

L 1 KR 122/13

Land
Hamburg
Sozialgericht
LSG Hamburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Hamburg (HAM)
Aktenzeichen
S 6 KR 805/12
Datum
24.07.2013
2. Instanz
LSG Hamburg
Aktenzeichen
L 1 KR 122/13
Datum
15.06.2015
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Das Urteil des Sozialgerichts vom 24. Juli 2013 und der Bescheid der Beklagten vom 14. Oktober 2011 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26. Juni 2012 werden aufgehoben. Die außergerichtlichen Kosten des Verfahrens trägt die Beklagte. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger möchte mit seiner Klage erreichen, bei der Beklagten pflichtversichertes Mitglied in der Krankenversicherung und in der Pflegeversicherung zu sein.

Der Kläger ist am xxxxx 1953 geboren. Von 1969 bis 1985 war er bei der Rechtsvorgängerin der Beklagten gesetzlich pflichtversichert. Von 1986 bis 2011 war er als hauptberuflich selbstständig Erwerbstätiger bei der Deutschen Krankenversicherung AG – DKV – privat krankenversichert. Zum 1. Mai 2011 nahm er eine abhängige Beschäftigung bei der Firma F. als Kurier auf, die ihn am 7. Juli 2011 bei der Beklagten zur gesetzlichen Pflichtversicherung anmeldete. Im Anschluss daran übersandte die Beklagte dem Kläger eine Versichertenkarte und eine Mitgliedsbescheinigung. Die Beklagte wandte sich daraufhin mit Schreiben vom 25. Juli 2011 an den Kläger, indem sie ihm mitteilte, dass Beschäftigte, die das 55. Lebensjahr vollendet haben, bestimmte Vorversicherungszeiten erfüllen müssten, um Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung zu werden. Damit die Beklagte feststellen könne, ob diese Voraussetzungen im Fall des Klägers gegeben seien, benötigten sie seine Angaben auf dem beigegeführten Formular, dass der Kläger bitte innerhalb einer Woche zurückschicken möge. Daraufhin teilte der Kläger mit Schreiben vom 27. Juli 2011 der Beklagten in dem fraglichen mit "Angaben zu Versicherungszeiten der letzten 5 Jahre" überschriebenen Formular mit, dass er vom 1. April 1969 bis 11. Dezember 1985 Mitglied bei der IKK H. und vom 1. März 1986 bis Juli 2011 Mitglied bei der DKV gewesen sei. Im Zeitraum vom 1. März 1986 bis März 2011 sei er hauptberuflich selbstständig erwerbstätig gewesen.

Nachdem der Kläger trotz seiner neuen unselbstständigen Tätigkeit weiterhin bei der privaten Krankenversicherung Mitglied blieb und die monatlichen Beiträge entrichten musste, wandte er sich an diese und an die Beklagte, um seinen - gesetzlichen - Krankenversicherungsstatus zu klären. Der Kläger hatte zuvor bereits in Erfahrung gebracht, dass er für die außerordentliche Kündigung seiner Mitgliedschaft bei der DKV eine Bescheinigung seiner neuen (gesetzlichen) Krankenversicherung über die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung vorlegen müsse, da die Kündigungsfristen bei der privaten Krankenversicherung sich ansonsten an denen einer ordentlichen Kündigung orientieren und damit deutlich verlängern würden.

Mit diesem Anliegen begab sich der Kläger noch am 29. Juli 2011 (einem Freitag) zur Geschäftsstelle der Beklagten und bat um Ausstellung der fraglichen Bescheinigung. Diese wurde ihm daraufhin von der Mitarbeiterin M.D. an der Loge im Eingangsbereich der Geschäftsstelle der Beklagten ausgehändigt. Auf der Bescheinigung fand sich die Überschrift: "Bescheinigung über Zeiten der Mitgliedschaft", des Weiteren die (neue) Krankenversicherungsnummer des Klägers und der folgende, von Frau D. unterschriebene, Text:

"Sehr geehrter Herr,

wunschgemäß bestätigen wir Ihnen die folgenden Versicherungszeiten:

vom bis Art des Versicherungsverhältnisses 01.05.2011 laufend Versicherungspflicht

Zeiten seit 1. Januar 1995 schließen die soziale Pflegeversicherung ein.

Freundliche Grüße M.D."

Mithilfe dieser Bescheinigung gelang es dem Kläger die private Krankenversicherung bei der DKV außerordentlich zu kündigen.

Mit Schreiben vom 15. September 2011 hörte die Beklagte den Kläger zu ihrer Absicht an, ihn mit der Beschäftigung bei der Firma F. seit dem 1. Mai 2011 für versicherungsfrei in der Krankenversicherung und nicht versicherungspflichtig in der Pflegeversicherung anzusehen. Nachdem der Kläger sich hierauf nicht äußerte, erließ die Beklagte am 14. Oktober 2011 den angefochtenen Bescheid, mit dem sie dem Kläger unter Hinweis auf die Vollendung seines 55. Lebensjahres und dem Umstand, dass er in der Zeit vom 1. Mai 2006 bis 30. April 2011 nicht gesetzlich versichert und aufgrund seiner selbständigen Erwerbstätigkeit nicht versicherungspflichtig gewesen sei, mitteilte, in seiner Beschäftigung bei der fraglichen Firma seit dem 1. Mai 2011 in der Krankenversicherung versicherungsfrei und in der Pflegeversicherung nicht versicherungspflichtig zu sein.

Hiergegen erhob der Kläger durch seinen Bevollmächtigten mit Schreiben vom 28. Oktober 2011 Widerspruch und bat um Bestätigung, dass er zu unveränderten Bedingungen Versicherungsschutz bei der Beklagten genieße. Der Kläger hielt seinen Widerspruch auch auf ein Schreiben vom 21. November 2011, mit dem die Beklagte darauf hinwies, dass er alle in [§ 5 Abs. 5](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – SGB V – genannten Voraussetzungen erfülle, nach denen er seit dem 1. Mai 2011 in der Krankenversicherung versicherungsfrei und in der Pflegeversicherung nicht versicherungspflichtig sei, aufrecht und begründete dies damit, dass der Verweis auf [§ 5 Abs. 5 SGB V](#) nicht zutreffend sei, da dieser lediglich die selbständige Tätigkeit betreffe. Es komme hinzu, dass die Beklagte mit Schreiben vom 29. Juli 2011 die versicherungspflichtige Mitgliedschaft bestätigt habe. Darauf habe der Kläger vertraut und die vorher bestehende Versicherung beendet. Selbst wenn die Entscheidung vom 29. Juli 2011 fehlerhaft gewesen sein sollte, entfalle die Versicherungspflicht nicht. Deren Begründung stelle einen begünstigenden Verwaltungsakt dar, welcher nicht aufgehoben werden könne, da die Voraussetzungen der [§§ 44](#) ff SGB X nicht vorlägen.

Mit Bescheid vom 26. Juni 2012 wurde der Widerspruch zurückgewiesen. Zur Begründung führte die Beklagte aus, dass mit der Aufnahme der abhängigen Beschäftigung bei der Firma F. die gesetzliche Krankenversicherungspflicht zwar dem Grunde nach entstanden sei. Nach [§ 6 Absatz 3a SGB V](#) seien Personen, die nach Vollendung des 55. Lebensjahres versicherungspflichtig würden, versicherungsfrei, wenn sie in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Versicherungspflicht nicht gesetzlich versichert gewesen seien. Weitere Voraussetzung sei, dass diese Personen mindestens die Hälfte der Zeit versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder nach [§ 5 Abs. 5 SGB V](#) nicht versicherungspflichtig gewesen seien. Nach [§ 6 Absatz 3a SGB V](#) sei der durch die Versicherungspflicht begründete Eintritt in das System der gesetzlichen Krankenversicherung für über 55-jährige Personen ausgeschlossen, wenn sie keinen ausreichenden Bezug zur gesetzlichen Krankenversicherung nachweisen könnten. Ältere, zuvor langjährig privat versicherte Personen seien von diesem Zeitpunkt an als versicherungsfrei anzusehen. Der Gesetzgeber habe damit eine klare Abgrenzung zwischen gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen schaffen und dem Schutz der Solidargemeinschaft der gesetzlich Versicherten dienen wollen. Er folge dabei dem Grundsatz, dass versicherungsfreie Personen, die sich frühzeitig für eine Absicherung in der privaten Krankenversicherung entschieden hätten, diesem System auch im Alter angehören sollten. Dies gelte auch für den Kläger, der zum Zeitpunkt der Aufnahme seiner jüngsten unselbständigen Beschäftigung bereits 57 Jahre alt gewesen sei und davor seit 1986 hauptberuflich selbständig erwerbstätig und bei der DKV privat krankenversichert gewesen sei. Er sei danach auch in den letzten 5 Jahren vor Eintritt der Versicherungspflicht von Mai 2006 bis April 2011 privat krankenversichert gewesen. In dieser Zeit habe zudem keine Versicherungspflicht bestanden, da der Kläger hauptberuflich selbständig erwerbstätig gewesen sei.

Hiergegen hat der Kläger am 18. Juni 2012 Klage erhoben. Zur Begründung hat er vorgetragen, dass die Beklagte die Mitgliedschaft des Klägers nach [§ 175 SGB V](#) ab Antragstellung bestätigt und dem Kläger die Versicherungskarte übersandt habe. Er habe deshalb auf eine wirksame Mitgliedschaft vertraut und die zuvor bestehende private Krankenversicherung gekündigt. Die Bestätigung der Mitgliedschaft sei ein den Kläger begünstigender Verwaltungsakt, der bestandskräftig geworden sei. Es liege auch kein Grund vor, diesen aufzuheben. Der Kläger habe auch auf die Wirksamkeit der von der Beklagten bestätigten Mitgliedschaft vertraut und die private Krankenversicherung gekündigt, die er, da er die dortige Anwartschaft verloren habe, nur zu geänderten (schlechteren) Bedingungen wieder neu abschließen könne. Er müsse daher so gestellt werden, als sei die Mitgliedschaft bei der Beklagten wirksam. Der Kläger wies noch daraufhin, dass seine Mitgliedschaft bei der Beklagten bereits zum 1. Mai 2011 begründet worden sei. Die Beklagte habe daher bis Juli 2011 hinreichend Zeit gehabt, die Rechtmäßigkeit der Mitgliedschaft zu prüfen. Sie habe den Kläger auch zu keiner Zeit auf die erforderliche Prüfung hingewiesen, sondern die Mitgliedschaft vorbehaltlos akzeptiert. Darauf habe der Kläger vertrauen dürfen.

Die Beklagte trug zu ihrem Klageabweisungsantrag vor, dass es sich bei dem fraglichen Schreiben vom 29. Juli 2011 nur um die Bescheinigung der laufenden Mitgliedschaft gehandelt habe. Man habe dem Kläger zuvor mit Schreiben vom 25. Juli 2011 unter Beifügung des bereits erwähnten Fragebogens erläutert, dass er, da er über 55 Jahre alt sei, bestimmte Vorversicherungszeiten erfüllen müsse, um Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung werden zu können. Das Schreiben vom 29. Juli 2011 sei – unmittelbar nach Erhalt des Auskunftsbogen des Klägers vom 27. Juli 2011 – noch während der laufenden Prüfung der Versicherungspflicht des Klägers erfolgt und habe nicht den Bescheid zur Feststellung der Versicherungspflicht oder Versicherungsfreiheit dargestellt. Es sei auch kein begünstigender Verwaltungsakt, da es keinen Bezug zu der laufenden Prüfung der Versicherungspflicht und keine Rechtsmittelbelehrung enthalten habe. Die Mitgliedsbescheinigung nach [§ 175 SGB V](#) und die Versichertenkarte habe der Kläger vorher schon erhalten gehabt. Wenn er ohne abschließende Entscheidung der Beklagten bereits die private Krankenversicherung gekündigt habe, sei dies nicht von der Beklagten zu vertreten.

Das Sozialgericht hat die Klage im schriftlichen Verfahren durch Urteil vom 24. Juli 2013 abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, dass die angefochtenen Bescheide nicht an den Regelungen über die Aufhebung begünstigender Verwaltungsakte zu messen seien, da die Beklagte über die Mitgliedschaft des Klägers zuvor nicht entschieden habe. Die Mitgliedsbescheinigung nach [§ 175 SGB V](#) stelle keinen Verwaltungsakt mit einer Regelung zur Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung dar. Auch dem Schreiben vom 29. Juli 2011 sei ein entsprechender Regelungswille der Beklagten nicht zu entnehmen. Ebenso wenig stelle die Übersendung einer Versichertenkarte einen Verwaltungsakt über das Versicherungsverhältnis dar. Der Mitgliedschaft aufgrund [§ 5 Abs. 1 Nummer 1 SGB V](#) stehe [§ 6 Absatz 3a Satz 1](#) und 2 3. Alternative SGB V entgegen, da der Kläger nach Vollendung des 55. Lebensjahres versicherungspflichtig geworden sei und in den letzten 5 Jahren vor Eintritt der Versicherungspflicht nicht gesetzlich versichert gewesen sei. Weiter werde vorausgesetzt, dass diese Person mindestens die Hälfte dieser Zeit nach [§ 5 Abs. 5 SGB V](#) nicht versicherungspflichtig gewesen sei. Dies sei

hier der Fall, da der Kläger von 1986 bis 2011 hauptberuflich selbständig erwerbstätig und damit nicht versicherungspflichtig gewesen sei.

Auch die Auffangversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nummer 13 SGB V](#) erfülle der Kläger nicht. Er sei nicht, wie in Buchstabe a der Vorschrift vorausgesetzt, zuletzt gesetzlich krankenversichert gewesen. Buchstabe b der Vorschrift greife schon deshalb nicht, weil der Kläger hauptberuflich selbständig gewesen sei.

Das Urteil wurde dem Bevollmächtigten des Klägers am 29. Juli 2013 zugestellt; am 20. August 2013 hat er die vorliegende Berufung erhoben. Zur Begründung wiederholt er die Ausführungen vor dem Sozialgericht und betont, dass das Schreiben vom 29. Juli 2011 einen begünstigenden Verwaltungsakt darstelle, weil dem Kläger dort nicht nur eine nicht näher definierte gesetzliche oder freiwillige Mitgliedschaft, sondern ausdrücklich eine laufende Versicherungspflicht bestätigt werde. Auch habe die Beklagte bis zu der fraglichen Bestätigung ausreichend Zeit gehabt, die Voraussetzungen der Versicherungspflicht beim Kläger zu prüfen. Es sei kein Grund ersichtlich, weshalb der Kläger erst Ende Juli 2011 einen Fragebogen zur Versicherungspflicht erhalten habe. Dieser hätte bereits früher übermittelt werden können. Auch hätte die Beklagte den Kläger schon früher auf eine eventuell erforderliche Prüfung der Versicherungspflicht hinweisen können. Der Kläger hätte dann nicht auf den Bestand der Versicherung vertraut und die private Krankenversicherung gekündigt. Die Beklagte habe mit dem Schreiben vom 29. Juli 2011 auch einen Vertrauenstatbestand geschaffen, aufgrund dessen der Kläger berechtigterweise habe davon ausgehen dürfen, Pflichtmitglied bei der Beklagten werden zu können; das Verhalten der Beklagten sei daher auch treuwidrig. Der Kläger sei in seinem Vertrauen auch schutzwürdig, da er ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis aufgenommen habe, welches bis heute ungekündigt sei. Er habe auch keine Erfahrungen mit der Sozialversicherungsfreiheit aufgrund vorangegangener Beschäftigungsverhältnisse gehabt, welche sein Vertrauen in die Versicherungspflicht hätten erschüttern können.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts vom 24. Juli 2013 und den Bescheid der Beklagten vom 14. Oktober 2011 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26. Juni 2012 aufzuheben.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Zur Begründung beruft sie sich auf die Ausführungen im Urteil des Sozialgerichts und wiederholt ihr bisheriges Vorbringen. Sie betont wiederum, dass das Schreiben vom 29. Juli 2011 nicht den Willen der Beklagten enthalten habe, über die Regelung zur Versicherungspflicht des Klägers abschließend zu entscheiden. Gleiches gelte für die Versendung einer Versichertenkarte oder die Mitgliedsbescheinigung nach [§ 175 SGB V](#). Auf Vertrauensschutz könne der Kläger sich nicht berufen.

Das Gericht hat am 28. Mai 2015 den Rechtsstreit mit den Beteiligten ausführlich erörtert; auf das hierzu erstellte Protokoll wird verwiesen. Die Beteiligten haben ihr Einverständnis mit einer Entscheidung des Rechtsstreits im schriftlichen Verfahren durch die Berichterstatterin als Einzelrichterin erklärt. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts wird auf das Protokoll des Erörterungstermins, den Inhalt der Prozessakte sowie die Verwaltungsakte der Beklagten, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Entscheidung konnte nach dem Erörterungstermin im schriftlichen Verfahren und durch die Berichterstatterin ergehen, da sich die Beteiligten hiermit einverstanden erklärt haben ([§ 155 Abs. 3](#) und 4, [§ 124 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz – SGG). Die statthafte, form- und fristgerecht eingelegte und auch sonst zulässige ([§§ 143, 151](#) Sozialgerichtsgesetz – SGG) Berufung ist auch begründet, das Urteil des Sozialgerichts war daher ebenso wie die angefochtenen Bescheide der Beklagten aufzuheben. 1. Die Klage ist als Anfechtungsklage zulässig, denn bei Aufhebung der angefochtenen Bescheide, würde der Kläger, durch das von ihm seiner Rechtsauffassung nach als begünstigender Bescheid zu verstehende Schreiben der Beklagten vom 29. Juli 2011 deren Pflichtmitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung geworden sein. Der Prozessbevollmächtigte konnte den Rechtsstreit auch auf die Anfechtung der entgegenstehenden Bescheide (und im Berufungsverfahren auch auf die Aufhebung des abweisenden Urteils des Sozialgerichts) beschränken und musste keine Feststellungsklage gerichtet auf die Feststellung der Versicherungspflicht bei der Beklagten erheben, denn aus den hierzu einschlägigen Vorschriften des SGB V ([§§ 5, 6 SGB V](#)) steht dem Kläger ein solcher Anspruch aufgrund seines Alters nicht zu. Bei Aufhebung der angefochtenen Entscheidungen der Beklagten bliebe es hingegen bei der – den Kläger begünstigenden – Rechtswirkung der Bescheinigung der Beklagten vom 29. Juli 2011, auf die er sich in diesem Rechtsstreit maßgeblich beruft. 2. Die gegen das Urteil des Sozialgerichts vom 20. Juli 2013 und die angefochtenen Bescheide der Beklagten gerichtete Berufung ist erfolgreich. Der Bescheid der Beklagten vom 14. Oktober 2011 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26. Juni 2012, mit dem diese festgestellt hat, dass der Kläger in der seit dem 1. Mai 2011 ausgeübten, nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) Versicherungspflicht begründenden Beschäftigung nach [§ 6 Abs. 3a SGB V](#) in der GKV versicherungsfrei ist, ist rechtswidrig, denn die Beklagte hatte sich bereits zuvor mit Schreiben vom 29. Juli 2011 dem Kläger gegenüber dergestalt gebunden, dass sie diesem in Form eines feststellenden Verwaltungsaktes mitgeteilt hatte, bei ihr pflichtversichert zu sein. 2.1. Der Kläger wäre nach den materiellen Regelungen des SGB V versicherungsfrei. Denn nach [§ 6 Abs. 3a SGB V](#) sind Personen, die nach Vollendung des 55. Lebensjahres versicherungspflichtig werden, versicherungsfrei, wenn sie in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Versicherungspflicht nicht gesetzlich versichert waren. Weitere Voraussetzung nach [§ 6 Abs. 3a S. 2 SGB V](#) ist, dass diese Personen mindestens die Hälfte dieser Zeit versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder nach [§ 5 Abs. 5 SGB V](#) nicht versicherungspflichtig waren. Der Kläger erfüllte die Voraussetzungen der Versicherungsfreiheit nach [§ 6 Abs. 3a SGB V](#) mit der seit dem 1. Mai 2011 ausgeübten Beschäftigung als angestellter Kurierfahrer. Mit Aufnahme dieser Beschäftigung wurde er erst nach Vollendung des 55. Lebensjahres, nämlich im Alter von 57 Jahren, (grundsätzlich) versicherungspflichtig. In der maßgeblichen Rahmenfrist von fünf Jahren – hier vom 1. Mai 2006 bis 30. April 2011 – war der Kläger nicht gesetzlich versichert, da weder eine Pflicht- noch eine freiwillige noch eine Familienversicherung bestand, sondern er bei der DKV als selbständig Erwerbstätiger privat krankenversichert war. 2.2. Auch ist eine dem Kläger von der Beklagten übersandte Mitgliedsbescheinigung nach [§ 175 SGB V](#) nicht geeignet, die begehrte Feststellung des Versicherungsstatus einer Versicherungspflicht zu begründen. Das Bundessozialgericht, hat zu diesem Rechtsproblem zuletzt mit Urteil vom 27. Juni 2012 (Az. [B 12 KR 11/10 R](#), Rz. 18 ff, juris) ausgeführt: "a) Eine Mitgliedsbescheinigung nach [§ 175 SGB V](#) stellt keinen Verwaltungsakt mit einer Regelung zur Versicherungspflicht in der GKV dar. Schon in der Vergangenheit hat das BSG bezüglich

Bescheinigungen über die Zugehörigkeit zur Ersatzkasse nach § 517 Abs 2 RVO entschieden, dass diese keine Regelung über die Versicherungspflicht enthalten (BSG Urteil vom 22.6.1966 - [3 RK 103/63](#) - Breithaupt 1967, 1, 2, insoweit in SozR Nr 4 zu § 2 AVG nicht abgedruckt); vielmehr bestätigten diese lediglich die Mitgliedschaft bei der Ersatzkasse und konnten auch schon ausgestellt werden, wenn (noch) keine Versicherungspflicht bestand (BSG SozR 2200 § 517 Nr 9 S 26; vgl auch [BSGE 19, 178](#) = SozR Nr 1 zu § 518 RVO; [BSGE 24, 256](#) = SozR Nr 2 zu § 518 RVO; vgl auch F. Kirchhof, VSSR 1992, 165, 170 f). Ebenso hat das BSG in sog Begrüßungsschreiben, mit denen der (vermeintliche) Beginn einer Krankenkassenmitgliedschaft mitgeteilt wurde, keinen Verwaltungsakt gesehen, mit dem die Versicherungspflicht festgestellt wurde, da die Aufnahme als Mitglied bei einer Ersatzkasse häufig vor Eintritt in eine versicherungspflichtige Beschäftigung beantragt wurde. In der Regel bestätigte die Ersatzkasse daraufhin schriftlich die Mitgliedschaft, ohne den Zeitpunkt des Eintritts in die Beschäftigung abzuwarten oder gar zu überprüfen, ob die Voraussetzungen der Versicherungspflicht tatsächlich erfüllt wurden. Das BSG hat dahinstehen lassen, ob in einem solchen Schreiben eine Ersatzkassen bindende Bestätigung über die Zugehörigkeit des Betroffenen zum aufnahmeberechtigten Personenkreis gesehen werden kann. Jedenfalls lag darin - auch aus der Sicht des die Mitgliedschaft Beantragenden - kein Verwaltungsakt über das Vorliegen der Versicherungspflicht, wenn es zur Aufnahme der vorgesehenen Beschäftigung nicht kam und die Kasse hiervon bei Abfassung des Schreibens keine Kenntnis hatte (BSG [SozR 3-2200 § 306 Nr 2 S 7](#); vgl auch BSG Urteil vom 16.10.1968 - [3 RK 8/65](#) - SGB 1969, 176, 178, insoweit in SozR Nr 61 zu § 165 RVO nicht abgedruckt; zu einem Begrüßungsschreiben bei freiwilligem Beitritt zur Unfallversicherung vgl [BSGE 23, 248](#), 251 = SozR Nr 2 zu § 539 RVO aF). Dementsprechend hat das BSG auch ein ähnliches Schreiben bei freiwilliger Weiterversicherung in der Krankenversicherung nicht als Verwaltungsakt gewertet, weil im Zeitpunkt der Erklärung der Behörde noch völlig offen war, ob das Versicherungsverhältnis überhaupt zur Entstehung gelangen würde ([BSGE 14, 104](#), 106 f = SozR Nr. 3 zu § 313a RVO). Die in der vorstehend dargestellten Rechtsprechung entwickelten Grundsätze sind auch auf die Mitgliedsbescheinigung nach [§ 175 SGB V](#) (in der hier anwendbaren Fassung durch das GKV-WSG vom 26.3.2007, [BGBl I 378](#)) anzuwenden. Diese Bescheinigung ist aus Anlass der Ausübung des Krankenkassenwahlrechts von der gewählten Krankenkasse auszustellen (zum Folgenden BSG Urteil vom 21.12.2011 - [B 12 KR 21/10 R](#) - RdNr 19, zur Veröffentlichung in SozR 4-2500 § 175 Nr 3 vorgesehen): Gemäß [§ 173 Abs 1 SGB V](#) (idF des Gesetzes zur Reform der Arbeitsförderung vom 24.3.1997, [BGBl I 594](#)) sind Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte Mitglied der von ihnen gewählten Krankenkasse, soweit nichts Abweichendes bestimmt ist. Bei Eintritt der Versicherungspflicht hat der Betroffene grundsätzlich ein Wahlrecht, jedenfalls dann, wenn innerhalb der letzten 18 Monate vor Beginn der Versicherungspflicht eine Mitgliedschaft in der GKV bei einer anderen Krankenkasse nicht bestand (vgl [§ 175 Abs 2 S 2 SGB V](#); vgl auch BSG [SozR 4-2500 § 175 Nr 2](#) RdNr 20). Nach [§ 175 Abs 1 S 1 SGB V](#) ist die Ausübung des Wahlrechts gegenüber der gewählten Krankenkasse zu erklären, die nach [§ 175 Abs 2 SGB V](#) nach Ausübung des Wahlrechts - auch bei Eintritt einer Versicherungspflicht - unverzüglich eine Mitgliedsbescheinigung auszustellen hat. Der Versicherungspflichtige hat diese unverzüglich der zur Meldung verpflichteten Stelle vorzulegen ([§ 175 Abs 3 S 1 SGB V](#)). Wird diese Bescheinigung nicht spätestens zwei Wochen nach Eintritt der Versicherungspflicht vorgelegt, so hat die zur Meldung verpflichtete Stelle den Versicherungspflichtigen ab Eintritt der Versicherungspflicht bei der Krankenkasse anzumelden, bei der zuletzt eine Versicherungspflicht bestand; bestand vor Eintritt der Versicherungspflicht keine Versicherung, hat die zur Meldung verpflichtete Stelle den Versicherungspflichtigen ab Eintritt der Versicherungspflicht bei einer nach [§ 173 SGB V](#) wählbaren Krankenkasse anzumelden und den Versicherungspflichtigen unverzüglich über die gewählte Krankenkasse zu unterrichten ([§ 175 Abs 3 S 2 SGB V](#)). Für die Fälle, in denen eine Mitgliedsbescheinigung nicht vorgelegt wird und keine Meldung erfolgt, legen die Spitzenverbände der Orts-, Betriebs-, Innungs- und Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich Regeln über die Zuständigkeit fest ([§ 175 Abs 3 S 3 SGB V](#); s Ziff 5.4 der Gemeinsamen Verlautbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Krankenkassenwahlrecht vom 6.3.2007). Zudem haben die Spitzenverbände nach [§ 175 Abs 6 SGB V](#) ua einen Vordruck für die Mitgliedsbescheinigungen festzulegen (für den Ausstellungszeitpunkt der hier streitigen Bescheinigung s Anlage 1 der Gemeinsamen Verlautbarung vom 6.3.2007). Bei diesem einfachen Verfahren bleibt es stets, wenn überhaupt erstmals eine Krankenkasse zu wählen ist oder die frühere Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse mehr als 18 Monate vor Beginn der Versicherungspflicht geendet hat. Will demgegenüber ein Versicherungspflichtiger bei unverändertem Fortbestehen des schon bisher Versicherungspflicht begründenden Sachverhalts an Stelle der bisherigen einer anderen Krankenkasse beitreten, ist dies nur im Rahmen eines mehrgliedrigen Verfahrens möglich, das die Begründung der neuen Mitgliedschaft mit der Lösung der unmittelbar vorangehenden bei einer anderen Krankenkasse verzahnt (vgl BSG [SozR 4-2500 § 175 Nr 2](#) RdNr 20 f). [§ 175 Abs 4 SGB V](#) erfordert hierzu zunächst die Kündigung der Mitgliedschaft (Satz 2), woraufhin die bisherige Krankenkasse unverzüglich eine Kündigungsbestätigung auszustellen hat (Satz 3). Erst nach deren Vorlage kann die gewählte neue Krankenkasse ihrer Pflicht zur unverzüglichen Ausstellung einer Mitgliedsbescheinigung nachkommen (Abs 2 S 2). Schließlich wird die Kündigung erst dann wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei der neuen Krankenkasse durch diese Mitgliedsbescheinigung nachweist (Abs 4 S 4; hierzu BSG Urteil vom 9.11.2011 - [B 12 KR 3/10 R](#)). Der Senat braucht nicht zu entscheiden, ob einer Bescheinigung nach [§ 175 SGB V](#) generell keine Verwaltungsaktqualität zukommt. Denn bereits nach ihrem typischen, auch vorliegend verwendeten Wortlaut stellt eine solche Bescheinigung allenfalls die getroffene Krankenkassenwahl fest, nicht jedoch die - vorliegend allein streitgegenständliche - Versicherungspflicht (so auch LSG Baden-Württemberg Urteile vom 1.3.2011 - [L 11 KR 2278/09](#) - sowie vom 28.2.2003 - [L 4 KR 4661/01](#); wohl auch Blöcher in jurisPK-SGB V, 2. Aufl 2012, § 175 RdNr 28, wonach der Regelungsgehalt der Bescheinigung sich auf die Abgabe einer wirksamen Wahlrechtserklärung durch den Wählenden beziehen soll; einen Verwaltungsakt ablehnend Kokemoor, SGB 2003, 433, 439; Aufschiebend bedingter Verwaltungsakt oder Inhalt auf die Aussage zur Wählbarkeit der angegangenen Krankenkasse beschränkt: K. Peters in Kasseler Komm, Stand Einzelkommentierung April 2012, [§ 175 SGB V](#) RdNr 22; im Einzelfall aA zu einem Begrüßungsschreiben LSG Nordrhein-Westfalen Urteil vom 18.1.2007 - [L 16 KR 227/06](#); zu einer "Bescheinigung" LSG Rheinland-Pfalz Beschluss vom 10.2.2004 - [L 1 ER 4/04 KR - NZS 2005, 167](#); die Mitgliedschaft feststellender Verwaltungsakt: Sonnhoff in Hauck/Noftz, SGB V, Stand 4/2012, K § 175 RdNr 22). Entscheidend ist insoweit, ob mit der Mitgliedsbescheinigung iS von [§ 31 S 1 SGB X](#) eine Regelung mit Rechtswirkung nach außen bezüglich der Versicherungspflicht in der GKV getroffen wird. Dabei ist für die Auslegung der Bescheinigung maßgebend, wie der Empfänger sie ihrem objektiven Sinngehalt nach verstehen durfte. Auszugehen ist vom Empfängerhorizont eines verständigen Beteiligten, der die Zusammenhänge berücksichtigt, welche die Behörde erkennbar in ihre Entscheidung einbezogen hat ([BSGE 108, 86](#) = SozR 4-1500 § 54 Nr 21, RdNr 18 mwN; Engelmann in von Wulffen, SGB X, 7. Aufl. 2010, § 31 RdNr 26 mwN). Nach diesem Maßstab stellt eine Mitgliedsbescheinigung nach [§ 175 SGB V](#) in der durch die Spitzenverbände der Krankenkassen festgelegten Form (Anlage 1 der Gemeinsamen Verlautbarung vom 6.3.2007) keinen Verwaltungsakt zur Frage der Versicherungspflicht in der GKV dar." Dem schließt der Senat sich an, so dass der Kläger hieraus keine Rechte im hier verfolgten Sinne begründen kann. 2.3. Auch in der an den Kläger (mit Schreiben vom 26. Juli 2011) erfolgten Übersendung der Krankenversichertenkarte durch die Beklagte war nicht konkludent die Feststellung der Versicherungspflicht des Klägers enthalten. Ebenso wie die Ausstellung einer Mitgliedsbescheinigung stellt die Übersendung einer Krankenversichertenkarte regelmäßig keine Feststellung der Versicherungspflicht durch Verwaltungsakt dar (so auch BSG, Urteil vom 7.12.2000, Az. [B 10 KR 3/99 R](#), Rn. 35; LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 4.8.2005, Az. [L 9 KR 136/03](#), Rn. 22, beide juris), denn die Versichertenkarte dient nach [§ 15 Abs. 2 SGB V](#) zum Nachweis der Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen der Beklagten. Sie hat den Charakter eines Ausweispapieres, um Leistungen der gesetzlichen

Krankenversicherung zu erhalten (vgl. Noftz in Hauck/Noftz, Kommentar zum SGB V, § 15 Rn. 18). Eine darüberhinausgehende Bedeutung kommt ihr nicht zu. Der Kläger konnte aus der Versichertenkarte daher nicht schlussfolgern, dass diese konkludent seine Versicherungspflicht bei der Beklagten feststellte (so auch LSG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 17.10.2013, Aktenzeichen [L 5 KR 281/12](#), Rn. 24, juris). 2.4. Der Kläger kann sich jedoch auf einen ihm gegenüber zuvor ergangenen, begünstigenden Bescheid, der seine Pflichtversicherung bei der Beklagten feststellt, berufen. Einzig hierfür in Betracht kommt das Schreiben der Beklagten vom 29. Juli 2011, das dem Kläger "vom 1. Mai 2011 bis laufend Versicherungspflicht" als "Bescheinigung über Zeiten der Mitgliedschaft" bescheinigt. Mit diesem Schreiben ist dem Kläger eine – feststellende – Entscheidung bekannt gemacht worden, die seine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung regelt. Denn die Bescheinigung hat jedenfalls im Kontext des Geschehensablaufs, wie er sich dem Kläger dargestellt hat, die Qualität eines – feststellenden – Verwaltungsakts im Sinne von [§ 31 Satz 1 SGB X](#) (vgl. zu einem vergleichbaren Fall einer irrtümlich ausgestellten Bescheinigung einer Familienversicherung in der GKV: LSG NRW, Urteil vom 31.10.2007, Az. [L 11 KR 92/06](#), juris). Gemäß [§ 31 S. 1 SGB X](#) ist ein Verwaltungsakt jede Verfügung, Entscheidung oder andere hoheitliche Maßnahme, die eine Behörde zur Regelung eines Einzelfalles auf dem Gebiet des öffentlichen Rechtes trifft und die auf unmittelbare Rechtswirkung nach außen gerichtet ist. Eine Regelungswirkung kommt nur solchen hoheitlichen Maßnahmen zu, die darauf gerichtet sind, eine Rechtsfolge zu setzen, also ein subjektives Recht festzustellen oder zu beseitigen oder eine Pflicht zu begründen (vgl. Mutschler, in Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, 79. Ergänzungslieferung 2013, [§ 31 SGB X](#) Rn. 14). Zwar deutet das Schreiben vom 29. Juli 2011 der äußeren Form nach nicht auf den Erlass eines Verwaltungsakts, weil es nicht in der klassischen Form mit Entscheidungssatz über die Versicherungs- (und Beitrags-) Pflicht, Prüfung des maßgeblichen Sachverhalts unter Nennung der entscheidungserheblichen Normen und Rechtsbehelfsbelehrung aufgemacht ist. Dem Schreiben ist aber, gemessen an dem maßgeblichen Horizont des kundigen Empfängers, die hier entscheidende Feststellung der Versicherungspflicht des Klägers für den Zeitraum ab Aufnahme der abhängigen Beschäftigung als Kurierfahrer zu entnehmen. Verwaltungsakte sind unter entsprechender Anwendung der Grundsätze über die Auslegung von Willenserklärungen auszulegen. Die Qualifizierung als Verwaltungsakt richtet sich dabei nicht danach, von welcher Vorstellung die Behörde ausgegangen ist. Maßgeblich ist vielmehr in Anwendung der für die Auslegung von Willenserklärungen maßgeblichen Grundsätze der objektive Sinngehalt ihrer Erklärung, d.h. wie der Empfänger die Erklärung bei verständiger Würdigung nach den Umständen des Einzelfalles objektiv verstehen musste. Abzustellen ist auf den Empfängerhorizont eines verständigen Beteiligten, der in Kenntnis der tatsächlichen Zusammenhänge den wirklichen Willen der Behörde erkennen kann (Engelmann in von Wulffen/Schütze, Kommentar zum SGB X, 8. Aufl. 2014, § 31 Rn. 25). Vorliegend hat die Beklagte am 29. Juli 2011 dem Kläger ein Schreiben ausgestellt, welches sie mit der Überschrift "Bescheinigung über Zeiten der Mitgliedschaft" überschrieben hat. Eine Bescheinigung ist eine Urkunde, die eine Aussage über eine Person oder ein anderes Dokument beinhaltet (vgl. Wikipedia, zum Begriff Bescheinigung, Internetrecherche). Die von der Beklagten in der Überschrift des Schreibens verwandte Formulierung "Bescheinigung über Zeiten der Mitgliedschaft" muss noch keine Entscheidung der Krankenkasse über die Feststellung der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung, "die eine Behörde zur Regelung eines Einzelfalles auf dem Gebiet des öffentlichen Rechtes trifft und die auf unmittelbare Rechtswirkung nach außen gerichtet ist" ([§ 31 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#)) enthalten. Allerdings findet sich in der Bescheinigung die Formulierung, dass für den Kläger wunschgemäß folgende Versicherungszeiten bestätigt würden: "vom 1.5.2011 bis laufend" und "Art des Versicherungsverhältnisses Versicherungspflicht". Aus der Sicht des Klägers ist mit diesem Satz eine Regelung über das vor der Erstellung des Schreibens noch offene Verfahren zur Prüfung der (gesetzlichen) Versicherungspflicht des Klägers getroffen worden ist. Abzustellen ist dabei nicht auf den subjektiven Eindruck des Klägers sondern auf den Empfängerhorizont eines verständigen Beteiligten, der die Zusammenhänge berücksichtigt, welche die Behörde erkennbar in ihre Entscheidung einbezogen hat (BSG, Urteil vom 27.6.2012, a.a.O., Rz. 21, mwN). Auch bei Zugrundelegung der Zusammenhänge, die unter Zugrundelegung des Sachverhalts und im Kontext der Verfahrensabläufe zu werten sind und wie sie sich einem verständigen, die Zusammenhänge berücksichtigenden Beteiligten darstellen, konnte der Kläger nur davon ausgehen, dass mit der Bescheinigung die von ihm gerade in der Situation benötigte Regelung über seine gesetzliche Versicherungspflicht getroffen worden war und ihm gegenüber mitgeteilt werden sollte. Eher fernliegend ist die Erwartung der Beklagten, dass der Kläger hätte erkennen können, dass die Bescheinigung entgegen ihrem Wortlaut eine Versicherungspflicht nicht bescheinigen, sondern – so die Beklagte – nur die im EDV-System der Beklagten gespeicherte und noch ungeprüfte Anmeldung seines Arbeitgebers bei der Beklagten wiedergeben sollte. Maßgebend hierfür ist der Ablauf der Geschehnisse, wie sie sich im Laufe des Juli 2011 abgespielt haben. Zur Überzeugung des Gerichts konnte auch ein verständiger Empfänger der fraglichen Bescheinigung, die dem Kläger auf dessen Bitte hin am Tag von deren Ausstellung persönlich bei der Geschäftsstelle der Beklagten ausgehändigt wurde – um seine private Krankenkasse noch fristgemäß kündigen zu können – nur so verstehen, dass es sich bei der Formulierung "vom 1.5.2011 bis laufend Versicherungspflicht" um das Ergebnis einer Prüfung seines Versicherungsstatus durch die Beklagte gehandelt hat. Dafür spricht der Geschehensablauf in diesem Fall: Das Gericht geht nach den Schilderungen des Geschehens im Juli 2011 und dem authentischen Eindruck, den der Kläger im Erörterungstermin hinterlassen hat, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon aus, dass der Kläger das Formular "Angaben zu Versicherungszeiten der letzten fünf Jahre" unmittelbar nach dessen Ausfüllung am 27. oder 28. Juli 2011 bei der Beklagten eingereicht hat, so dass er am 29. Juli 2011 davon ausgehen durfte, dass die Beklagte seine Angaben bereits erhalten und verarbeitet hatte. Auf diesbezügliche konkrete Nachfragen des Gerichts hat der Kläger sich an den Vorgang im Detail zwar – verständlicherweise – nicht mehr erinnern können. Er führte dazu aber aus: "Üblicherweise machen wir das mit der Post. Weil die IKK bei uns um die Ecke liegt ist es aber auch öfter vorgekommen, dass ich direkt hingefahren und es dort eingesteckt habe." Mit Blick auf den drohenden Ablauf der Kündigungsfrist bei der privaten Krankenversicherung hält es das Gericht für überwiegend wahrscheinlich, dass der Kläger das durch ihn ausweislich seiner handschriftlichen Datumsangabe am 27. Juli 2011 ausgefüllte Formular sofort bei der Beklagten eingereicht hat. Denn der Kläger hat im Erörterungstermin beschrieben, damals zeitlich unter Druck gestanden zu haben, da die private Krankenversicherung ihn nur entlassen – und ihm damit die Entrichtung weiterer Versicherungsbeiträge ersparen – wollte, wenn er die Bescheinigung über die Versicherungspflicht bei der Beklagten rechtzeitig vor Fristablauf vorlegte. An die Daten konnte der Kläger sich im Einzelnen nicht mehr erinnern, was nach Ablauf von 4 Jahren auch nachvollziehbar ist. Es dürfte aber damals aus der Perspektive des Klägers bereits zu einer unbeabsichtigten zeitlichen Parallelität der Mitgliedschaft bei einer privaten und gesetzlichen Krankenversicherung für den Kläger gekommen sein. Dieser erinnerte sich im Erörterungstermin daran, dass er noch 2 Monate Beiträge an die DKV habe zahlen müssen. Das deckt sich zum einen damit, dass der Kläger zum 1. Mai 2011 bei der Firma F. angestellt worden war, diese den Kläger jedoch erst am 7. Juli 2011 bei der Beklagten elektronisch gemeldet hatte und zum anderen mit den rechtlichen Rahmenbedingungen, denn [§ 205 Abs. 2](#) Versicherungsvertragsgesetz lautet: "Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes kranken- oder pflegeversicherungspflichtig, kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskosten-, eine Krankentagegeld- oder eine Pflegekrankenversicherung sowie eine für diese Versicherungen bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer dem Versicherer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer die Prämie

nur bis zu diesem Zeitpunkt zu. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist." Der Kläger befand sich daher im Juli 2011 – nahezu 3 Monate nach Aufnahme seiner Beschäftigung – unter Zeitdruck, der Beklagten die per Formular erbetenen Angaben zu übermitteln, um den für die Kündigung notwendigen Nachweis der bei der Beklagten bestehenden gesetzlichen Versicherungspflicht bei der DKV vorzulegen und damit weitere Beiträge an die DKV abzuwenden. Vor diesem Hintergrund wird auch deutlich, warum eine Mitgliedsbescheinigung nach [§ 175 SGB V](#) nicht ausgereicht hätte, um die außerordentliche Kündigung durchzusetzen. Denn die versicherungsvertraglichen Regelungen erfordern ausdrücklich den Nachweis der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht. Das Gericht hält es daher für überzeugend, dass der Kläger das Formular umgehend, nachdem er es ausgefüllt hatte, bei der Beklagten abgegeben hat, sodass er am 29. Juli 2011 davon ausgehen konnte, dass die Beklagte seine Angaben – wenn auch sehr schnell – bereits verarbeitet hatte und die fragliche Bescheinigung in diesem Wissen ausstellte. Die Bedeutung seiner Formularangaben für die Bescheinigung dürfte dem Kläger auch bewusst gewesen sein, denn die Beklagte hatte ihm das fragliche Formular unter Beifügung ihres (Formular-) Schreibens vom 25. Juli 2011 übersandt, in dem sie ihn bereits darüber in Kenntnis gesetzt hatte, dass Beschäftigte, die (wie der Kläger) das 55. Lebensjahr vollendet haben, bestimmte Voraussetzungen erfüllen müssen, um Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung zu werden und erst die Rücksendung des beigefügten und vom Kläger ausgefüllten Formulars die Beklagte in die Lage versetzen würde, diese Voraussetzungen zu prüfen. Entsprechend hat der Kläger auch im Erörterungstermin beschrieben, dass er und seine Frau bereits "Sorge hatten, ob das mit der Pflichtversicherung auch klappt". Vor diesem Hintergrund und in diesem Gesamtkontext konnte und durfte der Kläger die fragliche Bescheinigung vom 29. Juli 2011 so verstehen, dass die gesetzliche Versicherungspflicht für ihn bestand. Nachdem dem Kläger die Bescheinigung am 29. Juli 2011 ausgehändigt worden war, hat der Kläger auf deren Inhalt vertrauend auch seine private Krankenversicherung gekündigt. Die ihm über die Jahre der Mitgliedschaft entstandenen Anwartschaften sind ihm daher damals verloren gegangen. Eine Rückkehr in die private Krankenversicherung unter Zugrundelegung der alten Anwartschaften wäre daher heute nicht mehr möglich mit der Folge, dass der zu erhebende Krankenversicherungsbeitrag bei der privaten Krankenversicherung aufgrund des fortgeschrittenen Alters des Klägers außerordentlich hoch wäre. Die Beklagte hat den Bescheid vom 29. Juli 2011 auch nicht aufgehoben. Insbesondere kommen die Beschiede zum Nichtbestehen der Versicherungspflicht vom 14. Oktober 2011 und 26. Juni 2012 hierfür nicht in Betracht. Denn eine hier alleine in Frage kommende Rücknahme der streitbefangenen Bescheinigung wäre am Maßstab der [§§ 45 ff SGB X](#) zu messen; eine – konkludente – Rücknahmeentscheidung hätte jedoch einer Ermessensausübung bedurft, deren Ergebnis mit Blick auf den offensichtlichen Fehler der Beklagten und hieraus erwachsenen weitreichenden Folgen für den Kläger auch nicht eindeutig gewesen wäre. An einer Ermessensausübung fehlt es in den Bescheiden jedoch. Das ist vor dem Hintergrund, dass die Beklagte sich über die rechtliche Bedeutung ihres Schreibens vom 29. Juli 2011 zu jener Zeit nicht im Klaren war, auch logisch. Ob eine Aufhebung mit Blick auf die hierfür gültigen Fristen noch möglich ist, musste der Senat nicht entscheiden. Bei Verwaltungsakten mit Dauerwirkung, um die es sich bei der Feststellung der Versicherungspflicht handelt, gilt jedoch nach [§ 45 Abs. 3 Satz 1 SGB X](#) eine Rücknahmefrist von 2 Jahren, die hier möglicherweise bereits abgelaufen ist. Nach allem ist der Kläger daher aus dem Bescheid vom 29. Juli 2011 seit dem 1. Mai 2011 bei der Beklagten in der Kranken- und Pflegeversicherung gesetzlich versicherungspflichtig. 3. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) und entspricht dem Ausgang des Rechtsstreits in der Hauptsache.

4. Das Gericht hat die Revision gegen das Urteil nicht zugelassen, weil die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.
Rechtskraft

Aus
Login
HAM
Saved
2015-06-25