

L 5 KR 281/12

Land
Rheinland-Pfalz
Sozialgericht
LSG Rheinland-Pfalz
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Koblenz (RPF)
Aktenzeichen
S 13 KR 135/12
Datum
31.08.2012
2. Instanz
LSG Rheinland-Pfalz
Aktenzeichen
L 5 KR 281/12
Datum
17.10.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum
-

Kategorie
Urteil
Leitsätze

In der Übersendung einer Krankenversicherungskarte durch eine Krankenkasse ist regelmäßig kein Verwaltungsakt über die Feststellung der Versicherungspflicht bzw. der Mitgliedschaft enthalten.

1. Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Koblenz vom 31.8.2012 aufgehoben. Die Klage gegen die Beklagte wird abgewiesen. Es wird festgestellt, dass der Kläger ab dem 01.04.2007 als nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) Versicherter Mitglied der Beigeladenen zu 1 ist.
2. Die Beigeladene zu 1 hat dem Kläger die außergerichtlichen Kosten beider Rechtszüge zu erstatten.
3. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Umstritten ist die Mitgliedschaft des Klägers bei der beklagten Krankenkasse ab dem 1.4.2007.

Der 1941 geborene Kläger, der beruflich ein Hotel betrieben hatte, war zuletzt von 1986 bis 1995 bei der Beklagten und danach vom 1.7.1996 bis zum 15.2.1997 bei der AOK Rheinland-Pfalz, deren Rechtsnachfolgerin die Beigeladene zu 1 ist, freiwillig krankenversichert. Danach war er weder gesetzlich noch privat krankenversichert. Mit Wirkung ab dem September 2007 bezieht er von der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz eine Altersrente. Aufgrund einer am 19.4.2007 erlittenen Hirnblutung ist der Kläger pflegebedürftig. Am 25.4.2007 ging bei der Beklagten eine am 20.4.2007 rückwirkend für die Zeit ab dem 1.4.2007 erstattete Meldung über die Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung durch den Kläger im jetzt von dessen Sohn W S betriebenen Hotel "S" ein. Die Beklagte übersandte dem Kläger daraufhin eine Krankenversicherungskarte und gewährte ihm Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung. In ihrer Funktion als Einzugsstelle meldete sie den Kläger bei der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz an. Mit Beschluss vom 13.11.2007 ordnete das Amtsgericht (AG) Lahnstein die Betreuung des Klägers an. Zu Betreuern wurden dessen Söhne M und W bestellt. Mit einem an das Hotel "S", Inhaber W S gerichteten Bescheid vom 20.12.2010 beanstandete die Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz aufgrund einer Betriebsprüfung die Versicherungspflicht des Klägers in der Kranken und Pflegeversicherung in der Zeit ab dem 1.4.2007, da dieser nach [§ 6 Abs 3a Satz 1](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) krankenversicherungs- und somit auch pflegeversicherungsfrei sei. Dies teilte die Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz auch der Beklagten mit. Diese stornierte daraufhin die Mitgliedschaft des Klägers im Rahmen der Beschäftigtenversicherung rückwirkend zum 1.4.2007 (interner Vermerk vom 11.3.2011). Mit Schreiben vom 14.3.2011 teilte sie dem Kläger mit, nachdem er zum 1.4.2007 aus der IKK Mitgliedschaft ausgeschieden sei, habe auch seine Krankenversicherungskarte ihre Gültigkeit verloren; sie bitte um deren Rücksendung bis zum 28.2.2011.

Unter dem 17.3.2011 wandte sich der Kläger gegen sein "Ausscheiden" aus dem Krankenversicherungsschutz. Unter dem 22.3.2011 erklärte die Beklagte dem Kläger, dieser sei nach der Feststellung der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz im Zeitraum ab dem 1.4.2007 versicherungsfrei gewesen, da er das 55. Lebensjahr bereits überschritten gehabt habe. Mit Schreiben vom 11.4.2011 (dem Kläger nach dessen Angaben im Termin zur mündlichen Verhandlung vor dem Senat nicht zugegangen) erklärte die Beklagte, eine Mitgliedschaft bei ihr bestehe auch nicht auf der Grundlage des [§ 5 Abs 1 Nr 13 SGB V](#), da er vor dem 1.4.2007 zuletzt bei der Beigeladenen zu 1 versichert gewesen sei. Der Kläger und die Beklagte vereinbarten unter dem 29.6.2011, dass die Beklagte dem Kläger vorläufig Versicherungsschutz nach [§ 5 Abs 1 Nr 13 SGB V](#) ab dem 1.4.2007 gewähre, wobei diese Regelung keinerlei Auswirkungen auf einen möglichen Vertrauensschutz im Sinne des [§ 45 Abs 1](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) haben solle.

Mit Bescheid vom 29.9.2011 teilte die Beklagte dem Kläger mit: Ein abhängiges Beschäftigungsverhältnis habe ab dem 1.4.2007 nicht vorgelegen. Vielmehr habe der Kläger ein solches nur vorgetäuscht, um von ihr Versicherungsschutz zu erhalten. In Betracht komme allenfalls Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs 1 Nr 13 SGB V](#) bei der Beigeladenen zu 1. Den vorläufig gewährten Versicherungsschutz werde sie rückwirkend zum 1.4.2007 aufheben. Durch Widerspruchsbescheid vom 7.2.2012 wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers gegen den Bescheid vom 29.9.2011 zurück. Zur Begründung führte sie an: Der Kläger habe nicht auf den Bestand des die Versicherungspflicht feststellenden Verwaltungsakts vertrauen dürfen. Sie, die Beklagte, habe daher den die Versicherungspflicht feststellenden Verwaltungsakt nach [§ 45 Abs 1](#) und 4 SGB X mit Wirkung für die Vergangenheit zurücknehmen dürfen. Das Rücknahmeermessen sei auf Null reduziert.

Unabhängig davon sei die getroffene Entscheidung im Rahmen pflichtgemäßer Ermessensausübung sach und interessengerecht.

Mit Schreiben vom 17.2.2012 erklärte sich die Beklagte ohne Anerkennung einer Rechtspflicht bereit, den vorläufigen Versicherungsschutz bis zum 31.3.2012 aufrechtzuerhalten, längstens bis zu einer positiven Entscheidung der Beigeladenen zu 1. Diese lehnte mit Bescheid vom 5.3.2012 eine Mitgliedschaft des Klägers bei ihr wegen einer Versicherung nach [§ 5 Abs 1 Nr 13 SGB V](#) ab, weil der Kläger zuletzt bei der Beklagten krankenversichert gewesen sei. Gegen diesen Bescheid legte der Kläger Widerspruch ein.

Am 7.3.2012 hat der Kläger Klage erhoben. Durch Beschluss vom 24.5.2012 (S 13 KR 260/12 ER) hat das Sozialgericht (SG) Koblenz die Beklagte im Wege einer einstweiligen Anordnung verpflichtet, dem Kläger vorläufig nach [§ 43](#) Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) bis zur Entscheidung in der Hauptsache Leistungen der Kranken und Pflegeversicherung zu gewähren. Der Senat hat die Beschwerde der Beklagten gegen diesen Beschluss mit der Maßgabe zurückgewiesen, dass die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung von der Beigeladenen zu 3 zu erbringen seien (Beschluss vom 13.6.2012 L [5 KR 156/12](#) B ER).

Durch Urteil vom 31.8.2012 (berichtigt durch Beschluss vom 21.11.2012) hat das SG Koblenz die Bescheide der Beklagten vom 14.3.2011 und 29.9.2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 7.2.2012 aufgehoben und festgestellt, dass der Kläger bei der Beklagten seit dem 1.4.2007 pflichtversichert sei. Zur Begründung hat es ausgeführt: Die Beklagte habe die Mitgliedschaft des Klägers bei ihr ab dem 1.4.2007 mit Verwaltungsakt festgestellt. Zwar sei aus den insoweit lückenhaften Unterlagen der Beklagten nicht ersichtlich, zu welchem Zeitpunkt diese einen derartigen Verwaltungsakt erlassen habe. Jedenfalls in der Übersendung der Krankenversicherungskarte sei jedoch ein solcher zu erblicken, da der Kläger das Übersenden der Karte so habe verstehen müssen, dass er von der Beklagten als Pflichtversicherter in die Krankenversicherung aufgenommen worden sei. Dem stehe die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) zur Verwaltungsaktqualität der Mitgliedsbescheinigung (Hinweis auf BSG 27.6.2012 [B 12 KR 11/10 R](#)) nicht entgegen. Denn die Übersendung der Krankenversicherungskarte stelle, anders als die Zuleitung einer Mitgliedsbescheinigung, nicht lediglich die getroffene Krankenkassenwahl fest, sondern enthalte auch die schlüssige Erklärung, dass die vom Arbeitgeber übermittelten Daten geprüft worden seien und der Betreffende als versicherungspflichtiges Mitglied aufgenommen worden sei. Die Beklagte habe diesen Verwaltungsakt nicht wirksam nach [§ 45 SGB X](#) zurückgenommen. Der Stornierung der Mitgliedschaft durch internen Vermerk vom 11.3.2011 komme mangels Außenwirkung keine Qualität als Verwaltungsakt zu. In der Rückforderung der Krankenversicherungskarte unter dem 14.3.2011 könne nach dem Erklärungsinhalt dieses Schreibens ebenfalls keine Rücknahme eines früheren Verwaltungsakts gesehen werden. Eine wirksame Rücknahme für die Vergangenheit sei auch nicht durch den Bescheid vom 29.9.2011 erfolgt, sodass für den Zeitraum vom 1.4.2007 bis zum 29.9.2011 auch nicht Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs 1 Nr 13 SGB V](#) entstanden sei. Auf die Frage, ob der Kläger auch bei wirksamer Rücknahme der Feststellung der Mitgliedschaft mit Wirkung für die Vergangenheit im Sinne des [§ 174 Abs 5 SGB V](#) "zuletzt" bei der Beklagten versichert gewesen sei, komme es daher nicht an. Zwar sei die Aufnahme des Klägers in die gesetzliche Krankenversicherung rechtswidrig gewesen, da eine Pflichtmitgliedschaft nach [§ 6 Abs 3a SGB V](#) nicht in Betracht gekommen sei. Auch sei eine Rücknahme der Feststellung der Mitgliedschaft nicht aufgrund von Vertrauensschutzgesichtspunkten nach [§ 45 Abs 2 SGB X](#) ausgeschlossen gewesen, da das Vertrauen des Klägers unter Abwägung mit dem öffentlichen Interesse nicht schutzwürdig sei, weil er seinerzeit ein bloßes Scheinarbeitsverhältnis aufgenommen habe. Die Voraussetzungen für eine Rücknahme der Feststellung der Mitgliedschaft mit Wirkung für die Vergangenheit nach [§ 45 Abs 4, Abs 2 Satz 3, Abs 3 Satz 2 SGB X](#) lägen jedoch nicht vor. In Bezug auf die Vorschrift des [§ 6 Abs 3a SGB V](#) sei der Kläger nicht bösgläubig gewesen. Soweit im Hinblick auf die Begründung des Beschäftigungsverhältnisses ein rechtsmissbräuchliches Verhalten anzunehmen sei, habe die Rechtswidrigkeit des die Mitgliedschaft feststellenden Verwaltungsaktes nicht auf diesen Angaben, sondern unmittelbar auf [§ 6 Abs 3a SGB V](#) beruht. Die Beklagte habe daher den die Mitgliedschaft feststellenden Verwaltungsakt lediglich mit Wirkung für die Zukunft aufheben dürfen, sodass der Kläger bis zur Rücknahmeentscheidung am 29.9.2011 nach [§ 5 Abs 1 Nr 1 SGB V](#) bei der Beklagten versichert gewesen sei. Im Zeitraum seit dem 30.9.2011 sei der Kläger als Pflichtversicherter nach [§ 5 Abs 1 Nr 13 SGB V](#) Mitglied der Beklagten. Er sei wegen der bindenden Feststellung der Mitgliedschaft aufgrund der Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs 1 Nr 1 SGB V](#) in der Zeit ab dem 1.4.2007 zuletzt bei der Beklagten versichert gewesen, und zwar ungeachtet der Rücknahmeentscheidung, die lediglich für die Zukunft möglich gewesen sei. Zudem wäre der Kläger auch bei einer wirksamen Rücknahme für die Vergangenheit im Sinne des [§ 174 Abs 5 SGB V](#) zuletzt bei der Beklagten versichert gewesen, da diese für den Kläger über Jahre hinweg Leistungen erbracht und damit ein Versicherungsverhältnis durchgeführt habe.

Gegen dieses ihr am 2.10.2012 zugestellte Urteil richtet sich die am 5.10.2012 eingelegte Berufung der Beklagten, die vorträgt: Sie habe seinerzeit keinen Verwaltungsakt über die Feststellung der Mitgliedschaft bei ihr ab dem 1.4.2007 erlassen. In der Übersendung einer Krankenversicherungskarte sei kein Erlass eines Verwaltungsaktes über die Mitgliedschaft als Versicherter nach [§ 5 Abs 1 Nr 1 SGB V](#) enthalten (Hinweis auf Bundessozialgericht BSG 7.12.2000 [B 10 KR 3/99 R](#), juris; LSG Nordrhein-Westfalen 25.3.2004 [L 5 KR 163/03](#); 31.10.2007 [L 11 KR 92/06](#)). Dies ergebe sich ohne weiteres aus dem Umstand, dass auch nicht nach [§ 5 Abs 1 Nr 1 SGB V](#) versicherte Personen eine Krankenversicherungskarte erhielten. Im Übrigen sei durch die Vereinbarung vom 29.6.2011 eine etwaige Mitgliedschaft einvernehmlich aufgehoben worden. Der Kläger genieße keinen Vertrauensschutz, da er seine Krankenversicherungskarte durch die Vortäuschung eines Beschäftigungsverhältnisses erlangt habe. Das SG habe die Wirkung des [§ 186 Abs 11 SGB V](#) übersehen (Hinweis auf SG für das Saarland; 30.3.2009 S 23 KR 610/08; LSG Nordrhein-Westfalen 11.3.2010 [L 16 KR 41/09](#)). Danach sei zum 1.4.2007 jede Person ohne Absicherung im Krankheitsfall automatisch Mitglied der Krankenkasse geworden, bei der sie zuletzt krankenversichert gewesen sei. Etwaige Feststellungsbescheide anderer Krankenkassen gingen ins Leere und begründeten keine Mitgliedschaft.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des SG Koblenz vom 31.8.2012 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen,

hilfsweise festzustellen, dass er bei der Beigeladenen zu 1 seit 1.4.2007 pflichtversichert ist.

Er trägt vor: Er gehe davon aus, dass die Beklagte seinerzeit einen Bescheid über die Feststellung seiner Mitgliedschaft bei ihr erlassen habe. Die Paginierung der Verwaltungsakte durch die Beklagte sei nachträglich erfolgt, um die Vollständigkeit zu suggerieren. Zudem sei die Beklagte im angefochtenen Bescheid selbst davon ausgegangen, dass die Mitgliedschaft durch Verwaltungsakt festgestellt worden sei. Im Übrigen sei in der Übersendung der Krankenversicherungskarte die Erteilung eines Verwaltungsaktes zu sehen. Das BSG habe selbst bei einer Mitgliedsbescheinigung bei entsprechendem Wortlaut der Bescheinigung das Vorliegen eines Verwaltungsaktes nicht ausgeschlossen (Hinweis auf BSG 27.6.2012 [B 12 KR 11/10 R](#)). Durch die Vereinbarung vom 29.6.2011 sei die zuvor festgestellte Mitgliedschaft als Pflichtversicherter nach [§ 5 Abs 1 Nr 1 SGB V](#) nicht aufgehoben worden.

Die Beigeladene zu 1 beantragt,

den Hilfsantrag des Klägers zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Die übrigen Beigeladenen haben sich nicht geäußert.

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird auf die Verwaltungsakte der Beklagten sowie die Prozessakte verwiesen, die ihrem wesentlichen

Inhalt nach Gegenstand der mündlichen Verhandlung und der Beratung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die nach [§§ 143 f, 151](#) Sozialgerichtsgesetz SGG zulässige Berufung der Beklagten ist begründet. Der Kläger ist nicht ab dem 1.4.2007 bei der Beklagten in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert; die Mitgliedschaft in der sozialen Pflegeversicherung ist nicht Streitgegenstand des vorliegenden Rechtsstreits. Das angefochtene Urteil ist daher aufzuheben und die Klage gegen die Beklagte abzuweisen. Auf den Hilfsantrag des Klägers ist festzustellen, dass der Kläger seit dem 1.4.2007 bei der Beigeladenen zu 1 pflichtversichert ist.

Die Klage des Klägers gegen die Beklagte hat keinen Erfolg. Die Beklagte hat im angefochtenen Bescheid vom 29.9.2011 zu Recht festgestellt, dass der Kläger ab dem 1.4.2007 nicht bei ihr Mitglied ist. In diesem Zusammenhang kommt es nicht entscheidend darauf an, ob es sich bei der vom Kläger behaupteten Tätigkeit für das Hotel "S" um ein Scheinbeschäftigungsverhältnis gehandelt hat. Denn der Kläger war gemäß [§ 6 Abs 3a SGB V](#) ohnehin nicht nach [§ 5 Abs 1 Nr 1 SGB](#) versicherungspflichtig, weil er zu diesem Zeitpunkt bereits das 55. Lebensjahr überschritten hatte. Er war in den fünf Jahren vor dem 1.4.2007 nicht gesetzlich versichert, auch nicht familienversichert, sondern als Selbstständiger nicht versicherungspflichtig.

Der Kläger kann sich nicht mit Erfolg auf eine von der Beklagten getroffene Feststellung seiner Versicherungspflicht bzw. der Mitgliedschaft bei ihr durch Verwaltungsakt ([§ 31 SGB X](#)) stützen. Es liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass die Beklagte zu irgendeinem Zeitpunkt für den Zeitraum ab dem 1.4.2007 die Versicherungspflicht bzw. die Mitgliedschaft des Klägers bei ihr durch Verwaltungsakt festgestellt hat. In den Akten befindet sich kein Schreiben der Beklagten an den Kläger, das aus dessen Sicht nach dem maßgebenden Empfängerhorizont (vgl. Engelmann in: von Wulffen, SGB X, 7. Auflage, [§ 31 Rn 26](#)) als Feststellung der Versicherungspflicht bzw. der Mitgliedschaft durch Verwaltungsakt hätte aufgefasst werden können. Im Übrigen müsste dem Kläger ein solches Schreiben zugegangen sein (vgl. [§ 37 SGB X](#)), was der Kläger selbst nicht behauptet hat. Aus dem Umstand, dass die Beklagte im angefochtenen Bescheid über die Rücknahme eines die Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs 1 Nr 1 SGB V](#) feststellenden Bescheides entschieden hat, kann nicht geschlossen werden, dass ein solcher Bescheid erlassen worden war. Vielmehr beruht die Annahme der Beklagten im angefochtenen Bescheid, sie habe eine Feststellung der Versicherungspflicht des Klägers durch Verwaltungsakt getroffen, ersichtlich auf einem Versehen.

In der Übersendung der Krankenversicherungskarte durch die Beklagte an den Kläger war nicht konkludent die Feststellung der Versicherungspflicht bzw. der Mitgliedschaft des Klägers bei ihr enthalten. Ebenso wie die Ausstellung einer Mitgliedsbescheinigung (vgl. BSG 27.6.2012 [B 12 KR 11/10 R](#), juris Rn. 19 ff) stellt die Übersendung einer Krankenversicherungskarte regelmäßig keine Feststellung der Versicherungspflicht und/oder der Mitgliedschaft durch Verwaltungsakt dar (BSG 7.12.2000 [B 10 KR 3/99 R](#), juris Rn 35 mwN; LSG Berlin-Brandenburg 4.8.2005 [L 9 KR 136/03](#), juris Rn 22). Die Krankenversicherungskarte dient nach [§ 15 Abs 2 SGB V](#) zum Nachweis der Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen. Sie hat insoweit den Charakter eines Ausweispapiers, um Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zu erhalten (vgl. Noftz in Hauck/Noftz, SGB V, K [§ 15 Rn 18](#)). Eine weitergehende Bedeutung kommt ihr nicht zu. Der Kläger konnte deshalb nach seinem Empfängerhorizont nicht davon ausgehen, dass mit der Übersendung der Krankenversicherungskarte konkludent seine Versicherungspflicht und die Mitgliedschaft bei der Beklagten festgestellt wurden. Bei dieser Sachlage war die Beklagte im angegriffenen Bescheid an der Feststellung, dass der Kläger seit dem 1.4.2007 nicht als Pflichtversicherter nach [§ 5 Abs 1 Nr 1 SGB V](#) ihr Mitglied ist, nicht durch einen zuvor von ihr erlassenen Verwaltungsakt über die Versicherungspflicht und Mitgliedschaft gehindert. Der Rücknahme eines früheren die Versicherungspflicht bzw. Mitgliedschaft feststellenden Bescheides nach [§ 45 SGB X](#) bedurfte es daher nicht. Der Kläger war und ist auch nicht Mitglied der Beklagten aufgrund einer Pflichtversicherung nach [§ 5 Abs 1 Nr 13 SGB V](#), dessen Anwendung durch [§ 6 Abs 3a SGB V](#) nicht ausgeschlossen ist ([§ 6 Abs 3a Satz 4 SGB V](#)). Nach dem ab dem 1.4.2007 geltenden [§ 5 Abs 1 Nr 13 SGB V](#) sind versicherungspflichtig Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und zuletzt gesetzlich krankenversichert waren. Die Mitgliedschaft beginnt nach [§ 186 Abs 11 Satz 1 SGB V](#) mit dem ersten Tag ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall im Inland. Nach [§ 174 Abs 5 SGB V](#) wird ein nach [§ 5 Abs 1 Nr 13 SGB V](#) Versicherungspflichtiger Mitglied der Krankenkasse oder des Rechtsnachfolgers der Krankenkasse, bei der er zuletzt versichert war. Dies war vorliegend die Beigeladene zu 1, da der Kläger bei dieser als letzter Krankenkasse vor dem 1.4.2007 krankenversichert war. Dem Umstand, dass die Beklagte dem Kläger für die Zeit nach dem 1.4.2007 Leistungen gewährt hatte, kommt keine entscheidende Bedeutung zu, weil der Kläger wie dargelegt bei der Beklagten in dieser Zeit nicht "versichert" iSd [§ 174 Abs 5 SGB V](#) war. Es gibt keine gesetzliche Grundlage dafür, die bloße Leistungsgewährung ohne Mitgliedschaft und Leistungspflicht zur Grundlage für die Zuständigkeit für die Versicherung nach [§ 5 Abs 1 Nr 13 SGB V](#) zu machen.

Der Kläger ist auch nicht als Rentenbezieher versicherungspflichtiges Mitglied der Beklagten. Wie zwischen den Beteiligten zu Recht nicht umstritten ist, fehlt es an den versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Mitgliedschaft in der Krankenversicherung der Rentner nach [§ 5 Abs 1 Nr 11 SGB V](#), weil der Kläger seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung seines Rentenanspruchs nicht mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte dieses Zeitraums Mitglied eines Trägers der gesetzlichen Krankenversicherung oder nach [§ 10 SGB V](#) versichert war.

Auf den Hilfsantrag des Klägers ist festzustellen, dass dieser seit dem 1.4.2007 bei der Beigeladenen zu 1 pflichtversichert ist. Insoweit bedurfte es keiner Anschlussberufung des Klägers (vgl. BSG 3.4.1986 [4a RJ 1/85](#), juris Rn 17). Ein wegen Zuerkennung des Hauptantrags durch das SG nicht beschiedener Hilfsantrag des Klägers wird allein durch die Rechtsmitteleinlegung der Beklagten Gegenstand des Verfahrens (Bundesgerichtshof BGH 18.7.2013 [III ZR 208/12](#), juris; Keller in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 10. Auflage, [§ 56 Rn 7](#)). Zwar hat der Kläger erstinstanzlich keinen ausdrücklichen Hilfsantrag gestellt. Die Verurteilung eines Beigeladenen nach [§ 75 Abs 5 SGG](#) setzt aber keinen ausdrücklichen Hilfsantrag voraus (Ulmer in Hennig, SGG, [§ 75 Rn 47a](#)). Der Durchführung eines Widerspruchsverfahrens gegen den Bescheid der Beigeladenen zu 1 vom 5.3.2012 bedurfte es ebenfalls nicht (Leitherer in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer aaO, [§ 75 Rn 18b](#)).

Der Hilfsantrag des Klägers hat Erfolg, weil der Kläger, wie sich aus den dargestellten Gründen ergibt, seit dem 1.4.2007 als Pflichtversicherter nach [§ 5 Abs 1 Nr 13 SGB V](#) Mitglied der Beigeladenen zu 1 ist. Der Bescheid vom 5.3.2012 ist vom Senat nicht aufzuheben, da er nicht nach [§ 96 SGG](#) Gegenstand des Klageverfahrens geworden ist. Das vorliegende Urteil des Senats hat zur Folge, dass der Bescheid der Beigeladenen zu 1 vom 5.3.2012 iSd [§ 39 Abs 2 SGB X](#) auf andere Art und Weise erledigt ist.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#).

Die Revision wird nicht zugelassen, weil die Voraussetzungen des [§ 160 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

RPF

Saved

2014-01-17