zweiten Hälfte der Rahmenfrist, also vom 19. 06. 1970 bis zur Stellung des Rentenanspruchs am 06. 12. 1995 weit weniger als 9/10 seines Erwerbslebens gesetzlich krankenversichert. Als Soldat der Bundeswehr wurde ihm im Zeitraum vom 19. 06. 1970 bis zu seinem Ausscheiden am 28. 02. 1984 freie Heilfürsorge bei Krankheit und Pflege nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen gewährt. Wegen eventueller nicht abgedeckter Kostenanteile hat sich der Kläger nach eigenen Angaben privat bei der Volkswohlversicherung krankenversichert. Es bedarf keiner weiteren Begründung, dass der Kläger bis 28.02.1984 nicht gesetzlich krankenversichert war. Der Kläger verkennt, dass nur pflichtversichert ist, wer die Voraussetzungen des [§ 5 SGB V](#) erfüllt. Darüber hinaus bestand auch schon deswegen keine Versicherungspflicht, weil der Kläger gem. [§ 6 Abs. 1 Nr. 2 SGB V](#) sogar ausdrücklich versicherungsfrei war. Nach dieser Vorschrift besteht Versicherungsfreiheit u.a. für Beamte, Richter, Soldaten auf Zeit sowie Berufssoldaten der Bundeswehr und sonstige Beschäftigte des Bundes, eines Landes oder eines Gemeindeverbandes, wenn sie nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit, Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge und auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben. Genau dies war beim Kläger als Soldat der Bundeswehr der Fall. Bestand somit im hier zu beurteilenden Zeitraum ab dem 19. 06. 1970 jedenfalls bis 28. 02. 1984 Versicherungsfreiheit, so konnte der Kläger auch aus diesem Grund nicht gesetzlich krankenpflichtversichert sein. Der Kläger kann sich aber auch nicht darauf berufen, gem. [§ 10 Abs. 1 Bundesversorgungsgesetz \(BVG\)](#) einem pflichtversicherten Arbeitnehmer gleichgestellt zu werden. Nach [§ 10 Abs. 1 BVG](#) wird Heilbehandlung Beschädigten für Gesundheitsstörungen gewährt, die als Folge einer Schädigung anerkannt oder durch eine anerkannte Schädigungsfolge verursacht worden sind, um die Gesundheitsstörungen oder die durch sie bewirkte Beeinträchtigung der Berufs- oder Erwerbsfähigkeit zu beseitigen oder zu bessern. Entgegen seiner Annahme bewirkt diese Vorschrift nicht, dass der Kläger als gesetzlich pflichtversichert im Sinne von [§ 5 SGB V](#) zu behandeln ist. Die Vorschrift ist lediglich für den Beihilfeanspruch von Bedeutung. Die Beihilfestelle leistet offensichtlich keine Zahlungen, soweit eine andere Stelle zuständig ist (vgl. Anmerkung Nr. 929 im Bescheid der Wehrbereichsverwaltung West vom 01. 06. 2004 - Bl. 29 SG-Akte). Dem Schreiben der Wehrbereichsverwaltung West vom 20. 10. 2004 (Bl. 9 LSG-Akte [L 5 KR 3591/07](#)) lässt sich entnehmen, dass beim Kläger offensichtlich eine Hörstörung als Wehrdienstbeschädigung anerkannt ist. Dies hat lediglich zur Folge, dass das vom Kläger benötigte Hörgerät in vollem Umfang von der Versorgungsverwaltung zu bezahlen ist und die Beihilfestelle sich an diesen Kosten nicht zu beteiligen hat. Insoweit mag zwar eine Doppelversicherung vorliegen, als sowohl die Versorgungsverwaltung als vorrangiger Kostenträger als auch hilfsweise die Beklagte als Krankenkasse für entsprechende Kosten aufzukommen hat. Der Status eines gesetzlich Krankenversicherten kommt dem Kläger hierdurch jedoch nicht zu. Gesetzlich krankenversichert sind lediglich die Personenkreise, die von [§ 5 ff. SGB V](#) als gesetzlich krankenversichert erfasst werden. Hierzu zählt der Kläger nach dem Gesagten nicht. Der Kläger kann sich aber auch nicht auf das Vorliegen der Voraussetzungen eines sogenannten Herstellungsanspruchs berufen. Der Anspruch geht dabei auf Herstellung des Zustands, der eingetreten wäre, wenn die Verwaltung ordnungsgemäß beraten hätte. Mit diesem Anspruch sollen Fehler im Verwaltungsablauf mit den der Verwaltung möglichen Mitteln ausgeglichen werden, um dem Geschädigten einen Schadensersatzprozess vor den Zivilgerichten zu ersparen. Der Herstellungsanspruch scheidet im vorliegenden Fall bereits daran, dass eine andere Rechtslage, als die von der Beklagten in den Bescheiden vom 12. 02. 1990, 05. 03. 1991 und 08. 12. 1995 verfügte, gar nicht hätte festgestellt werden dürfen, wie sich aus der obigen Begründung ergibt. Das Urteil des LSG Berlin-Brandenburg vermag dem Kläger nicht weiter zu helfen. Dieses Gericht hatte im Falle eines zu 70 % beihilfeberechtigten Beamten entschieden, die beklagte Krankenkasse hätte ihn über die künftige Gestaltung von Krankenversicherungsschutz durch eine private Krankenversicherung aufklären müssen und als Rechtsfolge die Rückgängigmachung des erklärten Beitritts zur Krankenkasse als freiwillig Versicherter verfügt. Diese Rechtsfolge ist zum Einen vom Bevollmächtigten des Klägers nicht beantragt worden, zum Anderen hätte sie für den Kläger die in seiner Situation verheerende Folge, dass die Beklagte das Versicherungsverhältnis stornieren müsste, mit der Folge, dass der Kläger überhaupt keinen Versicherungsschutz mehr hätte. Davon abgesehen kann der Rechtsauffassung des LSG Berlin-Brandenburg auch nicht beigetreten werden, denn die Beratungspflicht einer gesetzlichen Krankenkasse erstreckt sich nach [§ 15 SGB I](#) lediglich auf die Angelegenheiten nach diesem Gesetzbuch und nicht auf in der privaten Versicherungswirtschaft möglicherweise bestehende alternative Versicherungsmöglichkeiten. Mit Hilfe des Herstellungsanspruchs vermag der Kläger somit sein Ziel, nachträglich als pflichtversichertes Mitglied der Beklagten behandelt zu werden, nicht erreichen.

Damit erweist sich die Berufung insgesamt als unbegründet.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#). Die gesetzlichen Voraussetzungen für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2009-07-06