

L 5 KR 3842/11

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 5 KR 2027/11
Datum
01.08.2011
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KR 3842/11
Datum
19.02.2014
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers wird zurückgewiesen. Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 01.08.2011 geändert. Die Klage wird in vollem Umfang abgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind in beiden Rechtszügen nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darüber, ob der Kläger bei der Beklagten seit dem 04.08.2009 nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) pflichtversichert ist.

Der 1941 geborene Kläger ist u. Staatsangehöriger. Seit dem 27.07.2009 lebt er in Deutschland. Am 04.08.2009 erteilte ihm die Ausländerbehörde eine unbefristete Niederlassungserlaubnis nach [§ 23 Abs. 2 AufenthG](#).

Mit einem am 28.07.2009 ausgehändigten und am 29.07.2009 unterzeichneten Antragsvordruck beantragte der Kläger Grundleistungen beim Landratsamt R ... Der Vordruck ist mit einem Eingangsstempel des Landratsamtes vom 13.08.2009 versehen. Ausweislich eines Aktenvermerks vom 20.08.2009 sprach der Kläger am 20.08.2009 dort vor und gab auf Nachfrage der Mitarbeiterin des Landratsamtes an, er habe vor seiner Ausreise eine Zahlung von sechs Monatsbeträgen seiner ukrainischen Rente erhalten. Da dem Kläger deshalb noch Mittel zum Lebensunterhalt zur Verfügung gestanden hätten, habe man einvernehmlich vereinbart, dem Kläger die Leistungen der Grundsicherung ab dem 01.09.2009 zu bewilligen. Der Vermerk enthielt ferner folgenden Passus:

"Bezüglich eines KV-Schutzes" steht somit einer Aufnahme in die ges. KV (freiwill. KV/Pflichtvers. [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#)) nichts im Wege."

Mit Bescheid vom 26.08.2009 bewilligte das Landratsamt R. dem Kläger sodann Leistungen zur Grundsicherung im Alter nach dem Vierten Kapitel des SGB XII ab dem 01.09.2009.

Am 18.09.2009 erklärte der Kläger, er trete der Beklagten als freiwilliges Mitglied bei. Die Beklagte wertete diese Erklärung als Antrag auf Feststellung der Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) und stellte mit Bescheid vom 18.11.2009 fest, dass der Kläger bei ihr nicht gemäß [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) pflichtversichert sei. Zur Begründung gab sie an, Versicherungspflicht nach dieser Vorschrift komme nur in Betracht für Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall hätten. Der Kläger habe aber seit dem 27.07.2009 gegenüber dem Landratsamt Rastatt einen Anspruch auf Krankenhilfe nach [§ 48 SGB XII](#).

Dagegen erhob der Kläger am 20.11.2009 Widerspruch, den die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 05.02.2010 zurückwies.

Der Kläger war in der Zeit vom 02.10.2009 bis zum 12.10.2009 im Krankenhaus R. zur stationären Behandlung, wofür ihm mit Rechnung vom 21.12.2009 Kosten in Höhe von 2.811,87 EUR in Rechnung gestellt wurden.

Das Landratsamt R. hatte gegenüber der Beklagten mit Schreiben vom 23.11.2009 darauf hingewiesen, dass der Kläger vom 04.08.2009 bis zum 31.08.2009 keine laufenden Leistungen nach dem SGB XII erhalten habe, so dass keiner der in [§ 5 Abs. 8a SGB V](#) genannten Ausschlussgründe vorliege.

Am 20.12.2010 beantragte der Kläger unter Hinweis auf [§ 44 SGB X](#) die Überprüfung des Bescheids vom 18.11.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 05.02.2010. Die Beklagte habe bei Erlass des Bescheids das Recht unrichtig angewandt. Gemäß [§ 186 Abs. 11](#)

[Satz 2 SGB V](#) habe bereits seit dem 04.08.2009 Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) bestanden. Durch die Bewilligung von Leistungen zur Grundsicherung im Alter ab dem 01.09.2009 werde die bereits begründete Pflichtmitgliedschaft nicht beendet. Zudem stelle laut einem Urteil des LSG Baden-Württemberg vom 16.06.2010 Krankenhilfe nach [§ 48 SGB XII](#) keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall im Sinne des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) dar.

Mit Bescheid vom 15.02.2011 lehnte die Beklagte den Überprüfungsantrag ab. Zur Begründung gab sie an, [§ 44 SGB X](#) finde auf statusfeststellende Bescheide keine Anwendung. Im Übrigen sei der Bescheid vom 18.11.2009 nicht zu beanstanden. Das Bundessozialgericht habe mit Urteil vom 06.10.2010 ([B 12 KR 25/09 R](#)) eine andere Auffassung vertreten als das LSG Baden-Württemberg. Die Beklagte wies ferner darauf hin, dass der Kläger seit dem 01.03.2010 nach [§ 264 SGB V](#) über die zuständige Sozialbehörde versichert sei.

Den hiergegen gerichteten Widerspruch des Klägers vom 24.02.2011 wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 15.04.2011 als unzulässig zurück. Zur Begründung führte sie ergänzend aus, von [§ 44 Abs. 1 SGB X](#) würden nur solche Verwaltungsakte erfasst, die unmittelbar eine Regelung zu einer Sozialleistung treffen würden; eine Feststellung zur Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) gehöre nicht dazu. Auch [§ 44 Abs. 2 SGB X](#) scheide als Rechtsgrundlage für die rückwirkende Aufhebung eines statusfeststellenden Bescheids aus. Denn Versicherungsverhältnisse sollten grundsätzlich nicht mit Wirkung für die Vergangenheit geändert werden. Sachleistungen könnten ohnehin nicht rückwirkend erbracht werden; auch Beitragsnachforderungen ließen sich so vermeiden. Unabhängig davon sei der Bescheid vom 18.11.2009 rechtmäßig. Es bestehe keine Versicherungspflicht des Klägers nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#). Gemäß [§ 186 Abs. 11 Satz 2 SGB V](#) hätte die Mitgliedschaft des Klägers frühestens mit dem ersten Tag der Geltung der Niederlassungserlaubnis beginnen können, hier also mit dem 04.08.2009. Zu diesem Zeitpunkt habe aber bereits ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall bestanden. Denn seit dem Zeitpunkt seiner Einreise nach Deutschland am 27.07.2009 habe der Kläger gemäß [§ 48 SGB XII](#) vom Grundsicherungsträger Krankenhilfe beanspruchen können. Entgegen der Auffassung des Klägers gehe diese Form der Absicherung der Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) vor. Zudem sei gemäß [§ 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V](#) nicht versicherungspflichtig nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#), wer laufende Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des SGB XII empfangt. Zwar habe das Landratsamt R. dem Kläger laufende Leistungen zur Grundsicherung im Alter nach dem Vierten Kapitel des SGB XII erst ab dem 01.09.2009 bewilligt. Bereits zuvor, nämlich seit der Einreise am 27.07.2009, habe der Kläger aber "indirekt" laufende Leistungen der Sozialhilfe in Form von Verpflegung und Unterbringung im Wohnheim bezogen. Dass es sich hierbei um laufende Leistungen der Sozialhilfe handele, ergebe sich auch aus [§ 3](#) und [§ 9](#) des baden-württembergischen Flüchtlingsaufnahmegesetzes, wonach das Land den Stadt- und Landkreisen bei vorläufiger Unterbringung pro Person eine bestimmte Pauschale bezahle. Durch diese Pauschale sollten u. a. die Aufwendungen für Leistungen nach dem SGB XII abgegolten werden. Schließlich fehle es dem Kläger an erforderlichen Rechtsschutzinteresse. Er erhalte vom Sozialhilfeträger dieselben Leistungen wie von der gesetzlichen Krankenversicherung. Seit dem 01.03.2010 werde er im Auftrag des Sozialhilfeträgers von ihr, der Beklagten, nach [§ 264 SGB V](#) betreut. Durch eine Pflichtmitgliedschaft würden daher weder seine rechtliche noch seine wirtschaftliche Stellung verbessert.

Am 06.05.2011 erhob der Kläger Klage vor dem Sozialgericht Karlsruhe. Er wiederholte sein Vorbringen aus dem Verwaltungsverfahren und trug ergänzend vor, die Auffassung der Beklagten, er habe bereits vor dem 01.09.2009 "indirekt" Leistungen der Sozialhilfe bezogen und sei daher gemäß [§ 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V](#) von der Versicherungspflicht ausgeschlossen, sei kreativ, aber mit der gesetzlichen Regelung nicht vereinbar. Es bestehe auch ein Rechtsschutzbedürfnis. Ihm sei die "Bürgerversicherung" rückwirkend zu gewähren. Im Übrigen sei das Landratsamt R. beizuladen. Der Kläger sei in der ungeregelten Zeit notfallmäßig im Klinikum M. stationär behandelt und operiert worden. Diese Kosten habe gegebenenfalls das Sozialamt zu tragen.

Mit Urteil vom 01.08.2011 hob das Sozialgericht Karlsruhe den Bescheid der Beklagten vom 15.02.2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 15.04.2011 auf und verpflichtete die Beklagte, den Bescheid vom 18.11.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 05.02.2010 mit Wirkung zum 18.02.2011 zurückzunehmen und festzustellen, dass der Kläger seit dem 18.02.2011 gemäß [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) versicherungspflichtiges Mitglied der Beklagten ist. Im übrigen wies es die Klage ab. Der Kläger habe ein berechtigtes Interesse an der Feststellung seiner Krankenversicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#), da diese leistungsrechtlich einen gesicherteren Status biete als die gegenwärtige Absicherung über [§ 264 SGB V](#), die kein Versicherungsverhältnis begründe, sondern nur ein leistungsrechtliches Verhältnis zur Beklagten. Eine Korrektur des Bescheids vom 18.11.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 05.02.2010 nach [§ 44 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) sei allerdings ausgeschlossen, da er lediglich die Feststellung enthalte, dass der Kläger bei der Beklagten nicht gemäß [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) pflichtversichert sei. Soweit diese Feststellung bewirke, dass der Kläger mangels Mitgliedschaft von der Beklagten keine Versicherungsleistungen beanspruchen könne und keine Beiträge entrichten müsse, handele es sich nur um mittelbare Folgen. Für die Anwendbarkeit des [§ 44 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) genüge dies nicht. Der Kläger habe aber nach [§ 44 Abs. 2 SGB X](#) einen Anspruch auf Rücknahme des Bescheids vom 18.11.2009 mit Wirkung für die Zukunft. Gemäß [§ 44 Abs. 2 SGB X](#) sei ein rechtswidriger nicht begünstigender Verwaltungsakt, auch nachdem er unanfechtbar geworden sei, ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft zurückzunehmen. Die Feststellung der Beklagten, der Kläger sei bei ihr nicht gemäß [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) pflichtversichert, wirke für ihn - mittelbar - sowohl begünstigend (keine Beitragspflicht) als auch belastend (keine Versicherungsleistungen); beide Folgen seien untrennbar miteinander verbunden. Da die Beiträge vom Grundsicherungsträger übernommen würden ([§ 42 Satz 1 Nr. 4 i. V. m. § 32 SGB XII](#)), wirke der Ausschluss einer Mitgliedschaft nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) für den Kläger aktuell wohl in erster Linie belastend. Der Bescheid vom 18.11.2009 sei rechtswidrig; denn nach materiellem Recht wäre der Kläger seit dem 04.08.2009 bei der Beklagten pflichtversichert gewesen. Versicherungspflichtig gemäß [§ 5 Abs. 1 Nr. 13](#) b) SGB V seien Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall hätten und bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert gewesen seien, es sei denn, dass sie zu den in [§ 5 Abs. 5](#) oder den in [§ 6 Abs. 1 oder 2 SGB V](#) genannten Personen gehören oder bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten. Der Kläger erfülle diese Voraussetzungen; insbesondere habe er am 04.08.2009 keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall gehabt. Ob ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall bestehe, werde u. a. durch [§ 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V](#) konkretisiert (BSG, Urteil vom 06.10.2010, [B 12 KR 25/09 R](#), Rdnr. 13 - nach Juris). Nach dieser Vorschrift sei nicht versicherungspflichtig nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#), wer laufende Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten oder Siebten Kapitel des SGB XII empfangt. Ob und ggf. ab wann ein Empfang dieser laufenden Leistungen eintrete, bestimme allein der Sozialhilfeträger. Dessen Entscheidung hätten sowohl die Krankenkasse als auch das Gericht zugrundezulegen. Ihnen stehe keine Befugnis zu, einen etwaigen Anspruch auf laufende Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten oder Siebten Kapitel des SGB XII aufgrund eigener Prüfung abweichend vom Sozialhilfeträger zu bestimmen (BSG, SozR 4-2500 [§ 9 Nr. 3 Rdnr. 11](#) - zu Grundsicherungsleistungen nach dem SGB II). Für den Beginn der empfangenen laufenden Leistungen komme es ausschließlich auf den vom Sozialhilfeträger festgesetzten

Zeitpunkt an; unerheblich sei hingegen das Datum des Bewilligungsbescheids oder der tatsächlichen Auszahlung (BSG, Urteil vom 6.10.2010, [B 12 KR 25/09 R](#), Rdnr. 25 - nach Juris). Ohne den gleichzeitigen Empfang laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten oder Siebten Kapitel des SGB XII würden Hilfen zur Gesundheit nach dem Fünften Kapitel des SGB XII (insbesondere von Krankenhilfe nach [§ 48 SGB XII](#)) die Krankenversicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) nicht ausschließen. Der Bezug von Leistungen zur Grundsicherung im Alter nach dem Vierten Kapitel des SGB XII ab dem 01.09.2009 habe auf die am 04.08.2009 beginnende Pflichtversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) keinen Einfluss. Zwar ende die Mitgliedschaft der in [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) genannten Personen mit Ablauf des Vortages, an dem ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall begründet werde. Dies gelte aber nicht für Mitglieder, die Empfänger von Leistungen nach dem Vierten Kapitel des SGB XII seien ([§ 190 Abs. 13 SGB V](#)). Die Beklagte sei daher verpflichtet, den Bescheid vom 18.11.2009 mit Wirkung zum 18.02.2011 als dem Tag der Bekanntgabe des ablehnenden Überprüfungsbescheids zurückzunehmen. Die Beklagte habe eine nach [§ 44 Abs. 2 Satz 2 SGB X](#) in ihrem Ermessen stehende Aufhebung für die Vergangenheit frei von Ermessensfehlern abgelehnt, indem sie darauf abgestellt habe, dass Sachleistungen nicht rückwirkend erbracht werden könnten und Beitragsnachforderungen sich so vermeiden ließen. Es habe keine Notwendigkeit bestanden, das Landratsamt R. zum Verfahren beizuladen.

Gegen das seiner Bevollmächtigten am 15.08.2011 zugestellte Urteil hat der Kläger am 06.09.2011 Berufung eingelegt. Die Beklagte hat gegen das ihr am 17.08.2011 zugestellte Urteil am 12.09.2011 ebenfalls Berufung eingelegt.

Mit Beschluss des Senats vom 29.09.2011 wurde das Landratsamt R. zum Verfahren beigelegt.

Die Beklagte macht zur Begründung der von ihr eingelegten Berufung geltend, entgegen der Ansicht des Sozialgerichts fehle es dem Kläger an dem erforderlichen Rechtsschutzbedürfnis, denn die begehrte Pflichtmitgliedschaft nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) biete ihm gegenüber seinem bisherigen Status keine Vorteile. Der Leistungskatalog für die Betreuten nach [§ 264 Abs. 2 SGB V](#) sei mit dem eines versicherten Mitgliedes der Beklagten vollkommen identisch. Sie verwies hierzu auf die "Rahmenvereinbarung zur Umsetzung der Leistungserbringung nach § 264 Abs. 2 bis / SGB V" vom 14.11.2003, in der der Leistungsumfang unter V.1. klargestellt werde. Da der Kläger die notwendige Krankenhilfe durch die Beklagte im Auftrag des Landratsamtes R. ([§ 264 SGB V](#) in Verbindung mit [§ 48 SGB XII](#)) erhalte, werde durch die eingelegten Rechtsmittel weder seine rechtliche noch seine wirtschaftliche Stellung verbessert. Vielmehr sei er ohne die Pflichtmitgliedschaft sogar von der Verpflichtung zur Leistung von Beiträgen frei. Deshalb sei auch nicht ersichtlich, dass es sich bei dem Bescheid vom 18.11.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 05.02.2010 um einen nicht begünstigenden Verwaltungsakt i.S.v. [§ 44 Abs. 2 SGB X](#) handeln solle. Der Kläger habe dagegen auch keine Klage erhoben. Es sei nicht ersichtlich, warum er sich die Pflichtversicherung erstreiten wolle, aus der er keinen Nutzen ziehen könne. Es handle sich vielmehr um einen Stellvertreterstreit, der nicht auf die Frage der Pflichtversicherung sondern der Kostenträgerschaft zielen. Der Bescheid vom 18.11.2009 sei im Übrigen rechtmäßig. Die Versicherungspflicht des Klägers sei nach [§ 5 Abs. 8a SGB V](#) ausgeschlossen. Er habe ab der Einreise in die Bundesrepublik am 27.07.2009 für die Unterbringung im Wohnheim laufende Leistungen nach dem SGB XII erhalten. Damit sei die Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) ausgeschlossen. Er zähle aber auch deshalb nicht zum Personenkreis des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#), weil er ab seiner Einreise einen anderweitigen Anspruch auf Krankenbehandlung nach [§ 48 SGB XII](#) gehabt habe. Dem Wortlaut und dem Sinn und Zweck der Regelung des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) sowie auch aus dem Regelungszusammenhang mit [§ 5 Abs. 8a SGB V](#) und [§ 264 Abs. 2 SGB V](#) sei zu entnehmen, dass als die Versicherungspflicht ausschließende anderweitige Absicherung jedenfalls eine dem Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechende Absicherung ausreichte und der Begriff der anderweitigen Absicherung nicht lediglich Absicherungen durch private oder gesetzliche Versicherungen oder durch bestimmte öffentlich-rechtliche Träger umfasse. Der Wortlaut fordere gerade keine Versicherung, sondern lediglich eine Absicherung im Krankheitsfall. Damit seien gesetzliche Ansprüche auf Krankenhilfe mit umfasst. Die Begründung des Gesetzentwurfs selbst nenne dementsprechend als anderweitige Absicherung eine Vielzahl von Leistungen bei Krankheit (neben der Hilfe bei Krankheit nach [§ 48 SGB XII](#), [§ 264 SGB V](#) sowie nach § 4 AsylbLG auch [§ 40 SGB VIII](#)) Ansprüche nach dem BVG und BEG - vgl. [BT-Drucks 16/3100 S 94](#)). Mit [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) habe für den Personenkreis, der bisher kostenlose Leistungen bei Krankheit z. B. nach den genannten Vorschriften des SGB XII, BVG oder BEG erhielt, keine beitragspflichtige Pflichtversicherung eingeführt werden sollen. Zu beachten sei ferner, dass bei dem Personenkreis der Kontingentflüchtlinge ab dem Eintreffen im Geltungsbereich des Gesetzes unmittelbar eine Hilfebedürftigkeit bestehe. Diese Personen erhielten bei Einreise in den Geltungsbereich des Gesetzes unmittelbar Leistungen, die nach der Wertung des [§ 5 Abs. 8 a SGB V](#) die Durchführung einer Versicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) ausschließen. Bei den Kontingentflüchtlingen stehe für die beteiligten Behörden bereits zum Zeitpunkt der Visumserteilung, also bereits zu einem Zeitpunkt deutlich vor der Einreise in die BRD fest, dass diese regelmäßig Leistungen der Sozialhilfe in Anspruch nehmen müssten. Diese Leistungszuteilung sei vom Gesetzgeber ausdrücklich gewollt und führe im Übrigen auch dazu, dass nach dem Flüchtlingsaufnahmegesetz für Baden-Württemberg (§ 9 Abs. 1 FlüAG) den Stadt- und Landkreisen für die vorläufige Unterbringung und auch zur Abgeltung der Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz (jetzt: SGB XII) die anfallenden Aufwendungen nach den dort vorgesehenen Pauschalen erstattet würden.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 01.08.2011 aufzuheben, die Klage abzuweisen und die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 01.08.2011 zu ändern, und die Beklagte zu verpflichten, den Bescheid vom 18.11.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 05.02.2010 zurückzunehmen und festzustellen, dass der Kläger seit dem 04.08.2009 gemäß [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) versicherungspflichtiges Mitglied der Beklagten ist sowie die Berufung der Beklagten zurückzuweisen.

Der Kläger lässt zur Begründung seiner Berufung vortragen, die Voraussetzungen für die Versicherung lägen nicht erst ab dem 18.02.2011 vor, sondern bereits ab dem 04.08.2009. Dem Kläger sei die "Bürgerversicherung" rückwirkend zu gewähren. Insbesondere habe das Sozialamt die Kosten der Krankenbehandlung in der Zeit vom 02.10.2009 bis 11.10.2009 nicht übernommen. Das Sozialgericht Karlsruhe gehe jedoch davon aus, dass diese Kosten auf jeden Fall vom Sozialamt übernommen würden. Im Schreiben vom 12.09.2011 habe das Landratsamt R. jedoch mitgeteilt, dass man sich zu der Kostenübernahme nicht verpflichtet fühle, weil der Kläger es versäumt habe, schon gegen den ersten Widerspruchsbescheid vom 05.02.2010 Klage zu erheben. Das Sozialgericht habe die Anwendung des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs nicht geprüft. Die Beklagte habe den Kläger von Anfang an falsch beraten. Rechtsfolge des sozialrechtlichen

Herstellungsanspruchs sei die Kompensation des jeweiligen Nachteils, indem dem Betroffenen die Rechtsposition eingeräumt wird, die er gehabt hätte, wenn von Anfang an ordnungsgemäß verfahren worden wäre. Die Versicherung des Klägers nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) habe am Tag des Erhalts der unbefristeten Aufenthaltserlaubnis, dem 04.08.2009, begonnen. Es sei nicht richtig, dass für den Kläger wegen eines dem Grunde nach bestehenden Anspruchs auf Krankenbehandlung nach [§ 48 SGB XII](#) eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall bestanden habe, so dass [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 V](#) nicht einschlägig sei. Das LSG Baden-Württemberg habe hierzu mit dem Urteil vom 16.06.2010 festgestellt, dass bei alleiniger Gewährung von Krankenhilfe nach [§ 48 SGB XII](#) kein anderweitiger Krankenversicherungsschutz im Sinne von [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) bestehe. Die Auffassung der Beklagten, dass der Kläger vom 04.08.2009 bis 31.08.2009 bereits "indirekt" Leistungen nach dem Vierten Kapitel des SGB XII erhalten habe, sei nicht durch [§ 5 Abs. 8 a SGB V](#) gedeckt.

Das beige ladene Landratsamt hat keinen Antrag gestellt.

Es ist der Berufung der Beklagten entgegengetreten und macht geltend, entgegen den Ausführungen der Beklagten sei der Leistungskatalog für die Betreuten nach [§ 264 SGB V](#) mit dem eines versicherten Mitgliedes nicht "vollkommen identisch". So seien die Vorschriften des [§ 53 SGB V](#) über die Wahltarife der gesetzlichen Krankenkassen von der Anwendung des [§ 264 Abs. 2 bis 7 SGB V](#) ausgeschlossen, die Inanspruchnahme von Bonusmodellen nach [§ 65 a Abs. 1](#) und 3 SGB V scheide aus und die Kosten von Auslandsbehandlungen würden nicht übernommen. Betreute nach [§ 264 SGB V](#) seien nicht in den Schutz der sozialen Pflegeversicherung einbezogen (Umkehrschluss aus [§ 1 Abs. 2 Satz 1 SGB XI](#)). Zudem sei die gesamte Hilfestellung nach [§§ 48 SGB XII, 264 SGB V](#) abhängig vom Einsatz des Einkommens und Vermögens ([§ 2 Abs. 1 SGB XII](#)), während beim Bestehen einer gesetzlichen Krankenversicherung - unabhängig von der Höhe der Krankenhilfearwendungen - lediglich monatliche Beiträge ([§§ 223 ff SGB V](#)) anfielen. Das Zustandekommen einer gesetzlichen Krankenversicherung rückwirkend ab Ausstellung der ausländerrechtlichen Niederlassungserlaubnis am 04.08.2009 wäre deshalb für den Beklagten (gemeint: den Kläger) leistungsmäßig als auch finanziell vorteilhaft, zumal sich abzeichne, dass die im Dezember 2009 durch den Krankenhausaufenthalt des Klägers entstandenen Kosten von ca. 2.900 EUR nicht aus Sozialhilfemitteln übernommen werden könnten. Auch würde ein Anspruch auf Krankenhilfe nach dem SGB XII die Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) nicht tangieren. Zwar habe der Kläger vom 27.07.2009 (Einreise nach Deutschland) bis zum 04.08.2009 (Ausstellung der Niederlassungserlaubnis) keine Leistungen der Krankenhilfe nach [§ 48 SGB XII](#) bezogen, aber selbst bei einem etwaigen Erhalt solcher Hilfen hätte dadurch kein anderweitiger Krankenversicherungsschutz im Sinne von [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) bestanden, weil das Fünfte Kapitel des SGB XII, das mit den §§ 47 bis 52 die Hilfe bei Krankheit regelt, von [§ 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V](#) gerade nicht in Bezug genommen werde (LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 16.06.2010 - [L 5 KR 5046/09](#) -). Das Urteil des BSG vom 27.01.2010 (- [B 12 KR 2/09 R](#) -) sei nicht einschlägig, da es einen Empfänger von laufenden Leistungen der Jugendhilfe betreffe, der daneben auch Krankenhilfe nach [§ 40 SGB VIII](#) erhalte. Dieser Fallkonstellation entspreche ein Empfänger von laufenden Leistungen der Sozialhilfe, welcher daneben auch Krankenhilfe nach dem Fünften Kapitel SGB XII bezieht. Für den Kläger habe aber zum 04.08.2009 im Rahmen des SGB XII weder ein Bezug von laufenden Leistungen noch ein Krankenhilfeanspruch bestanden. Für den Kläger habe deshalb seit dem 04.08.2009 ein Anspruch auf Pflichtkrankenversicherung bei der Beklagten bestanden.

Der Beklagte hat der Berufungsbegründung des Klägers entgegnet, es gehe erkennbar um die Kostenübernahme der Krankenbehandlung für die Zeit vom 02.10.2009 bis zum 11.10.2009. Der Beigeladene habe den Kläger hierzu mit dem Schreiben vom 12.09.2011 aber lediglich angehört und noch keine endgültige Entscheidung getroffen. Es sei rechtswidrig, wenn der Beigeladene dem Kläger androhe, die Kostenübernahme zu verweigern, wenn der Kläger keine Berufung gegen das sozialgerichtliche Urteil einlege. Der Sozialhilfeträger habe nach dem Kerngedanken des Subsidiaritätsgrundsatzes vorzuleisten und müsse sich gegebenenfalls auf Erstattungsansprüche verweisen lassen. Da der Kläger Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts eingelegt habe, müsse man davon ausgehen, dass die Kosten vom Beigeladenen übernommen worden seien, so dass für den Kläger keine Kostenbelastung und damit kein Rechtsschutzbedürfnis mehr bestehe. Ein sozialrechtlicher Herstellungsanspruch komme hier nicht in Betracht. Dieser Anspruch setze voraus, dass ein Leistungsträger Pflichten aus einem sozialrechtlichen Verhältnis verletzt habe und dadurch ein Schaden bestehe, den der Leistungsträger durch eine gesetzlich zulässige Amtshandlung ausgleichen könne. Ein derartiger Herstellungsanspruch würde dann vorliegen, wenn die Beklagte z. B. eine gebotene Aufklärung oder Beratung unterlassen oder eine falsche Auskunft gegeben habe und dadurch dem Kläger ein Schaden entstanden wäre. Sie habe aber weder ihre Pflichten im Rahmen der Beratung verletzt noch sei dadurch ein Schaden entstanden, der von ihr auszugleichen wäre. Nachdem die stationären Krankenhauskosten vom LRA zu übernehmen seien, sei der Kläger nicht belastet. Dem Vorbringen des Beigeladenen hält die Beklagte entgegen, es gehe im vorliegenden Rechtsstreit nicht um Leistungen der Krankenhilfe, sondern um ein Statusfeststellungsverfahren. Der Gesetzgeber habe mit der Einführung des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) nicht beabsichtigt, dass alle Menschen, die in der Bundesrepublik Deutschland wohnten oder ihren Wohnsitz hätten, pflichtversichert würden. Denn der Gesetzestext beziehe sich nur auf den Personenkreis, der keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall habe. Damit sei klargestellt, dass es im Rahmen der Krankenhilfe auch keine Verschiebung weg von der Sozialhilfe zur GKV geben solle. Die Auffassung des Beigeladenen, die rückwirkende Anerkennung der Pflichtversicherung wirke sich für die Beklagte finanziell "vorteilhaft" aus, sei nicht nachvollziehbar. Im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung spielten - mit Ausnahme des Wirtschaftlichkeitsgebots nach [§ 12 SGB V](#) - finanzielle Gesichtspunkte bei der Beurteilung der Versicherungspflicht im Gegensatz zur Privaten Krankenversicherung, die gewinnorientiert arbeite, keine Rolle. Die Ablehnung der stationären Behandlungskosten durch den Beigeladenen sei rechtswidrig, denn im Anhörungsschreiben vom 12.09.2011 werde zugesichert, dass ein (ablehnender) Verwaltungsakt nur dann erlassen werde, wenn gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom Kläger keine Berufung eingelegt werde. Nachdem diese (rechtswidrige) Forderung vom Kläger erfüllt worden sei, müsse der Beigeladene nunmehr auch zu dieser Zusicherung ([§ 34 SGB X](#)) stehen.

Der Beigeladene hat hierzu entgegnet, es sei unzutreffend, dass mit dem Anhörungsschreiben des Beigeladenen vom 12.09.2011 an den Kläger eine Zusicherung i.S.d. [§ 34 SGB X](#) zur nachträglichen Kostenübernahme für den Krankenhausaufenthalt vom 02.10.2009 bis 12.10.2009 verbunden gewesen sein soll. Das Gegenteil sei der Fall, wie sich eindeutig aus dem Wortlaut der Anhörung ergebe ("... teilen wir mit, dass eine Ablehnung der begehrten Kostenübernahme als SGB XII-Leistung aus folgenden Gründen beabsichtigt ist ..."). Alles andere wäre sozialhilferechtlich bei einer erst nachträglich angezeigten und im Zeitpunkt der beanspruchten Hilfeleistung schon nicht mehr bestehenden Notlage, für deren Behebung zudem nach materiellem Recht ein Dritter vorrangig zuständig gewesen wäre, sehr ungewöhnlich. Gemäß dem Anhörungsschreiben sei in diesem Zusammenhang lediglich offen gelassen worden, ob dazu noch ein Verwaltungsakt ergehen solle oder sich dies wegen Einlegung der Berufung durch den Kläger (aufgrund einer dann absehbaren Beiladung des Landkreises) erübrigen würde. Der Beigeladene wies ferner darauf hin, dass der Kläger ab seinem Zuzug nach K. am 01.03.2010 vom Sozialamt der Stadt K. im Rahmen des [§ 264 SGB V](#) bei der Beklagten gemeldet worden sei. Vom Beigeladenen habe der Kläger für den Zeitraum vom 01.09.2009 (Einsetzen der Grundsicherungsleistungen) bis zum 28.02.2010 (Wegzug nach K.) weder

Krankenhilfefeleistungen nach [§ 48 SGB XII](#) noch über [§ 264 SGB V](#) erhalten.

Die Beklagte hat hierzu noch repliziert, der Beigeladene sei als erstangegangener Kostenträger vorrangig zur Kostenübernahme verpflichtet. Nicht zuletzt im Hinblick darauf habe der Beigeladene auch bereits mit Schreiben vom 23.11.2009 einen Erstattungsanspruch nach [§ 102 ff SGB X](#) bei der Beklagten angemeldet. Es sei nicht nachvollziehbar, warum der Kläger ungeachtet der ausdrücklichen gesetzlichen Regelung des [§ 43 SGB I](#) zur vorrangigen Verpflichtung des erstangegangenen Leistungsträgers hier einen Stellvertreterstreit führen müsse.

Auf Anfrage des Senats hat der Kläger zuletzt mitgeteilt, er habe vor seiner Ausreise aus der U. Rentenbezüge für sechs Monate in Höhe von umgerechnet zusammen 620 EUR ausbezahlt bekommen. Von diesem Betrag seien 70 EUR für das Flugticket abgegangen, vom Rest habe er die ersten Monate in Deutschland gelebt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts wird auf den Vortrag der Beteiligten und den Inhalt der Verwaltungsakten der Beklagten und des Beigeladenen sowie der Gerichtsakten erster und zweiter Instanz Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufungen des Klägers und der Beklagten sind nach [§§ 143, 144, 151](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthaft und zulässig.

Die Berufung des Klägers ist jedoch nicht begründet. Er hat keinen Anspruch auf Feststellung des Bestehens einer Pflichtversicherung gemäß [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) bei der Beklagten bereits ab dem 04.08.2009. Die Berufung der Beklagten ist hingegen begründet. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Aufhebung des Überprüfungsbescheides vom 15.02.2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15.04.2011, auf Rücknahme des Bescheides vom 18.11.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 05.02.2010 und Feststellung des Bestehens einer Pflichtversicherung gemäß [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) bei der Beklagten ab dem 18.02.2011. Das Sozialgericht hat der Klage insoweit zu Unrecht stattgegeben. Der Kläger hatte zu keinem Zeitpunkt einen Anspruch auf Aufnahme bei der Beklagten als pflichtversichertes Mitglied im Rahmen der Auffangversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#).

I.

Die Berufung des Klägers ist nicht bereits deshalb unbegründet, weil er - wie die Beklagte meint - kein Rechtsschutzbedürfnis für die begehrte Feststellung eines früheren Beginns der Pflichtversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) bei der Beklagten habe. Zwar fehlt das Rechtsschutzinteresse regelmäßig, wenn unzweifelhaft ist, dass das begehrte Urteil die rechtliche oder wirtschaftliche Stellung des Klägers nicht verbessern würde (BVerwG v. 29.04.2004 - [3 C 25/03](#), Meyer-Ladewig/Keller Sozialgerichtsgesetz Kommentar, Vor § 51 Rn 16a). Das begehrte Urteil ist jedoch geeignet, die Rechtsstellung des Klägers zu verbessern. Das gilt zunächst allgemein in Bezug auf die Feststellung des Versicherungsstatus des Klägers. Denn der Kläger ist im Falle der Mitgliedschaft bei der Beklagten kraft Gesetzes pflegeversichert ([§ 1 Abs. 2 SGB IX](#)) und hat zudem einen auf Dauer festgeschriebenen Status, der nicht wie die Sozialhilfefeleistungen von seinen (sich möglicherweise ändernden) persönlichen und finanziellen Verhältnissen abhängig ist. Die Bedeutung der Kenntnis des richtigen sozialversicherungsrechtlichen Status hat der Gesetzgeber durch die Zulässigkeit einer isolierten Feststellungsklage in [§ 55 Abs. 1 Nrn. 1 und 2 SGG](#) hervorgehoben. Dabei genügt für die Annahme eines berechtigten Interesses bereits die Betroffenheit in eigenen Rechten. Grundsätzlich besteht somit ein berechtigtes Interesse daran zu wissen, ob in Bezug auf zukünftige Erkrankungen der Versicherungsschutz der gesetzlichen Krankenversicherung besteht. Im Falle des Klägers hat sich dieses Interesse noch weiter konkretisiert, weil er nach wie vor der Forderung des Klinikums M. aus der an ihn gerichteten Rechnung vom 21.12.2009 über die Kosten der stationären Behandlung vom 02.10.2009 bis zum 12.10.2009 ausgesetzt ist. Der Kläger ist (ohne Einbeziehung in die gesetzliche Krankenversicherung) als Privatpatient der unmittelbar aus dem Behandlungsverhältnis Zahlungspflichtige. Der Beigeladene hat die Zahlung dieser Forderung bisher nicht übernommen, ungeachtet dessen, ob er hierzu als erstangegangener Leistungsträger verpflichtet gewesen ist. Bereits wegen dieser noch offenen Forderung hat der Kläger ein berechtigtes Interesse an der Feststellung seines Versicherungsstatus im Verhältnis zu Beklagten und letztlich an der Klärung der Kostenträgerschaft.

II.

Der Bescheid der Beklagten vom 18.11.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 05.02.2010 ist auch einer Überprüfung nach [§ 44 Abs. 1 SGB X](#) zugänglich. Die Frage, ob der Versicherungsschutz einer gesetzlichen Krankenkasse besteht, ist bei allen Leistungsansprüchen nach dem SGB V eine (gleichsam vor die Klammer gezogene) Leistungsvoraussetzung. Ein Verwaltungsakt, der eine konkrete Leistungsgewährung wegen fehlender Mitgliedschaft in der angegangenen Krankenkasse ablehnt, unterliegt unstreitig der Nachprüfung nach [§ 44 Abs. 1 SGB V](#). Nichts anderes kann für einen Bescheid gelten, mit dem die Mitgliedschaft in der Krankenkasse verneint und der Betroffene damit von allen (bisher angefallenen oder zukünftigen) Leistungsansprüchen generell ausgeschlossen wird. Die Feststellung der Pflichtversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) ist mithin allgemeine Voraussetzung für einen Leistungsanspruchs des Klägers gegen die Beklagte, so dass es sich um einen Verwaltungsakt handelt, aufgrund dessen - möglicherweise - Leistungen zu Unrecht nicht erbracht worden sind (vgl. [§ 44 Abs. 1 S.1 SGB X](#)). Als Folge ihrer Feststellungsentscheidung vom 18.11.2009 ist deshalb auch die Kostenübernahme für die stationäre Behandlung des Klägers im Klinikum M. im Oktober 2009 durch die Beklagte unterblieben. Die Beklagte kann gegen den Anspruch des Klägers auf Überprüfung ihres Feststellungsbescheides nicht mit Erfolg einwenden, dass für die Kosten der Krankenbehandlung der Beigeladene als erstangegangene Träger der Sozialhilfe zunächst aufzukommen habe, denn dieser lehnt die Kostenübernahme ab und verweist den Kläger gerade auf das gegen die Beklagte zu führende Überprüfungsverfahren. Entgegen der von der Beklagten im Widerspruchsbescheid vom 15.04.2011 vertretenen Auffassung ist auch eine rückwirkende Änderung der Feststellung eines Krankenversicherungsverhältnisses nicht grundsätzlich ausgeschlossen. Das BSG hat in seinem Urteil vom 06.10.2010 (- [B 12 KR 25/09 R](#) - , in Juris RdNr. 27) vielmehr ausdrücklich darauf hingewiesen, dass eine rückwirkende Feststellung des Bestehens oder Nichtbestehens von Krankenversicherungspflicht gerade nicht ausgeschlossen ist.

III.

Der Kläger hat jedoch keinen Anspruch auf Rücknahme und Änderung des Bescheides der Beklagten vom 18.11.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 05.02.2010. Dieser Bescheid ist rechtmäßig. Die Beklagte hat zu Recht festgestellt, dass der Kläger bei ihr

nicht in der Auffangversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) pflichtversichert ist.

1. Gemäß [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) sind versicherungspflichtig Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und

a) zuletzt gesetzlich krankenversichert waren oder b) bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren,

es sei denn, dass sie zu den in Abs. 5 oder den in § 6 Abs. 1 oder 2 genannten Personen gehören oder bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten.

Gemäß [§ 5 Abs. 8a Satz 1 SGB V](#) ist nach Abs. 1 Nr. 13 nicht versicherungspflichtig, wer nach Abs. 1 Nr. 1 bis 12 versicherungspflichtig, freiwilliges Mitglied oder nach § 10 versichert ist. Satz 1 gilt gemäß Satz 2 entsprechend für Empfänger laufender Leistungen nach dem 3., 4., 6. und 7. Kapitel des Zwölften Buches und für Empfänger laufender Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes. Satz 2 gilt auch, wenn der Anspruch auf diese Leistungen für weniger als einen Monat unterbrochen wird (Satz 3).

Gemäß [§ 5 Abs. 11 Satz 1 SGB V](#) werden Ausländer, die nicht Angehörige eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, Angehörige eines Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder Staatsangehörige der Schweiz sind, von der Versicherungspflicht nach Abs. 1 Nr. 13 erfasst, wenn sie eine Niederlassungserlaubnis oder eine Aufenthaltserlaubnis mit einer Befristung auf mehr als zwölf Monate nach dem Aufenthaltsgesetz besitzen und für die Erteilung dieser Aufenthaltstitel keine Verpflichtung zur Sicherung des Lebensunterhalts nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 1](#) des Aufenthaltsgesetzes besteht. Angehörige eines anderen Mitgliedstaates der Europäischen Union, Angehörige eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder Staatsangehörige der Schweiz werden von der Versicherungspflicht nach Abs. 1 Nr. 13 nicht erfasst, wenn die Voraussetzung für die Wohnortnahme in Deutschland die Existenz eines Krankenversicherungsschutzes nach § 4 des Freizügigkeitsgesetzes/EU ist (Satz 2). Bei Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz liegt eine Absicherung im Krankheitsfall bereits dann vor, wenn ein Anspruch auf Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt nach § 4 des Asylbewerberleistungsgesetzes dem Grunde nach besteht (Satz 3).

Nach [§ 186 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) beginnt die Mitgliedschaft der nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) Versicherungspflichtigen mit dem ersten Tag ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall im Inland. Die Mitgliedschaft von Ausländern, die nicht Angehörige eines Mitgliedsstaates der Europäischen Union, eines Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder Staatsangehörige der Schweiz sind, beginnt mit dem ersten Tag der Geltung der Niederlassungserlaubnis oder der Aufenthaltserlaubnis (Satz 2).

2. Zwischen den Beteiligten ist unstrittig, dass zur Frage des frühestens möglichen Beginns einer Mitgliedschaft nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) auf den Zeitpunkt der Erteilung der Niederlassungserlaubnis ([§ 186 Abs. 11 Satz 2 SGB V](#)) abzustellen ist; für den Kläger ist dies der 04.08.2009. Entgegen der Auffassung des Beigeladenen bestand für den Kläger zu diesem Zeitpunkt jedoch ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall, so dass eine Aufnahme bei der Beklagten in Form der Auffangversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) für ihn nicht in Betracht kam.

a. Das negative Tatbestandsmerkmal des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) "kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall" wird durch [§ 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V](#) konkretisiert. Darin werden als nicht versicherungspflichtig "Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches" benannt. Liegt diese Voraussetzung vor, so ist eine Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) bereits tatbestandlich ausgeschlossen (BSG, Urteil vom 16.10.2010, a.a.O. Juris-RdNr. 13). Im Sinn des [§ 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V](#) "empfangen" werden laufende Leistungen der Grundsicherung im Alter (und bei Erwerbsminderung) nach dem 4. Kapitel des SGB XII, wie sie der Kläger erhält, in dem Zeitraum, für den sie durch Verwaltungsakt des Sozialhilfeträgers zuerkannt werden. Ausweislich des Bescheids des Beigeladenen vom 26.08.2009 wurden dem Kläger diese Leistungen für die Zeit vom 01.09.2009 bis zum 31.08.2010 bewilligt.

Das BSG hat in seinem Urteil vom 16.10.2010 (a.a.O. Juris-RdNr. 24) hierzu grundlegend ausgeführt, dass sich mit der Einführung der Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) die Leistungsverantwortung für den Krankheitsfall nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung "verschieben" sollte. Grundsätzlich stehen Krankenversicherung und der Empfang von Sozialhilfeleistungen auch weiterhin unabhängig nebeneinander. Der Empfang von Sozialhilfeleistungen begründet als solcher keine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine bereits begründete Versicherungspflicht bleibt trotz späteren Eintritts von Sozialhilfebezug weiter bestehen. Wer allerdings - ohne Anwendung des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) - nicht versichert ist und laufende Sozialhilfeleistungen empfängt, ist i.S.v. [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) (i.V.m. [§ 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V](#)) im Krankheitsfall anderweitig abgesichert (vgl. [§ 48 SGB XII](#) i.V.m. [§ 264 Abs. 2 SGB V](#)) und nicht nach dieser Vorschrift versicherungspflichtig. Krankenversicherungspflicht tritt dann nach [§ 5 Abs. 8a Satz 3 SGB V](#) auch nicht während einer kurzen Unterbrechung des Leistungsanspruchs ein. Unter Bezugnahme auf die Gesetzesmaterialien hat das BSG weiter ausgeführt, dass mit Satz 2 des [§ 5 Abs. 8a SGB V](#) erreicht werden soll, dass der Sozialhilfeträger "weiterhin" für die Krankenbehandlung der Empfänger von Leistungen nach dem SGB XII zuständig bleibt ([BT-Drucks 16/3100 S 95](#)). Mit Satz 3 des [§ 5 Abs. 8a SGB V](#) ist beabsichtigt sicherzustellen, dass die "Vorrangregelung der Leistungspflicht des Sozialhilfeträgers nach [§ 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V](#) nicht soll unterlaufen werden können" ([BT-Drucks 16/4247 S 29](#)). Hiermit wurde ein Anliegen des Bundesrates übernommen, der gefordert hatte, bei der angedachten Versicherungspflichtlösung eine "Kostenverschiebung durch die Sozialhilfeträger" zu verhindern bzw. auszuschließen, dass eine (unter Umständen "gesteuerte") Unterbrechung des Sozialhilfeleistungsbezugs eine Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) eintreten lässt, mit der die "Vorrangregelung des [§ 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V](#)" ausgehebelt werden könnte ([BR-Drucks 755/06](#) (Beschluss) S 2). Zu einer solchen "Verschiebung" der Leistungsverantwortung für den Krankheitsfall würde es kommen, wenn über den Eintritt bzw. Ausschluss der Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) entschiede, ob Leistungen der Grundsicherung im Alter (und bei Erwerbsminderung) - im maßgeblichen Beurteilungszeitpunkt - tatsächlich bezogen werden. Dem Zweck der Versicherungspflicht als sog. Auffang-Versicherungspflicht entspricht es demnach nur, wenn für den Begriff "Empfang" laufender Leistungen nach dem 4. Kapitel des SGB XII auf den - vom Sozialhilfeträger (bestimmten) zuerkannten - (Beginn des) Leistungsanspruch(s) abgestellt wird. Nur dadurch wird eine Abhängigkeit des Eintritts von Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) von Zufälligkeiten bei der Bescheiderteilung durch den Sozialhilfeträger oder bei der Auszahlung der Leistungen vermieden. Es kommt infolgedessen weder darauf an, wann der Sozialhilfeträger solche Leistungen durch Verwaltungsakt zuerkennt, noch darauf, wann er sie erbringt, also auskehrt und sie vom Leistungsempfänger

erhalten werden, insbesondere nicht darauf, ob beides ohne Verzögerung erfolgt (BSG, a.a.O. Juris RdNr. 25).

b. Danach ist zwar grundsätzlich auf den zuerkannten Beginn des Leistungsanspruchs abzustellen. Dies wäre hier der 01.09.2009 als Beginn der dem Kläger bewilligten Grundsicherungsleistungen. Auf diesen Zeitpunkt kann sich der Beigeladene aber im vorliegenden Fall nicht berufen. Denn er hat den Zeitpunkt des Leistungsbeginns zu Unrecht auf den 01.09.2009 hinausgeschoben und zwar erkennbar mit dem Ziel, entgegen dem Zweck des [§ 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V](#) eine Verschiebung der Leistungsverantwortung zu Lasten der Beklagten zu bewirken.

Ausweislich des Aktenvermerks in den Akten des Beigeladenen über die Vorsprache des Klägers vom 20.08.2009 wurde dieser für die Zeit zwischen der Einreise und dem Leistungsbeginn der Grundsicherung darauf verwiesen, seine Unterkunft sowie seine Verpflegung durch Rückgriff auf die vor seiner Einreise in die Bundesrepublik Deutschland erhaltene Zahlung des u. Rentenversicherungsträgers in Höhe von sechs Monatsbeträgen der u. Rente selbst zu finanzieren. Aus dem Aktenvermerk geht hervor, dass im Hinblick auf diese Eigenmittel, die dem Kläger zum Lebensunterhalt zur Verfügung stehen würden, "im Einvernehmen" mit dem Kläger vereinbart worden sei, die Grundsicherungsleistungen ab dem 01.09.2009 zu bewilligen. Hieraus wurde sodann in dem Aktenvermerk die Folgerung gezogen und festgehalten, dass bezüglich des Krankenversicherungsschutzes somit einer Aufnahme in eine gesetzliche Krankenversicherung (freiwillige KV/Pflichtvers. [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#)) nichts im Wege stehe.

Der Kläger hat damit tatsächlich in der Zeit zwischen der Einreise am 27.07.2009 und dem Erhalt der Grundsicherungsleistungen ab 01.09.2009 aus eigenen Mitteln gelebt und nicht nur - worauf die Beklagte bisher abgestellt hatte - "indirekt" laufende Leistungen nach dem SGB XII erhalten.

Das Vorgehen des Beigeladenen gibt zu erkennen, dass der Kläger in manipulativer Weise allein zu dem Zweck des Hinausschiebens des Leistungseintritts der Grundsicherungsleistungen auf den Verbrauch eigener Mittel verwiesen wurde, wobei von Seiten des Beigeladenen von vorneherein die Auswirkungen auf die Begründung der Pflichtversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) ins Auge gefasst worden waren. Nicht anders ist der Hinweis im Aktenvermerk vom 20.08.2009 zu verstehen, dass "somit" einer Aufnahme in die gesetzliche Krankenversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) "nichts mehr im Wege" stehe. Damit hat der Beigeladene dem Kläger seinen Leistungsanspruch, der ihm als Kontingentflüchtling ab dem Zeitpunkt der Einreise zugestanden hätte - worauf die Beklagte zutreffend hingewiesen hat -, in rechtswidriger Weise vorenthalten. Denn es fehlt an jeglicher Prüfung durch den Beigeladenen dazu, in welcher Höhe dem Kläger überhaupt eigene Mittel zur Verfügung standen und ob er nach [§§ 41, 90 SGB XII](#) verpflichtet war, diese zum Bestreiten seines Lebensunterhalts einzusetzen. Von Seiten des Beigeladenen wurde lediglich erfragt, ob der Kläger eine Rentenzahlung des ukrainischen Rentenversicherungsträgers erhalten hat und sodann einvernehmlich mit dem Kläger vereinbart, dass er davon seinen Lebensunterhalt bis zum 01.09.2009 bestreiten sollte. Der Kläger war aber nur in den nach [§§ 41, 90 Abs. 2 Nr. 9 SGB XII](#) vorgegebenen Grenzen zum Einsatz seines Vermögens verpflichtet. Der Selbstbehalt eines kleineren Barbetrages i.S.v. [§ 90 Abs. 2 Nr. 9 SGB XII](#) beläuft sich nach [§ 1 Abs. 1 a](#)) der Durchführungsverordnung (Barbetragsverordnung -BarBetrV-) für über 60jährige auf 2.600 EUR und ist nach [§ 2 Abs. 1 BarBetrV](#) sogar noch zu erhöhen, wenn im Einzelfall eine besondere Notlage besteht. Eine Notlage ist im Falle der Einreise eines Kontingentflüchtlings zweifelsohne anzunehmen. Der Zahlbetrag von sechs Monatsrenten der ukrainischen Rente von 620 EUR mit nach Abzug der Flugkosten von 70 EUR noch verbliebenen und mitgebrachten 550 EUR liegt weit unter dem zulässigen Selbstbehalt von 2.600 EUR. Insoweit muss sich der Beigeladene entgegen halten lassen, dass er die genaue Höhe der verfügbaren Mittel des Klägers gar nicht ermittelt hat, sondern im Wege eines "Deals" im Hinblick auf irgendwelche vom Kläger noch einzusetzenden Geldbeträge den Leistungsbeginn der Grundsicherung hinausgeschoben hat. Nach [§ 90 Abs. 2 Nr. 9 SGB XII](#) sollen dem Sozialhilfeempfänger aber derartige kleinere Barbeträge gerade belassen bleiben und nicht für den allgemeinen Lebensunterhalt aufgewendet werden müssen. Der Kläger hätte deshalb nicht darauf verwiesen werden dürfen, zunächst seine eigenen - geringen - Mittel zu verbrauchen, um erst dann - völlig mittellos - Grundsicherungsleistungen zu erhalten. Dass dem Kläger bereits nach kurzer Zeit des Aufenthalts in Deutschland keinerlei finanzielle Mittel mehr zur Verfügung standen, ergibt sich aus seinen Schreiben an den Beigeladenen vom 03.09.2009 und vom 10.09.2009, in denen er darauf verweist, kein Geld für Verpflegung und Unterkunft mehr zu haben.

Der Beigeladene muss sich deshalb entgegenhalten lassen, den Kläger zu Unrecht zum Einsatz der ihm zur Verfügung stehenden Eigenmittel veranlasst zu haben. Diese waren bei der Bewilligung der Grundsicherung nicht zu berücksichtigen, so dass der Kläger nicht darauf hätte verwiesen werden dürfen, die Unterkunft und seine Verpflegung in den ersten Wochen nach seiner Einreise in die Bundesrepublik aus diesen Mitteln zu bestreiten. Das Hinausschieben des Beginns der Grundsicherungsleistungen auf den 01.09.2009 ist damit zu Unrecht erfolgt. Der Kläger war als Kontingentflüchtling ab dem Beginn seiner Einreise in die Bundesrepublik auf Sozialhilfeleistungen einschließlich Leistungen der Krankenhilfe angewiesen und hatte somit zum Zeitpunkt der Erteilung der Niederlassungserlaubnis am 04.08.2009 einen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall.

Dieser Anspruch stand der Aufnahme in die Pflichtversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) bei der Beklagten entgegen. 3. Einen Anspruch auf Aufnahme in die Pflichtversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) bei der Beklagten kann der Kläger auch nicht aus dem sozialrechtlichen Herstellungsanspruch herleiten. Anhaltspunkte für die vom Kläger behauptete Falschberatung durch die Beklagte vermag der Senat auch im Ansatz nicht zu erkennen. Bezeichnenderweise geht die Geltendmachung eines solchen Anspruchs im Übrigen auf die Einflussnahme des Beigeladenen zurück, wie sich aus einem Gesprächsvermerk vom 25.08.2011 über ein Telefonat zwischen der Kläger-Vertreterin und einem Mitarbeiter des Beigeladenen ergibt.

IV.

Da der Überprüfungsbescheid der Beklagten vom 15.02.2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 15.04.2011 rechtmäßig war, hätte das Sozialgericht die Beklagte nicht verpflichten dürfen, ihren Bescheid vom 18.11.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 05.02.2011 für die Zeit ab dem 18.02.2011 abzuändern. Die Berufung der Beklagten ist deshalb begründet und das Urteil des Sozialgerichts abzuändern. Die Klage war in vollem Umfang abzuweisen.

V.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2014-03-28