

L 4 KR 67/10

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 9 KR 1320/09
Datum
27.08.2009
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 KR 67/10
Datum
22.03.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 27. August 2009 wird zurückgewiesen.

Der Kläger trägt die Kosten des Berufungsverfahrens.

Der Streitwert wird für beide Rechtszüge endgültig auf EUR 25.673,38 festgesetzt.

Tatbestand:

Streitgegenstand ist die Erstattung von Kosten für Leistungen im Rahmen der Krankenhilfe in Höhe von EUR 25.673,38, die der Kläger im Zeitraum vom 1. Dezember 2007 bis 24. April 2008 gegenüber der am 2008 verstorbenen R. W., geb. S. J., (im Folgenden: W.) erbracht hat.

Die am 1976 geborene W. war thailändische Staatsangehörige, Mutter des am 1999 geborenen Sohnes W. S. J. und mit L. W. (im Folgenden: L. W.) verheiratet. Dieser war seit dem 1. September 1981 bei der Beklagten familienversichert. Am 18. März 2004 verstarb L. W. Aufgrund des Bescheides der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg (DRV) vom 1. Juni 2004 bezog W. ab 18. März 2004 Witwenrente. Die Beklagte teilte der W. mit Schreiben vom 7. Mai 2004 mit, dass eine Mitgliedschaft in der Krankenversicherung der Rentner wegen fehlender Vorversicherungszeit nicht möglich sei.

W. bezog von November 2002 bis Januar 2004 zunächst Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG). Ab dem 1. Februar 2005 bezogen W. und ihr Sohn Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) und waren bei der Beklagten pflichtversichert. Die DRV behielt von der Witwenrente bis zum 29. Februar 2008 Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung ein und führte sie an die Beklagte ab. Die Beiträge für die Zeit ab 1. August 2007 wurden von der Beklagten am 18. Januar 2008 an W. erstattet.

Dr. T. vom Ärztlichen Dienst der Agentur für Arbeit Pforzheim (AfA) befand in ihrem Gutachten nach Aktenlage vom 3. Januar 2007 aufgrund der Diagnosen chronische Virusinfektion mit hochgradigem Immundefizit, unklare Leberentzündung, global reduzierte Funktion der linken Herzkammer, erhebliche Blutarmut, allgemeine Schwäche und Abmagerung W. für auf Dauer leistungsunfähig für übliche Arbeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes. Die AfA hob daraufhin mit Bescheid vom 17. April 2007 die Bewilligung von Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts mit Wirkung vom selben Tage auf. Der Kläger bewilligte W. zunächst Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) ab 17. April 2007, widersprach aber zugleich der Feststellung der AfA zur Erwerbsfähigkeit der W. Die AfA bewilligte mit Bescheid vom 23. Mai 2007 für W. und ihren Sohn weiterhin Leistungen nach dem SGB II für die Zeit vom 1. Mai bis 31. Oktober 2007. Nachdem die gemeinsame Einigungsstelle über den Widerspruch des Klägers entschieden hatte, hob die AfA den Bewilligungsbescheid mit Bescheid vom 6. Juli 2007 ab dem 1. August 2007 auf, da W. nicht erwerbsfähig sei. Zugleich wies sie darauf hin, dass W. in der Zeit, in der sie keine Leistungen beziehe, nicht krankenversichert sei; sie solle sich, um Nachteile zu vermeiden, bei der Krankenkasse über die Möglichkeit einer freiwilligen Weiterversicherung erkundigen.

Mit Bescheid vom 10. August 2007 bewilligte der Kläger W. und ihrem Sohn Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII für die Zeit vom 1. August 2007 bis zum 31. Dezember 2007, mit Bescheid vom 20. Dezember 2007 ab 1. Januar 2008 bis auf Weiteres. Aufgrund der Auskunft der DRV vom 11. Januar 2008, wonach W. unabhängig von der Arbeitsmarktlage voll erwerbsgemindert; eine Behebung dieses Zustandes unwahrscheinlich sei, bewilligte der Kläger mit Bescheid vom 31. Januar 2008 Leistungen zur Grundsicherung bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII für die Zeit vom 1. Februar 2008 bis zunächst 31. Januar 2009. Anlässlich eines Krankenhausaufenthaltes im Herbst 2007 erfuhr W., dass sie nicht mehr krankenversichert sei. Sie sprach am 19. November 2007 bei der Beklagten vor und beantragte eine

freiwillige Mitgliedschaft. Mit Bescheid vom selben Tage lehnte die Beklagte den Antrag ab, weil die gesetzliche Frist von drei Monaten nach Ende der Mitgliedschaft versäumt sei. Auch eine Pflichtversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch \(SGB V\)](#) bestehe nicht.

Mit Schreiben vom 5. Dezember 2007 beantragte der Kläger bei der Beklagten für W. ohne Vorlage einer Vollmacht Wiedereinsetzung in den vorigen Stand. W. sei derzeit im Krankenhaus. Sie sei von der Beklagten nicht über das Ende der Pflichtversicherung und die Notwendigkeit, einen Antrag auf freiwillige Versicherung binnen drei Monaten zu stellen, hingewiesen worden. Vielmehr sei sie davon ausgegangen, weiterhin bei der Beklagten versichert zu sein, da weiterhin Beiträge von der Witwenrente einbehalten worden seien. Sie habe die Frist somit ohne ihr Verschulden versäumt. Die Beklagte habe Auskunftspflichten und Beratungspflichten versäumt. Mit Schreiben vom 20. Dezember 2007 (bei der Beklagten am 21. Dezember 2007 eingegangen) beantragte der von W. bevollmächtigte Dipl.-Sozialpädagoge Z. (im Folgenden: Z.) vom Diakonischen Werk des Evangelischen Kirchenbezirks P.-L. ebenfalls Wiedereinsetzung in den vorigen Stand und trug ebenfalls vor, über das Ende der Pflichtversicherung durch den Übergang von Leistungen des SGB II zu solchen des SGB XII habe die Beklagte W. nicht informiert. Ferner legte er der Beklagten eine Anzeige zur Pflichtversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) und [§ 20 Abs. 1 Satz 1 Nr. 12 Elftes Buch Sozialgesetzbuch \(SGB XI\)](#) vor. Mit Beschluss des Amtsgerichts Pforzheim vom 29. Januar 2008 wurde für W. eine rechtliche Betreuung eingerichtet und Frau G. (im Folgenden: G.) zunächst bis zum 28. Mai 2008 zur Betreuerin bestellt.

Mit Bescheid vom 31. Januar 2008, gerichtet an Z., lehnte die Beklagte den Antrag auf freiwillige Mitgliedschaft vom 21. Dezember 2007 ab. Zur Begründung führte sie aus, da die von W. versäumte Anmeldefrist eine Ausschlussfrist sei, sei eine Wiedereinsetzung in den vorigen Stand nicht möglich. Mit Bescheid vom selben Tag, gerichtet an W., lehnte die Beklagte - auch im Namen der Pflegekasse - die Feststellung der Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) und [§ 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI](#) ab. Personen, die wie W. nicht EU/EWR-Staatsangehörige seien und einen Aufenthaltstitel benötigten, hätten nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 1 Aufenthaltsgesetz \(AufenthG\)](#) die Verpflichtung, ihren Lebensunterhalt sicherzustellen. Dadurch entfalle nach [§ 5 Abs. 11 SGB V](#) die Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#). Sollte [§ 5 AufenthG](#) keine Anwendung finden, könne W. eine entsprechende Mitteilung der zuständigen Behörde einreichen, sie (die Beklagte) werde die Möglichkeit einer Versicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13](#) dann erneut prüfen.

Z. erhob unter dem 4. Februar 2008 Widerspruch gegen den ablehnenden Bescheid vom 31. Januar 2008 betreffend die freiwillige Mitgliedschaft und trug vor, auch die Anmeldefrist sei eine gesetzliche Frist, bezüglich derer Wiedereinsetzung gewährt werden könne. Die später von W. bevollmächtigten Rechtsanwälte führten ergänzend aus, da die AfA mit Bescheid vom 23. Mai 2007 Leistungen bis zum 31. Oktober 2007 gewährt habe, habe die Frist für den Antrag auf freiwillige Weiterversicherung erst am 1. November 2007 begonnen, der am 19. November 2007 gestellte Antrag sei fristgerecht gewesen, und wiesen auf das Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 22. Mai 2003 - [B 12 KR 20/02 R](#) - in juris hin. Jedenfalls habe W. wegen der Einbehaltung der Beiträge durch die DRV auf einen Fortbestand des Krankenversicherungsschutz vertrauen dürfen. Diese sei erst im Januar 2008 aufgehoben worden, so dass die Dreimonatsfrist erst im Januar 2008 zu laufen begonnen habe.

Am 14. Februar 2008 beantragten W. und ihr Sohn beim Sozialgericht Karlsruhe (SG), die hiesige Beklagte im Wege der einstweiligen Anordnung zu verpflichten, ihr und ihrem Sohn vorläufig Krankenversicherungsschutz zu gewähren. Das SG lud den hiesigen Kläger bei und verpflichtete die Beklagte mit Beschluss vom 29. Februar 2008, W. und ihrem Sohn bis zur rechtskräftigen Entscheidung über ihren Antrag auf freiwillige Versicherung, längstens jedoch bis zum 31. Januar 2009, vorläufig Leistungen der Krankenversicherung zu Lasten des dortigen Beigeladenen (des hiesigen Klägers) zu erbringen. W. und ihr Sohn bezögen Leistungen nach [§§ 28 bis 30 SGB XII](#), also nach dem Dritten Kapitel des SGB XII. Ob sie anderweitig bei der Beklagten versichert seien, könne im Verfahren des vorläufigen Rechtsschutzes nicht festgestellt werden, weil hierzu Ermittlungen erforderlich seien. Offensichtlich bestehe keine Pflichtversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#), denn diese sei gemäß [§ 5 Abs. 8a SGB V](#) ausgeschlossen, wenn der Betroffene - wie hier - Leistungen nach dem Dritten Kapitel des SGB XII beziehe. Ob eine Pflichtversicherung wegen des Bezugs von Hinterbliebenenrente gemäß [§ 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V](#) bestehe, könne nicht festgestellt werden. Dafür spreche die Abführung von Beiträgen von der Rente seitens der DRV, dagegen dass diese nur für die Dauer des SGB II-Bezuges abgeführt seien sowie das junge Alter von W. und ihrem Sohn. Ebenso wenig könne bei summarischer Prüfung entschieden werden, ob eine freiwillige Versicherung zumindest seit 19. November 2007 bestanden habe. Die Voraussetzungen für einen Beitritt nach [§ 9 Abs. 1 SGB V](#) seien anhand der vorliegenden Unterlagen nicht feststellbar. Unklar sei auch, ob die Frist zur freiwilligen Weiterversicherung eingehalten sei. Ein Bewilligungsbescheid der AfA, mit dem Leistungen bis 31. Oktober 2007 bewilligt seien mit der Folge, dass der Antrag auf Weiterversicherung vom 19. November 2007 die Frist des [§ 9 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) gewahrt hätte, sei nicht bei den Akten. Wenn Leistungen nach dem SGB II ab 1. August 2007 nicht mehr gezahlt worden seien und die Bewilligung erneut aufgehoben worden sei, wäre die Frist gemäß [§ 9 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) hingegen bereits abgelaufen. Es könne dahinstehen, ob Wiedereinsetzung gegen die Versäumung dieser Frist überhaupt möglich sei, denn die tatsächlichen Voraussetzungen für eine Wiedereinsetzung, insbesondere das Verschulden der W. könne im Verfahren des vorläufigen Rechtsschutzes nicht geklärt werden. Ein Bescheid über die Aufhebung der Leistungen nach dem SGB II ab 1. August 2007 sei nicht in den Akten, daher sei nicht erkennbar, ob ein Hinweis darauf erteilt worden sei, dass mit dem Ende des Leistungsbezugs keine Krankenversicherung mehr bestehe. Nicht erkennbar sei, ob die Frist zur Beitrittserklärung nach [§ 9 Abs. 2 Nr. 3 SGB V](#) verstrichen gewesen sei. Voraussetzung sei die Möglichkeit einer Weiterversicherung nach [§ 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V](#). Ob und wann bei der Antragstellerin eine Schwerbehinderung festgestellt worden sei, ergebe sich nicht aus den Akten. Dass die Antragstellerin aufgrund ihrer Immunschwächekrankheit die Voraussetzungen zur Feststellung der Schwerbehinderung gemäß [§ 69 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch \(SGB IX\)](#) erfülle, sei naheliegend, so dass eine freiwillige Weiterversicherung nach dieser Vorschrift jedenfalls nicht ausgeschlossen sei. Solange die Versicherung bei der Beklagten nicht geklärt sei, hätten W. und ihr Sohn einen Anspruch aus [§ 264 Abs. 2 SGB V](#). Die Nachrangigkeit der Leistungspflicht des Beigeladenen (des hiesigen Klägers) hindere nicht die vorläufige Gewährung von Leistungen nach [§ 264 SGB V](#). Er sei auch offensichtlich der erstangegangene Träger im Sinne von [§ 43 Erstes Buch Sozialgesetzbuch \(SGB I\)](#), weil er W. und ihren Sohn veranlasst habe, Krankenversicherungsleistungen bei der Beklagten durchzufechten. Da die Krankenhilfe gemäß [§ 48 Abs. 2 SGB XII](#) ausdrücklich nachrangig gegenüber Leistungen nach [§ 264 Abs. 2 SGB V](#) sei, müsse der Beigeladene die Erbringung von Krankenversicherungsleistungen zu seinen Lasten bis zur Klärung der Zuständigkeit dulden.

Die Beklagte legte Beschwerde gegen die Kostenentscheidung ein, nach der sie die außergerichtlichen Kosten der Antragsteller zur Hälfte zu tragen habe. Die Beschwerde wurde mit Beschluss des Senats vom 30. April 2008 ([L 4 KR 1360/08 ER-B](#); nicht veröffentlicht) als unzulässig verworfen.

Der Kläger meldete W. und ihren Sohn am 3. März 2008 nach [§ 264 SGB V](#) bei der Beklagten und gleichzeitig einen Erstattungsanspruch

nach [§§ 104ff SGB X](#), [§ 114 SGB XII](#) an. W. und ihren Angehörigen werde seit 4. Februar 2008 Hilfe gewährt. W. habe bei der Beklagten Pflegegeld/Pflegesachleistungen beantragt. Der Aufwand werde nach Feststellung der erbrachten Leistungen mitgeteilt. Die Beklagte erkannte ausweislich eines Schreibens vom 6. März 2008 den Erstattungsanspruch betreffend Pflegesachleistungen/Pflegegeld nicht an. Mit Schreiben vom 26. März 2008 meldete der Kläger einen Erstattungsanspruch für Krankenhilfe an, die W. und ihren Angehörigen seit 19. November 2011 gewährt werde.

Mit Bescheid vom 18. April 2008 stellte das Integrations- und Versorgungsamt des Klägers aufgrund des Antrags vom 12. Februar 2008 bei W. die Schwerbehinderteneigenschaft mit einem Grad der Behinderung (GdB) von 100 seit dem 1. Dezember 2007 und eine erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr (Merkzeichen G) fest. G. legte den Bescheid am 19. April 2008 der Beklagten vor, nachdem sie diese bereits am 9. März 2008 über das anhängige Schwerbehindertenverfahren in Kenntnis gesetzt hatte.

Mit Widerspruchsbescheid vom 24. April 2008 wies der bei der Beklagten gebildete Widerspruchsausschuss den Widerspruch der W. zurück. Die Frist für den Beitritt zur freiwilligen Versicherung sei eine Ausschlussfrist. Die Mitgliedschaft der W. aufgrund des Bezuges von Arbeitslosengeld II habe am 31. "Januar" (gemeint wohl Juli) 2007 geendet. Die Antragsfrist sei mithin am 31. Oktober 2007 abgelaufen. Der Antrag auf freiwillige Versicherung sei erst am 19. November 2007, mithin außerhalb der Frist gestellt worden. Wiedereinsetzung in den vorigen Stand könne nicht gewährt werden, weil eine unverschuldete Verhinderung nicht nachvollziehbar sei. W. sei mit Bescheid der AfA vom 6. Juli 2007 informiert worden, dass das Arbeitslosengeld II zum 31. Juli 2007 eingestellt werde und somit keine Krankenversicherung mehr bestehe. W. sei in diesem Schreiben darauf hingewiesen worden, dass sie sich bei ihrer Krankenkasse z. B. über eine freiwillige Weiterversicherung informieren solle. W. könne auch nicht angenommen haben, wegen der Einbehaltung von Krankenversicherungsbeiträgen aus ihrer Witwenrente weiterhin krankenversichert zu sein, weil ihr bereits mit Bescheid vom 7. Mai 2004 mitgeteilt worden sei, dass eine Krankenversicherung aufgrund des Rentenbezuges nicht möglich sei. Eine Pflicht zur Beratung über die Ausschlussfrist zur Beantragung der freiwilligen Versicherung habe die Beklagte nicht gehabt, da die bisherige Versicherung nicht durch aktives Handeln der Beklagten beendet worden sei. Empfohlen werde, eine freiwillige Versicherung nach [§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V](#) für schwerbehinderte Menschen zu beantragen.

Am 22. April 2008 beantragte W. erneut die freiwillige Versicherung. Mit Bescheid vom 22. April 2008, gerichtet an den Kläger, aber nicht an diesen, sondern an G. übermittelt, stellte die Beklagte fest, W. sei seit 1. Dezember 2007 als freiwilliges Mitglied bei ihr versichert. Der Beitrag zur Kranken- und Pflegeversicherung betrage für den Dezember 2007 EUR 139,01; ab 1. August 2008 EUR 141,01. Mit Bescheid vom 29. April 2008, unter der Überschrift "Korrektur", stellte die Beklagte fest, W. sei ab 25. April 2008 als freiwilliges Mitglied bei ihr versichert und setzte Beträge ab diesem Tag fest. Beide Bescheide enthalten den Zusatz: "Dieser Bescheid ergeht auch im Namen der Pflegekasse".

Am 2008 verstarb W ... Der Sohn der W. erhob als Rechtsnachfolger am 23. Mai 2008 Klage gegen den Widerspruchsbescheid zum SG (Aktenzeichen S 7 KR 2276/08), nahm diese aber auf gerichtlichen Hinweis, die Mitgliedschaft sei nicht vererblich und ein Fortsetzungsfeststellungsinteresse nicht erkennbar und nach Ausschlagung der Erbschaft zurück.

Mit Schreiben vom 6. Mai und 10. Juni 2008 teilte die Beklagte dem Kläger mit, das "Schreiben" vom 22. April 2008 sei eine Anfrage zur Beitragsübernahme gewesen, die kein Verwaltungsakt und durch die "Anfrage" vom 29. April 2008 ersetzt worden sei. Das Schreiben vom 22. April 2008 sei nicht an die Betreuerin der W., sondern an den Kläger adressiert gewesen, also nicht gegenüber W. als Beteiligter bekannt gemacht. Selbst wenn es sich dabei um einen Bescheid gehandelt hätte, wäre dieser mit dem Schreiben vom 29. April 2008 aufgehoben worden. Rechtsmittel hiergegen hätten nur die Beteiligten einlegen können. Da W. verstorben sei und die Betreuung damit beendet sei, bestehe keine Möglichkeit, diesen Verwaltungsakt auf Veranlassung des Klägers zu überprüfen. Auch entspreche der Mitgliedschaftsbeginn am 25. April 2008 dem geltenden Recht.

Mit Schreiben vom 20. Mai 2008 teilte der Kläger der Beklagten mit, das "Schreiben" vom 22. April 2008 sei ein Bescheid und regle den Beginn der freiwilligen Versicherung der W., nämlich ab 1. Dezember 2007. Dieser sei durch Bekanntgabe gegenüber der Betreuerin wirksam geworden. Er sei wirksam, denn er sei nicht zurückgenommen worden. Beigefügt waren Rechnungen über seit dem 1. Dezember 2007 entstandene Krankheitskosten.

Mit Schreiben vom 27. Juni, 29. August sowie 2. und 13. Oktober 2008 meldete der Kläger Erstattungsansprüche gegenüber der Beklagten für im Rahmen der Krankenhilfe für W. erbrachte Leistungen wie folgt an: Mit Schreiben vom 27. Juni 2008 für eine Krankenbehandlung in den E.-Kliniken in Höhe von EUR 4.594,84; Haushaltshilfe EUR 462,00 und Krankenförderung EUR 50,00; insgesamt EUR 5.106,84. Mit Schreiben vom 29. August 2008 für eine stationäre Krankenbehandlung im Krankenhaus S. vom 3. bis 5. Februar 2008 in Höhe von EUR 1.014,27; für eine Krankenbehandlung im Städtischen Klinikum K. am 7. Januar 2008 in Höhe von EUR 147,25; für zwei Krankentransporte durch den Rettungsdienst vom Deutschen Roten Kreuz am 2. und 5. Februar 2008 in Höhe von jeweils EUR 68,00; insgesamt 1.297,52. Mit Schreiben vom 2. Oktober 2008 für eine stationäre Behandlung im Städtischen Klinikum Karlsruhe vom 20. November bis 11. Dezember 2007 in Höhe von EUR 6.577,72. Mit Schreiben vom 13. Oktober 2008 für eine stationäre Behandlung im Städtischen Klinikum K. vom 5. Februar bis 3. März 2008 in Höhe von EUR 7.041,85. (Summe: EUR 20.023,93). Die Beklagte anerkannte die angemeldeten Erstattungsansprüche nicht. Mit Schreiben vom 18. November 2008 forderte der Kläger die Beklagte unter Fristsetzung zur Erstattung von EUR 19.511,93 auf. Anderenfalls werde Klage erhoben.

Am 25. März 2009 erhob der Kläger Klage zum SG mit dem Antrag, die Beklagte zu verpflichten, ihm die Kosten für die erbrachten Leistungen der Hilfe bei Krankheit für W. in der Zeit vom 1. Dezember 2007 bis 5. Mai 2008 in Höhe von EUR 25.673,38 gemäß [§ 104 SGB X](#) zu erstatten. Er habe als nachrangig verpflichteter Sozialhilfeträger geleistet, weil die Beklagte ihre Leistungspflicht für die Zeit bis zum 24. April 2008 verneint habe. Daher bestehe der Erstattungsanspruch gemäß [§ 104 SGB X](#). Der vorrangige Anspruch der W. gegenüber der Beklagten folge ab dem 1. Dezember 2007 wegen der ab diesem Zeitpunkt festgestellten Schwerbehinderteneigenschaft, dem erfolgten Beitritt in die freiwillige Versicherung nach [§ 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V](#) und dem Bescheid der Beklagten vom 22. April 2008. Die Betreuerin der W. habe den Bescheid der Beklagten vom 22. April 2008 am selben Tag per Fax erhalten und an ihn (den Kläger) weitergeleitet. Durch diese Bekanntgabe sei der Bescheid wirksam geworden, auch wenn die Betreuerin nicht im Adressfeld bezeichnet gewesen sei. Gegen den Bescheid vom 6. Mai 2008 habe W. kein Rechtsmittel einlegen können, da sie am 5. Mai 2008 verstorben sei und auch die Betreuung damit geendet habe. Vom 1. Dezember 2007 bis 5. Mai 2008 seien Kosten von EUR 25.537,38 für Krankenhausaufenthalte und EUR 136,00 für Krankentransporte entstanden.

Die Beklagte trat der Klage entgegen. W. habe ihren Beitritt zur freiwilligen Versicherung am 25. April 2008 (Eingang bei ihr) erklärt. Nach [§ 188 SGB V](#) beginne die Versicherung Versicherungsberechtigter mit ihrem Beitritt. Die Mitteilung vom 22. April 2008 sei kein Verwaltungsakt, er sei nicht an die Beteiligte W., sondern den Kläger adressiert gewesen und habe nur die Mitteilung über den Versicherungsbeginn und eine Anfrage zur Beitragsübernahme, aber keine Regelung enthalten. Der Versicherungsbeginn sei mit Schreiben vom 29. April 2008 korrigiert worden. In der Zeit vom 3. März 2008 bis 24. April 2008 habe W. einen Leistungsanspruch nach [§ 264 SGB V](#) gehabt. Kostenträger sei der Kläger. Dieser sei nicht berechtigt, Anträge auf Feststellung von Mitgliedschaften zu stellen, weil weder eine Vollmacht noch eine gesetzliche Legitimation hierzu bestehe.

Das SG wies die Klage mit Urteil vom 27. August 2009 ab. Der Erstattungsanspruch für die Zeit vom 1. Dezember 2007 bis 24. April 2008 scheitere daran, dass W. keinen Anspruch auf Leistungen gegenüber der Beklagten gehabt habe, für die Zeit vom 25. April bis 5. Mai 2008, weil nicht dargetan sei, dass der Kläger Leistungen erbracht habe. W. habe keinen Anspruch gegen die Beklagte gehabt, weil sie weder Versicherungspflichtige oder freiwillig Versicherte gewesen sei. Aus dem "Schreiben" der Beklagten vom 22. April 2008 ergebe sich kein anderes Ergebnis. W. habe vom 1. Dezember 2007 bis 24. April 2008 nicht der Versicherungspflicht unterlegen. Die Mitgliedschaft gemäß [§ 5 Abs. Nr. 2a SGB V](#) aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld II habe nach [§ 190 Abs. 12 SGB V](#) am 31. Juli 2007 geendet. Aufgrund des Aufhebungsbescheides der AfA vom 6. Juli 2007 mit Wirkung ab dem 1. August 2007 habe W. über diesen Zeitpunkt hinaus keine Leistungen bezogen. Eine erneute Pflichtmitgliedschaft sei danach nicht begründet worden. Mangels Erfüllung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen sei keine Versicherung in der Krankenversicherung der Rentner nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V](#) begründet worden. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten Kapitel des SGB XII seien nicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13](#) versicherungspflichtig, [§ 5 Abs. 8a SGB V](#). Eine freiwillige Mitgliedschaft habe vom 1. Dezember 2007 bis 24. April 2008 ebenfalls nicht bestanden, denn W. habe ihren Beitritt im Herbst 2007 nicht wirksam erklärt. Ein Beitritt binnen drei Monaten nach Ausscheiden aus der Pflichtversicherung, also bis zum 31. Oktober 2007, sei nicht erfolgt. Die Beklagte habe zu Recht die Gewährung von Wiedereinsetzung in den vorigen Stand abgelehnt. Die Frist habe nicht erst am 1. November 2007 zu laufen begonnen, weil ursprünglich Leistungen bis 31. Oktober 2007 bewilligt gewesen seien. Nach dem eindeutigen Wortlaut des [§ 199 Abs. 12 SGB V](#) sei maßgeblich allein die Dauer des tatsächlichen Leistungsbezugs. Eine Wiedereinsetzung wegen der Versäumung der Beitrittsfrist sei nicht generell ausgeschlossen, komme aber nur in Ausnahmefällen in Betracht, wenn jemand tatsächlich verhindert gewesen sei. Ein Rechtsirrtum hinsichtlich des Bestehens oder der Länge der Frist sei wegen des Prinzips der formellen Publizität verkündeter Gesetze nicht geeignet, das Versäumnis der Frist zu entschuldigen, es sei denn, der Beklagten sei durch Gesetz oder Verordnung eine besondere Aufklärungspflicht aufgegeben und der Betroffene habe auf andere Weise keine Kenntnis von der Rechtslage erlangt. Hier habe die Beklagte keine besondere Aufklärungspflicht getroffen. W. sei durch den Bescheid vom 7. Mai 2004 und den Bescheid der AfA vom 6. Juli 2007 hinreichend über das Ende der Mitgliedschaft als pflichtversichertes Mitglied und die Notwendigkeit, sich freiwillig zu versichern, informiert gewesen. Das "Schreiben" der Beklagten vom 22. April 2008 habe ebenfalls keine Mitgliedschaft begründet, es sei insbesondere kein feststellender Verwaltungsakt. Die Mitgliedschaft trete nämlich nach der Anzeige des Beitritts nach [§ 9 SGB V](#) bei Erfüllung der übrigen Voraussetzungen von Gesetzes wegen ein. Eines Aufnahmeaktes bedürfe es nicht. Die Krankenkasse könne die Aufnahme schriftlich bestätigen. Ob es sich um einen Verwaltungsakt handele, sei dann jeweils anhand der konkreten Umstände zu ermitteln. Vorliegend komme allenfalls eine feststellende Regelung in Betracht, die abzugrenzen sei von bloßen Hinweisen und Mitteilungen, denen als Realakte kein Verwaltungsaktscharakter zukomme. Die Abgrenzung sei danach zu treffen, ob aus Sicht des objektiven Empfängers die erlassende Behörde die Absicht gehabt habe, eine Regelung zu treffen. Vorliegend hätten weder der Kläger noch die Betreuerin der W. Anlass zu der Annahme gehabt, die Beklagte habe die Absicht, mit dem "Schreiben" vom 22. April 2008 den Beginn der Mitgliedschaft verbindlich festzustellen. Dem Kläger sei das "Schreiben" als erläuterndes Begleitschreiben zu einem Vordruck übermittelt worden, auf dem er habe erklären sollen, ob er die Beiträge übernehme. Daher sei ihm mitgeteilt worden, in welcher Höhe Beiträge erhoben würden. Eine Absicht der Beklagten, Rechte der W. verbindlich festzustellen, könne dem nicht entnommen werden. Dass die Betreuerin der W. das an den Kläger adressierte Schreiben nur per Fax erhalten habe, zeige, dass sie damit nur über den Stand des Verfahrens habe informiert werden sollen. Etwas anderes ergebe sich nicht aus der gewählten Formulierung: "Dieser Bescheid ergeht auch im Namen der Pflegekasse.". Auch unter formellen Aspekten sprächen das Fehlen einer Rechtsmittelbelehrung und eines hervorgehobenen Tenors gegen eine Verwaltungsakt. Maßgeblich seien daher die materiellen Kriterien, die gegen einen Verwaltungsakt sprächen. Schließlich wäre auch bei Annahme eines Verwaltungsaktes die Beklagte befugt gewesen, diesen nach [§ 45 SGB X](#) zurückzunehmen; ein Vertrauen auf den Bestand sei nicht erkennbar, im Hinblick auf den Kläger auch nicht schutzwürdig, da die Frage des Beginns der Mitgliedschaft der W. zwischen Kläger und Beklagter im Streit gewesen sei.

Gegen das ihm am 7. September 2009 zugestellte Urteil hat der Kläger am 5. Oktober 2009 Berufung eingelegt. Zur Begründung bezieht er sich auf sein bisheriges Vorbringen. Nicht Gegenstand der Berufung sei die Zeit vom 25. April 2008 bis zum Tod der W. am 2008, weil die Beklagte hierfür die Leistungen erbracht habe. Entgegen der Annahme des SG sei das "Schreiben" vom 22. April 2008 ein feststellender Verwaltungsakt. Diese sei ihm nicht als erläuterndes Begleitschreiben zu einem Vordruck direkt von der Beklagten übermittelt worden, sondern an die Betreuerin der W., die es per Fax an ihn weitergeleitet habe. Die Übermittlung an die Betreuerin spreche dafür, dass sie Empfängerin einer Entscheidung über den Beginn der Versicherung der von ihr betreuten Person habe sein sollen. Ein rechtswidriger begünstigender Verwaltungsakt könne gemäß [§ 45 SGB X](#) nur durch Bescheid zurückgenommen werden. Das "Schreiben" vom 29. April 2008 genüge diesen Anforderungen nicht. W. habe auf den Bestand des Verwaltungsaktes vom 22. April 2008 vertrauen dürfen. Soweit die Beklagte angebe, erst mit nicht angefochtenem Bescheid vom 6. Mai 2008 über den Versicherungsbeginn am 25. April 2008 verbindlich entschieden zu haben, räume sie ein, dass der Beginn der Mitgliedschaft Gegenstand einer Regelung sei. W. habe diesen Bescheid nicht anfechten könne, da sie am 5. Mai 2008 verstorben sei. Der Kläger hat eine Kostenaufstellung und Rechnungen vorgelegt.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 27. August 2009 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, Kosten in Höhe von EUR 25.673,38 zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angegriffene Urteil für zutreffend. Allein der Beginn der Mitgliedschaft am 25. April 2008 entspreche geltendem Recht. Weshalb der Kläger versuche, einen Erstattungsanspruch auf der Grundlage eines vermeintlichen Verwaltungsaktes, der von Anfang an rechtswidrig

gewesen wäre, zu erlangen, sei nicht nachvollziehbar. Hinzuweisen sei auf das Urteil des BSG vom 17. Juni 1999 ([B 12 KR 11/99](#); in juris), demzufolge Entscheidungen über die Versicherteneigenschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung gegenüber den am Versicherungsverhältnis Beteiligten für Dritte bindend seien und von diesen nicht angefochten werden könnten.

Auf den Hinweis der damaligen Berichterstatterin, ein Beitritt könne am 21. Dezember 2007 durch Z. für die W. erklärt worden sein und aufgrund der mit Bescheid des Landratsamts vom 18. April 2008 rückwirkend ab dem 1. Dezember 2007 festgestellten Schwerbehinderteneigenschaft Rückwirkung entfaltet haben, was die Beklagte im Widerspruchsbescheid vom 24. April 2008 hätte berücksichtigen müssen, trägt die Beklagte vor, der Widerspruchsbescheid vom 24. April 2008 über die Ablehnung der Fortsetzung der freiwilligen Versicherung ab 1. August 2007 und der Bescheid vom 6. Mai 2008 über den Beitritt zur freiwilligen Versicherung als schwerbehinderter Mensch ab 25. April 2008 seien bestandskräftig geworden. Das BSG habe mehrfach festgestellt, dass Träger an die dem Sozialleistungsberechtigten ergangenen Bescheide gebunden seien (vgl. BSG, Urteile vom 6. Februar 1992 - [B 12 RK 15/90](#) -; vom 23. Juni 2003 - [B 9/9 RV 35/91](#); vom 1. September 1999 - [B 13 RJ 49/98 R](#); vom 26. Juli 2007 - [B 13 R 38/06](#) -; vom 26. Juni 2008 - [B 13 R 141/07 R](#) -; alle in juris). Der Antrag vom 21. Dezember 2007 sei auf eine freiwillige Versicherung nach [§ 9 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) gerichtet gewesen, der Beitritt als schwerbehinderter Mensch sei erst am 22. April 2008 erfolgt. Der Antrag auf Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft sei erst am 18. Februar 2008 gestellt worden. Eine Umdeutung sei nicht nachvollziehbar. Frühestmöglicher Termin für einen Beitritt als schwerbehinderter Mensch sei der 9. März 2008, als G. sie (die Beklagte) über den Antrag auf Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft informiert habe.

Die Beteiligten haben ihr Einverständnis mit einer Entscheidung des Senats ohne mündliche Verhandlung erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die Senatsakte, die SG-Akten zu Aktenzeichen [S 9 KR 1320/09](#), und S 7 KR 641/08 ER sowie auf den Verwaltungsvorgang der Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

I. Die Berufung des Klägers, über die der Senat mit Einverständnis der Beteiligten gemäß [§§ 151, 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) ohne mündliche Verhandlung entscheidet, ist zulässig, insbesondere form- und fristgerecht eingelegt.

Der Senat ist aufgrund des vom Kläger übersandten Fax-Sendenachweises und der Auswertung der Fax-Protokolle des SG zu der Überzeugung gelangt, dass der Kläger am 7. Oktober 2009 und damit innerhalb der Monatsfrist des [§ 151 Abs. 1 SGG](#) gegen das Urteil vom 27. August 2009, zugestellt am 7. September 2009, Berufung eingelegt hat. Diese ist auch statthaft, da im vorliegenden Erstattungsstreit zwischen juristischen Personen des öffentlichen Rechts der Beschwerdewert EUR 25.673,38 beträgt, mithin EUR 10.000,00 übersteigt ([§ 144 Abs. 1 Nr. 2 SGG](#)).

II. Richtige Klageart ist die allgemeine Leistungsklage gemäß [§ 54 Abs. 5 SGG](#), weil aufgrund des zwischen den Beteiligten bestehenden Gleichordnungsverhältnisses ein Verwaltungsakt nicht zu ergehen hatte.

III. Streitgegenständlich ist im Berufungsverfahren die Erstattung der Kosten für Leistungen der Krankenhilfe für W. im Zeitraum 1. Dezember 2007 bis 24. April 2008, weil der Kläger die Berufung auf diesen Zeitraum beschränkt hat, denn die Beklagte hat die Kosten ab dem 25. April 2008 bereits übernommen (vgl. Schriftsatz des Klägers vom 30. Dezember 2009 im Berufungsverfahren, Bl. 2 Senatsakte).

IV. Die Berufung des Klägers ist nicht begründet. Das SG hat die Klage im Ergebnis zu Recht abgewiesen. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Erstattung der von ihm für W. erbrachten Leistungen wegen Krankheit.

1. [§§ 102](#) und [103 SGB X](#) scheiden als Anspruchsgrundlagen von vornherein aus. Der Kläger erbrachte keine vorläufigen Leistungen aufgrund gesetzlicher Vorschriften ([§ 102 SGB X](#)). Wegen der allgemeinen Systemsubsidarität der Sozialhilfe ([§ 2 Abs. 2 SGB XII](#)) beruhen Sozialhilfeleistungen nicht auf einer vorläufigen Leistungsverpflichtung, sondern sind Leistungen eines nachrangig verpflichteten Leistungsträgers (BSG, Urteil vom 1. Juli 2003 - [B 1 KR 13/02 R](#) -; in juris). Der nachrangig verpflichtete Träger erbringt Leistungen aufgrund eigener Verpflichtung. Diese werden nicht dadurch zu vorläufigen Leistungen, dass ihre Nachrangigkeit bereits im Zeitpunkt der Leistungserbringung feststeht (Roos in: v. Wulffen, SGB X, § 102, Rn. 12 m.w.N.). Seine Leistungsverpflichtung ist auch nicht nachträglich entfallen ([§ 103 SGB X](#)).

2. Ein Anspruch auf Erstattung besteht auch nicht aus [§ 104 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#). Nach [§ 104 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) ist, wenn ein nachrangig verpflichteter Leistungsträger Sozialleistungen erbracht hat, ohne dass die Voraussetzungen von [§ 103 Abs. 1 SGB X](#) vorliegen, der Leistungsträger erstattungspflichtig, gegen den der Berechtigte vorrangig einen Anspruch hat oder hatte, soweit dieser Leistungsträger nicht bereits selbst geleistet hat, bevor er von der Leistung des anderen Leistungsträgers Kenntnis hat (Satz 1). Nachrangig verpflichtet ist ein Leistungsträger, soweit dieser bei rechtzeitiger Erfüllung der Leistungsverpflichtung eines anderen Leistungsträgers selbst nicht zur Leistung verpflichtet gewesen wäre (Satz 2). Ein Erstattungsanspruch besteht nach [§ 104 Abs. 1 Satz 3 SGB X](#) nicht, soweit der nachrangige Leistungsträger seine Leistungen auch bei Leistung des vorrangig verpflichteten Leistungsträgers hätte erbringen müssen. Voraussetzung des Erstattungsanspruchs ist, dass vergleichbare und zeitlich kongruente Leistungspflichten des leistenden, Erstattung begehrenden Trägers einerseits und des als erstattungspflichtig in Anspruch genommenen Trägers andererseits bestanden haben (BSG, Urteil vom 17. Februar 2010 - [B 1 KR 23/09 R](#) - m.w.N.; Landessozialgericht [LSG] Baden-Württemberg, Urteil vom 26. Juni 2012 - [L 11 KR 3457/10](#) -; beide in juris).

Die Beklagte war im streitigen Zeitraum vom 1. Dezember 2007 bis 24. April 2008 nicht verpflichtet, W. Leistungen zur Krankenbehandlung nach [§ 11 Abs. 1 Nr. 4 i.V.m. §§ 27 ff SGB V](#) zu gewähren. Selbst wenn W. in diesem Zeitraum versicherungspflichtiges Mitglied der Beklagten (a) war oder zum 21. Dezember 2007 wirksam zur freiwilligen Versicherung bei der Beklagten beigetreten war (b), stehen dem Erstattungsanspruch des Klägers bestandskräftig gewordene Bescheide der Beklagten entgegen, mit welcher diese die Feststellung der Mitgliedschaft abgelehnt hatte.

a) W. hatte im Zeitraum 1. Dezember 2007 bis 24. April 2008 keinen Leistungsanspruch gegen die Beklagte aufgrund einer

Pflichtversicherung.

aa) Es bestand keine Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V](#). Danach sind versicherungspflichtig Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem SGB II beziehen, soweit sie nicht familienversichert sind, es sei denn, die Leistung würde nur darlehnsweise gewährt oder es würden nur Leistungen nach [§ 24 Abs. 3 Satz 1 SGB II](#) bezogen. Im streitgegenständlichen Zeitraum bezog die Klägerin keine SGB II-Leistungen.

bb) Offen bleiben kann, ob Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V](#) bestand. Danach sind versicherungspflichtig 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 eines Rentenanspruchs mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte des Zeitraums Mitglied oder nach [§ 10 SGB V](#) familienversichert waren. Nach der Meldung der LVA Baden-Württemberg zur Krankenversicherung der Rentner vom 5. April 2004 (Bl 111/112 VV) war W. erstmals am 9. Februar 2003 erwerbstätig und ab 9. Februar 2004 bei der Beklagten familienversichert. Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen sind somit in ihrer Person nicht erfüllt. Gemäß [§ 5 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) ist jedoch die Vorversicherungszeit des verstorbenen Ehemannes, L. W., maßgeblich. Danach gelten bei Personen, die ihren Rentenanspruch aus der Versicherungszeit einer anderen Person ableiten, die Voraussetzungen des [§ 5 Abs. 1 Nr. 11 oder 12 SGB V](#) als erfüllt, wenn die andere Person diese Voraussetzungen erfüllt hätte. Nach der Meldung der LVA Baden-Württemberg zur Krankenversicherung der Rentner vom 5. April 2004 hatte L. W. am 1. September 1981 erstmalig eine Erwerbstätigkeit aufgenommen und war seitdem bis zu seinem Tod bei der Beklagten familienversichert. Legt man dies zugrunde, erfüllte L. W. die Vorversicherungszeit, so dass Versicherungspflicht der W. in der Krankenversicherung der Rentner bestand.

Auch wenn W. nach diesem Pflichtversicherungstatbestand Mitglied der Beklagten geworden wäre, steht dem Erstattungsanspruch des Klägers entgegen, dass die Beklagte die Mitgliedschaft in der Krankenversicherung der Rentner mit Bescheid vom 7. Mai 2004 (Bl 113 VV) bestandskräftig abgelehnt hat. Zwar tritt die Versicherungspflicht kraft Gesetzes - unabdingbar - ein, wenn die Voraussetzungen erfüllt sind; es bedarf keines Antrags, keines Aufnahmeakts der Krankenkasse und keiner Beitragszahlung (Kasseler Kommentar-Peters [§ 5 SGB V](#) RdNr. 206; LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 13. August 2010 - [L 4 KR 613/09](#) -; nicht veröffentlicht). Ein Bescheid der Krankenkasse, der als feststellender Bescheid die Mitgliedschaft regelt, wird jedoch in der Sache bindend, wenn der dagegen gegebene Rechtsbehelf nicht oder erfolglos eingelegt wird (z.B. BSG, Urteile vom 26. Juli 1979 - [8b RK 5/78](#) -, 11. November 1975 - [3 RK 73/74](#) - und 26. Juni 2008 - [B 13 R 141/07 R](#) -; jeweils in juris). Die Frage der Mitgliedschaft kann im Verhältnis Sozialhilfeträger und Krankenkasse nicht anders entschieden werden als im Verhältnis Hilfebedürftiger zur Krankenkasse. Dies folgt nicht aus [§ 77 SGG](#), der nur zwischen den Beteiligten des Verwaltungsverfahrens gilt, aber aus der Tatbestands- oder Drittbindungswirkung der die Mitgliedschaft verneinenden Entscheidung. In späteren Verwaltungsverfahren und Gerichtsverfahren - sofern nicht der betreffende Verwaltungsakt durch Anfechtungsklage Gegenstand dieses Verfahrens ist - ist die Regelung eines bestimmten Sachverhaltes durch einen bestimmten Verwaltungsakt unabhängig von dessen Rechtmäßigkeit zu beachten (BSG, Urteil vom 26. Juli 1979 - [8b RK 5/78](#) -, in juris). Hiervon gilt wegen der Pflicht der Leistungsträger, bei der Erfüllung der Aufgaben eng zusammenzuarbeiten ([§ 86 SGB X](#)) nur dann eine Ausnahme, wenn ein derartiger Verwaltungsakt sich als offensichtlich fehlerhaft erweist und sich dies zum Nachteil des anderen Leistungsträgers auswirkt (BSG, Urteil vom 26. Juni 2008 - [B 13 R 141/07 R](#) -; in juris). Bei der Prüfung der offensichtlichen Unrichtigkeit eines Bescheides im Rahmen eines Erstattungsverfahrens kommt es lediglich auf bereits vorhandene tatsächliche Feststellungen an; diese sind unter Zugrundelegung objektiver Gesichtspunkte zu beurteilen. Weitere Ermittlungen sind nicht durchzuführen. Die offensichtliche Fehlerhaftigkeit ist nicht gleichzusetzen mit der Nichtigkeit eines Bescheides gemäß [§ 40 SGB X](#), die einen besonders schwerwiegenden Fehler des Verwaltungsakts voraussetzt, der bei verständiger Würdigung der in Betracht kommenden Umstände offensichtlich ist. Der nichtige Verwaltungsakt ist - im Gegensatz zu einem offensichtlich fehlerhaften - von vornherein unwirksam ([§ 39 Abs. 3 SGB X](#)), während sich die Problematik der Bindungswirkung im Erstattungsverfahren nur stellt, wenn dieser wirksam war (BSG, Urteil vom 26. Juni 2008 - [B 13 R 141/07 R](#) - a.a.O.).

Der bestandskräftige Bescheid vom 7. Mai 2004 ist nicht offensichtlich fehlerhaft. Denn es ist ohne weitere Ermittlungen nicht feststellbar, ob die Angaben zur Vorversicherungszeit des L.W. in der Meldung der LVA Baden-Württemberg zutreffend sind. Es erscheint fraglich, ob L.W. in der gesamten Vorversicherungszeit familienversichert bei der Beklagten war. L.W. muss erwerbstätig gewesen sein, weil ansonsten die Vorversicherungszeit schon nicht begonnen hätte zu laufen. Denn sie erforderte Aufnahme einer Erwerbstätigkeit. Ferner muss L.W. Beitragszeiten zurückgelegt haben, weil ansonsten an W. keine Witwenrente gezahlt worden wäre.

cc) Es bestand keine Versicherungspflicht gemäß [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#). Nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) in seiner bis heute unverändert geltenden Fassung, wie die im folgenden genannten Bestimmungen eingefügt mit Wirkung vom 1. April 2007 durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26. März 2007, ([BGBl. I, S. 378](#)), sind seit dem 1. April 2007 in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und zuletzt gesetzlich familienversichert (Buchst. a) oder bisher nicht gesetzlich oder privat familienversichert 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 2 SGB V](#) versicherungsfreien Personen oder hätten bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland zu ihnen gehört (Buchst. b). Gemäß [§ 5 Abs. 8a SGB V](#) ist nach Abs. 1 Nr. 13 nicht versicherungspflichtig, wer nach Abs. 1 Nr. 1 bis 12 versicherungspflichtig, freiwilliges Mitglied oder nach [§ 10 \(SGB V\)](#) versichert ist (Satz 1). Satz 1 gilt entsprechend für Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des SGB XII und für Empfänger laufender Leistungen nach [§ 2 Asylbewerberleistungsgesetz](#) (Satz 2). Satz 2 gilt auch, wenn der Anspruch auf diese Leistungen für weniger als einen Monat unterbrochen wird (Satz 3). [§ 186 Abs. 11 SGB V](#) regelt den Beginn der Mitgliedschaft bei Personen, die nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) versicherungspflichtig sind. Nach Satz 1 beginnt deren Mitgliedschaft mit dem ersten Tag ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall im Inland. [§ 190 Abs. 13 SGB V](#) enthält Bestimmungen über das Ende der Mitgliedschaft nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) Versicherungspflichtiger. Die Mitgliedschaft dieser Personen endet danach u.a. mit Ablauf des Vortages, an dem ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall begründet wird (Satz 1 Nr. 1). Das gilt indessen nicht für Mitglieder, die Empfänger von Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des SGB XII sind (Satz 2).

Da W. aufgrund der Bewilligung von Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII für die Zeit ab dem 1. August 2007 mit Bescheid des Klägers vom 10. August 2007 Empfängerin von Leistungen nach dem Dritten Kapitel des SGB XII war, fehlt es an der weiteren Voraussetzung für beide Varianten des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#), dass kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall bestehen darf. Denn W. hatte seit dem 1. August 2007 wegen des Bezugs von Leistungen nach dem SGB XII nach [§ 264 SGB V](#) einen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall.

Wie die weite Fassung des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) ("Absicherung im Krankheitsfall") erkennen lässt, kann dem Eintritt der Versicherungspflicht nach dieser Vorschrift nicht nur ein anderweitiger Versicherungsschutz in der gesetzlichen Krankenversicherung oder ein solcher in der privaten Krankenversicherung entgegenstehen, sondern können auch Absicherungen außerhalb einer Versicherung diesen Versicherungspflichttatbestand "verdrängen." Dies wird im Hinblick auf eine Absicherung über Leistungen nach dem SGB XII durch [§ 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V](#) konkretisiert. Hier werden ausdrücklich die "Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches" als nicht versicherungspflichtig genannt. [§ 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V](#) ist auch nicht nur eine Übergangsregelung für Altfälle, sondern gilt auch für solche Personen, die erst nach dem 1. April 2007 zu Leistungsempfängern nach dem SGB XII werden (BSG, Urteil vom 6. Oktober 2010 - [B 12 R 21/09 R](#); in juris).

Im Sinne des [§ 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V](#) "empfangen" werden laufende Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung sowie der Sozialhilfe in dem Zeitraum, für den sie durch Verwaltungsakt des Sozialhilfeträgers zuerkannt werden. Entscheidend ist also nicht der tatsächliche Bezug, sondern der Anspruch auf die Leistung. Mit der vom Sozialhilfeträger getroffenen Bestimmung über den Beginn des Leistungsanspruchs steht gleichzeitig fest, ob Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) eintritt oder ausgeschlossen ist. Diese Auslegung folgt aus dem Bedeutungszusammenhang der Norm und aus dem Zweck der Versicherungspflicht des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) als sogenannte Auffangversicherungspflicht. Der Wortlaut des [§ 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V](#) steht dem nicht entgegen (BSG a.a.O.). Der Senat folgt dieser Rechtsprechung des BSG. Eine einmal begründete Versicherungspflicht aufgrund des [§ 5 Abs. 1 SGB V](#) oder eine freiwillige Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung bleibt zwar grundsätzlich trotz (späteren) Empfangs von Sozialhilfeleistungen bestehen. Wer allerdings (ohne Anwendung des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#)) nicht versichert ist und laufende Sozialhilfeleistungen empfängt, ist im Sinne des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 i.V.m. § 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V](#) im Krankheitsfall anderweitig abgesichert und nicht nach dieser Vorschrift versicherungspflichtig. Die Versicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) ist subsidiär gegenüber der Übernahme der Krankenbehandlung für nicht versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung nach Maßgabe des [§ 264 SGB V](#) in der ebenfalls seit 1. April 2007 geltenden Fassung, die wiederum der Hilfe bei Krankheit gemäß [§ 48 SGB XII](#) nach deren Satz 2 vorgeht. Die Krankenbehandlung der W. als Empfängerin von Leistungen nach dem Dritten bis Neunten Kapitel des SGB XII wird nach [§ 264 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) von der Krankenkasse übernommen, deren Aufwendungen der Sozialhilfeträger gemäß [§ 264 Abs. 7 SGB V](#) zu erstatten hat (zum Ganzen: vgl. LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 13. Mai 2011 - [L 4 KR 4528/09](#) -; nicht veröffentlicht). Bezüglich [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) gilt nichts anderes, wenn der Sozialhilfeträger trotz der Möglichkeit, nach [§ 264 SGB V](#) zu verfahren, Krankenhilfe nach [§ 48 SGB XII](#) leistet.

Die vom Gesetzgeber beabsichtigte Subsidiarität der Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) gegenüber allen anderen Absicherungen im Krankheitsfall, zu denen auch die Absicherung nach [§ 264 SGB V](#) zählt, sichert die Bestimmung des [§ 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V](#). Mit der Regelung in Satz 2 soll erreicht werden, dass der Sozialhilfeträger weiterhin für die Krankenbehandlung der Empfänger von Leistungen nach dem "Dritten bis Neunten Kapitel" des SGB XII oder von laufenden Leistungen nach [§ 2 AsylbLG](#) zuständig bleibt ([Bundestags-Drucksache 16/3100, S. 94](#)). Demgemäß nennt der Gesetzgeber in der Gesetzesbegründung [§ 264 SGB V](#) als eine solche Absicherung. Zwar sah die im ursprünglichen Gesetzesentwurf genannte Fassung des [§ 5 Abs. 8a SGB V](#) den Ausschluss der Versicherungspflicht für Empfänger von Leistungen nach dem Dritten bis Neunten Kapitel des SGB XII vor. Es ist aber fraglich, ob der Gesetzgeber allein auf Grund der im Laufe der Beratung gemachten Einschränkung auf Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des SGB XII, die dann auch beschlossen wurde, etwas an der Subsidiarität der Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#), die nur diejenigen erfassen soll, die überhaupt keinen Versicherungsschutz im Krankheitsfall haben, ändern wollte. Denn zu der insoweit gegenüber dem ursprünglichen Gesetzesentwurf vorgenommenen Änderung führte der Bericht des Ausschusses für Gesundheit aus, (§ 5 Abs. 8a) Satz 2 (SGB V) präzisiere die Regelung zum Vorrang der Leistungspflicht des Sozialhilfeträgers, um sie für diesen leichter umsetzbar zu machen ([Bundestags-Drucksache 16/4247, S. 29](#)). Eine Änderung dieser bisherigen Kostentragungspflicht und die finanzielle Belastung durch die mit Einführung der Versicherungspflicht verbundene Beitragspflicht hätte einer eigenständigen Regelung bedurft und war auch nicht beabsichtigt (vgl. BSG, Urteil vom 13. Juni 2007 - [B 12 KR 29/06 R](#) -, in juris; zum Ganzen: vgl. erneut LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 13. Mai 2011, [a.a.O.](#)).

b) Ein Anspruch der W. auf Leistungen gegenüber der Beklagten im Zeitraum vom 1. Dezember 2007 bis 24. April 2008 hätte sich aus einer freiwilligen Mitgliedschaft gemäß [§ 9 SGB V](#) ergeben. Voraussetzung ist, dass eine Beitrittsberechtigung nach [§ 9 Abs. 1 Nr. 1 bis 7 SGB V](#) vorliegt und der Beitritt innerhalb der Frist von drei Monaten gemäß [§ 9 Abs. 2 SGB V](#) erklärt worden ist. Der Beitritt wird, wenn die Voraussetzungen vorliegen, allein durch die Anzeige wirksam (Kasseler Kommentar-Peters [§ 9 SGB V](#) RdNr. 50). Die Mitgliedschaft beginnt gemäß [§ 188 Abs. 1 SGB V](#) am Tag des Beitritts.

aa) Eine freiwillige Mitgliedschaft der W. ist nicht durch die Beitrittserklärung vom 19. November 2007 erfolgt. Nach [§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) können der Versicherung beitreten Personen, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens vierundzwanzig Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens zwölf Monate versichert waren (Nr. 1, 1. Halbsatz). Zwar war W. zum Beitritt berechtigt, weil sie als Mitglied aus der Versicherungspflicht ausgeschieden war und unmittelbar vor dem Ausscheiden mindestens zwölf Monate versichert war. Sie war nämlich von Februar 2005 bis 31. Juli 2007 wegen des tatsächlichen Bezugs von Arbeitslosengeld II pflichtversichert. Die Beitrittsfrist des [§ 9 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) war jedoch am 19. November 2007 versäumt. Gemäß [§ 9 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) ist der Beitritt der Krankenkasse in den Fällen des [§ 9 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Mitgliedschaft anzuzeigen. Gemäß [§ 190 Abs. 12 SGB V](#) endet die Mitgliedschaft der Bezieher von Arbeitslosengeld II mit Ablauf des letzten Tages, für den Leistungen bezogen wurden, hier am 31. Juli 2007. Gemäß [§ 26 SGB X](#) i.V.m. [§§ 187 Abs. 2 Satz 1, 188 Abs. 2 Hs. 2](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) endete die Frist mit dem Ablauf desjenigen Tages des letzten Monats, der durch seine Benennung oder Zahl dem Tag entspricht, in den das fristauslösende Ereignis fällt. Da dieser sog. Ereignistag im Falle des [§ 9 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) der Tag des Endes der Mitgliedschaft ist, endete die Frist am 31. Oktober 2007. Die Dreimonatsfrist war mithin am 19. November 2007 abgelaufen.

(1) Etwas anderes folgt nicht aus dem vom Kläger am 5. Dezember 2007 für W. gestellten Antrag auf Wiedereinsetzung in den vorigen Stand. Offen bleiben kann, ob der Kläger von W. bevollmächtigt gemäß [§ 13 SGB X](#) war. Die Beklagte hat die Vorlage einer schriftlichen Vollmacht nicht gefordert. Die Voraussetzungen für eine Wiedereinsetzung in den vorigen Stand liegen nämlich nicht vor. Gemäß [§ 27 Abs. 1 SGB X](#) ist auf Antrag Wiedereinsetzung in den vorigen Stand zu gewähren, wenn jemand ohne Verschulden gehindert war, eine gesetzliche Frist einzuhalten, es sei denn, dass sich aus einer Rechtsvorschrift ergibt, dass sie unzulässig ist ([§ 27 Abs. 5 SGB X](#)). Wiedereinsetzung wegen Versäumung der Antragsfrist gemäß [§ 9 Abs. 2 SGB V](#) ist grundsätzlich zulässig; eine die Wiedereinsetzung ausschließende Rechtsvorschrift im Sinne von [§ 27 Abs. 5 SGB X](#) besteht nicht (Krauskopf-Baier, SozKV, [§ 9 SGB V](#) RdNr. 23; BSG, Urteil vom 11. Mai 1993 -

[12 RK 36/90](#) -; Urteil vom 14. Mai 2002 - [B 12 KR 14/01 R](#) -, jeweils in juris). Verschulden liegt nicht vor, wenn der Beteiligte die Sorgfalt beachtet hat, die einem im Verwaltungsverfahren gewissenhaft Handelnden nach den gesamten Umständen des jeweiligen Falles zuzumuten ist (Kasseler Kommentar-Mutschler [§ 27 SGB X](#), RdNr. 7). Als verschuldet gilt in der Regel Rechtsunkenntnis (Kasseler Kommentar-Mutschler a.a.O. RdNr. 8; BSG, Urteil vom 9. Februar 1993 - [12 RK 28/92](#) -; in juris), es sei denn, die fehlende Rechtskenntnis beim Berechtigten bestand, weil die Krankenkasse ihrer gesetzlichen Informationspflicht nicht nachgekommen ist und der Berechtigte auch anderweitig keine Kenntnis über die Beitrittsmöglichkeit hatte (BSG, Urteil vom 11. Mai 1993 - [12 RK 36/90](#) -; in juris). Nicht ausreichend ist aber ein etwaiger Verstoß der Krankenkassen allein gegen die nach [§ 14 SGB I](#) bestehende allgemeine Beratungspflicht (vgl. Wille, in: juris Praxiskommentar [jurisPK], SGB V, § 9 Rn. 70; LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 16. April 2010 - [L 4 KR 3862/08](#) -; nicht veröffentlicht). W. hatte Kenntnis davon, dass sie nach Ende der Pflichtversicherung wegen Arbeitslosigkeit zum Beitritt zur freiwilligen Versicherung berechtigt ist. Denn die Beklagte wies sie im Bescheid vom 7. Mai 2004 darauf hin, wenn sie (W.) keine Leistungen "vom Arbeitsamt" mehr bekomme, eine freiwillige Mitgliedschaft ihr alle Leistungen sichere. Des Weiteren wies auch die AfA im Aufhebungsbescheid vom 6. Juli 2007 (Bl. 109 VV), ebenso wie bereits im früher ergangenen und wieder aufgehobenen Bescheid vom 17. April 2007 (Bl. 9 VV), darauf hin, dass W. in der Zeit, in der sie keine Leistungen beziehe, durch den zuständigen Leistungsträger für den Fall der Krankheit n i c h t (Hervorhebung im Original) versichert sei. Um Nachteile zu vermeiden, solle sie sich bei ihrer Krankenkasse über Ansprüche und Rechte (z.B. auf freiwillige Weiterversicherung) erkundigen. Der Vortrag, W. habe aufgrund des von der DRV weiterhin vorgenommenen Abzugs von Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen angenommen, sie sei weiterhin versichert; sie sei nicht auf die Beendigung der Versicherung hingewiesen worden, stellt danach keine unverschuldete Rechtsunkenntnis dar. Die einbehaltenen Beiträge nach der Rentenanpassung vom 1. Juli 2007 (Bl. 61 VV) beliefen sich auf EUR 19,28 für die Kranken- und EUR 4,02 für die Pflegeversicherung. Die Annahme, dass diese Beiträge den Versicherungsschutz vermitteln, erscheint fernliegend. Zudem erfolgte die Mitteilung über diese Rentenanpassung vor dem Ende des Bezugs von Arbeitslosengeld II zum 31. Juli 2007.

(2) Ansprüche aus einem Beitritt als freiwilliges Mitglied am 19. November 2007 bestehen aufgrund des bestandskräftigen ablehnenden Bescheides der Beklagten vom 19. November 2007 und der hieraus folgenden Tatbestandswirkung nicht (s. o. zu II. 2. a) bb).

bb) Der Bescheid der Beklagten vom 22. April 2008 (Bl. 195 VV) begründet keine freiwillige Mitgliedschaft der W. ab dem 1. Dezember 2007. Es ist ein Verwaltungsakt ([§ 31 SGB X](#)), gerichtet an den Kläger, der die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung festsetzt und deshalb den Zusatz enthält, dass der Bescheid auch im Namen der Pflegekasse ergehe, nicht aber den Beitritt zur Versicherung regelt, sondern diese voraussetzt. Die Auslegung eines Verwaltungsaktes richtet sich nach den für Willenserklärungen maßgebenden Auslegungsgrundsätzen. Maßgebend ist die im Verfügungssatz getroffene Regelung und die darin abgegebene Erklärung und der aus dem Inhalt ersichtliche Erklärungswille, wie er für den Adressaten der Erklärung erkennbar geworden ist (vgl. z. B. BSG, Urteil vom 16. Juni 1999 - [B 9 V 13/98 R](#) -; in juris). Der Verfügungssatz muss eine Regelung beinhalten und nicht nur Teil der Begründung sein. Unklarheiten gehen im Rahmen der Leistungsverwaltung anders als in der Eingriffsverwaltung nicht stets zu Lasten der Verwaltung (Kasseler Kommentar-Krasney, [§ 31 SGB X](#) RdNr. 11 m.w.N.). Bindend werden nur die im Verwaltungsakt getroffenen Regelungen, die in der Regel im Verfügungssatz zum Ausdruck kommen, nicht jedoch deren - wenn auch tragende - Begründung (Kasseler Kommentar-Steinwedel, [§ 39 SGB X](#) RdNr. 10 m.w.N.). Der Beginn der Versicherung ist hier nicht Bestandteil des regelnden Bescheidentors. Zweck des Bescheides war, gegenüber dem Kläger, der gleichzeitig um Übersendung der Übernahmeerklärung und Mitteilung, falls die Leistungen nach dem SGB XII eingestellt werden sollten, gebeten wurde, die Höhe der von ihm zu tragenden Beiträge zur freiwilligen Versicherung festzusetzen. Der Beginn der Versicherung wurde nur im Rahmen der Beitragsfestsetzung mitgeteilt.

Da der Bescheid vom 22. April 2008 lediglich die Festsetzung der Beiträge regelt, ist es für die Frage der freiwilligen Mitgliedschaft der W. unerheblich, ob der Bescheid vom 29. April 2008 den Bescheid vom 22. April 2008 aufhob und ob dies zu Recht erfolgte.

cc) Eine freiwillige Versicherung kam jedoch aufgrund der durch Bescheid des Integrations- und Versorgungsamts des Klägers vom 18. April 2008 rückwirkend ab 1. Dezember 2007 festgestellten Schwerbehinderteneigenschaft der W. mit der Beitrittsklärung vom 20. Dezember 2007 (bei der Beklagten am 21. Dezember 2007 eingegangen) des Bevollmächtigten Z. für W. als schwerbehinderter Mensch ab diesem Tag in Betracht. Gemäß [§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V](#) können schwerbehinderte Menschen im Sinne des SGB IX der Versicherung beitreten, wenn sie, ein Elternteil oder ihr Lebenspartner in den letzten fünf Jahren vor dem Beitritt mindestens drei Jahre versichert waren, es sei denn, sie konnten wegen ihrer Behinderung diese Voraussetzung nicht erfüllen; die Satzung der Krankenkasse kann das Recht zum Beitritt von einer Altersgrenze abhängig machen. Schwerbehindert gemäß [§ 2 Abs. 2 SGB IX](#) sind Menschen, bei denen ein Grad der Behinderung von wenigstens 50 vorliegt und die ihren Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthalt oder ihre Beschäftigung auf einem Arbeitsplatz im Sinne von [§ 73 SGB IX](#) rechtmäßig im Geltungsbereich des SGB haben. Das Beitrittsrecht setzt voraus, dass die Schwerbehinderteneigenschaft nach [§ 69 SGB IX](#) von der Versorgungsbehörde festgestellt worden ist (Krauskopf-Baier, SozKV, [§ 9 SGB V](#) RdNr. 13). Die Mitgliedschaft Beitrittsberechtigter beginnt mit dem Tag ihres Beitritts zur Krankenkasse, wenn sie zu diesem Zeitpunkt beitragsberechtigt sind ([§ 188 Abs. 1 SGB V](#)). Am 21. Dezember 2007 (Tag des Eingangs des Schreibens des Z. vom 20. Dezember 2007 bei der Beklagten) lag die beitragsberechtigende Schwerbehinderteneigenschaft bei W. nach den Feststellungen des Bescheides des Integrations- und Versorgungsamts des Klägers vom 18. April 2008 bereits vor. Die Schwerbehinderteneigenschaft bedarf darüber hinaus keines statusbegründenden Rechtsaktes. Der Feststellung durch Verwaltungsakt der zuständigen Behörde kommt keine konstitutive, sondern nur deklaratorische Wirkung zu (vgl. für die Vorläuferregelung des § 4 Schwerbehindertengesetz: BSG, Urteil vom 22. September 1988 [12 RK 44/87](#) -; zur rückwirkenden Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft auch: BSG, Urteil vom 16. Februar 2012 - [B 9 SB 1/11 R](#) -; beide in juris). W. erfüllte auch die Vorversicherungszeit. Für die fünfjährige Rahmenfrist ist der Tag des Beitritts, mit dem die freiwillige Mitgliedschaft beginnt, Ereignistag. Sie beginnt mit dem Tag, der seiner Zahl nach dem Ereignistag entspricht und endet mit dem Tag vor dem Beitritt ([§ 26 Abs. 1 SGB X](#) i.V.m. [§ 187 Abs. 1](#), [188 Abs. 2 BGB](#)). Die Vorversicherungszeit von drei Jahren innerhalb der Rahmenfrist von fünf Jahren muss nicht zusammenhängend verlaufen. Es genügt, dass Elternteil, Ehepartner oder Lebenspartner die Vorversicherungszeit erfüllen; weder Wortlaut noch Zweck der Norm erfordern, dass der schwerbehinderte Mensch familienversichert war, ebenso wenig kann [§ 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V](#) entnommen werden, dass die Versicherung des Elternteils, Ehepartners oder Lebenspartners zum Zeitpunkt des Beitritts noch bestehen muss (Krauskopf-Baier, SozKV, [§ 9 SGB V](#) RdNr. 13). Da der verstorbene Ehegatte der W., L. W., nach der Meldung der LVA Baden-Württemberg zur Krankenversicherung der Rentner vom 5. April 2004 seit dem 1. September 1981 familienversichert, mithin im Sinne von [§ 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V](#) innerhalb der Rahmenfrist vom 21. Dezember 2002 bis 20. Dezember 2007 mindestens drei Jahre versichert war, bestand die erforderliche Vorversicherung.

Unschädlich wäre, dass der Beitritt im Schreiben des Z. vom 20. Dezember 2007 nicht ausdrücklich nach [§ 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V](#) als

schwerbehinderter Mensch erklärt wurde, sondern ein Antrag auf Wiedereinsetzung in den vorigen Stand wegen Versäumens der Frist des [§ 9 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) gestellt wurde. Ausreichend ist die Erklärung des Beitritts; die Beitrittsberechtigung ist danach von der Beklagten unter allen in Frage kommenden Tatbeständen zu prüfen. Dass die Beklagte das Schreiben des Z. vom 20. Dezember 2007 als Beitrittserklärung aufgefasst hat, zeigt der ablehnende Bescheid vom 31. Januar 2008 (Bl. 39 VV), in dem ausdrücklich auf einen am 21. Dezember 2007 eingegangenen Antrag auf freiwillige Mitgliedschaft Bezug genommen wird. Damit hätte es an sich der erneuten Erklärung des Beitritts durch W. am 22. April 2008 nicht bedurft.

Auch wenn W. zum 21. Dezember 2007 freiwilliges Mitglied der Beklagten geworden wäre, steht dem Erstattungsanspruch des Klägers entgegen, dass die Beklagte diese Mitgliedschaft mit dem Bescheid vom 31. Januar 2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 24. April 2008 bestandskräftig abgelehnt hat. Diese Bescheide haben, wie bereits dargelegt, Tatbestandswirkung. Der Ausnahmefall der offensichtlichen Fehlerhaftigkeit, der die Tatbestandswirkung nicht zur Folge hätte, ist auch bei diesen Bescheiden nicht gegeben. Zwar war der Beklagten und auch ihrem Widerspruchsausschuss zum Zeitpunkt des Erlasses des Widerspruchsbescheids bekannt, dass W. als schwerbehinderter Mensch anerkannt war und deshalb ein Beitrittsrecht zur freiwilligen Versicherung in Betracht kam. Der Widerspruchsausschuss der Beklagten wies hierauf im Widerspruchsbescheid ausdrücklich hin. Allerdings gingen die Beklagte und der Widerspruchsausschuss wohl davon aus, dass deswegen eine erneute Erklärung des Beitritts zur freiwilligen Versicherung erfolgen musste und die früheren Erklärungen nicht ausreichten, insbesondere das Schreiben des Z. vom 20. Dezember 2007. Dies ist jedenfalls von vornherein nicht völlig ausgeschlossen. Denn dieses Schreiben enthält keine eindeutige Erklärung, der freiwilligen Versicherung bei der Beklagten beitreten zu wollen, sondern einen Antrag auf Wiedereinsetzung in den vorigen Stand. Dieser bezog sich damit allein auf die Möglichkeit des Beitritts zur freiwilligen Versicherung nach [§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#). Nach Erlass des Bescheids des Integrations- und Versorgungsamt des Klägers vom 18. April 2008 erklärte W. am 22. April 2008 erneut den Beitritt zur freiwilligen Mitgliedschaft bei der Beklagten. Die Beklagte und ihr Widerspruchsausschuss konnten deshalb der Auffassung sein, dass die früheren Beitrittserklärungen sich nicht auch auf den Beitritt als Schwerbehinderte bezogen.

V. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i.V.m. [§§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Da Kläger und Beklagte nicht zu den in § 183 genannten Personen gehören, finden nach [§ 197a SGG](#) die VwGO und das Gerichtskostengesetz (GKG) Anwendung. Da der Kläger als Träger der Sozialhilfe an einem Erstattungsstreit beteiligt ist, hat er Gerichtskosten zu tragen ([§ 197a Abs. 3 SGG](#)).

VI. Gründe, die Revision zuzulassen, sind nicht ersichtlich.

VII. Der Streitwert wird für beide Rechtszüge endgültig auf EUR 25.673,38 festgesetzt. Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf [§§ 63 Abs. 2](#) und 3, [52 Abs. 1](#) und 3, [47 Abs. 1 GKG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2013-03-27