

**B 1 KR 10/24 R**

Land  
Bundesrepublik Deutschland  
Sozialgericht  
Bundessozialgericht  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
1. Instanz  
SG Duisburg (NRW)  
Aktenzeichen  
S 46 KR 182/17  
Datum  
24.07.2020  
2. Instanz  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Aktenzeichen  
L 10 KR 610/20  
Datum  
29.03.2023  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
B 1 KR 10/24 R  
Datum  
02.04.2025  
Kategorie  
Urteil

Die Revision des Klägers gegen das Urteil des Landessozialgerichts NordrheinWestfalen vom 29. März 2023 wird zurückgewiesen.

Der Kläger trägt die Kosten des Revisionsverfahrens allein, mit Ausnahme der Kosten der Beigeladenen.

Der Kläger trägt die Kosten des Klage und des Berufungsverfahrens als Gesamtschuldner, mit Ausnahme der Kosten der Beigeladenen.

Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 26 584,92 Euro, der Streitwert für das Klage und das Berufungsverfahren auf 39 037,24 Euro festgesetzt.

G r ü n d e :

I

1  
Der Kläger begehrt die Erstattung von 26 584,92 Euro für Kosten der Krankenbehandlung seiner am 29.5.2014 verstorbenen Mutter (Verstorbene).

2  
Die Verstorbene war deutsche Staatsangehörige. Sie wurde 1927 in Deutschland geboren und wuchs dort auf. Nach einer Schneiderlehre vom 1.5.1949 bis 17.3.1951, einem Universitätsstudium der Fächer Erziehungswissenschaften, Englisch und Deutsch in G und E1 sowie einem Promotionsstudium in I (1.4.1950 bis 16.2.1960) absolvierte sie das Studienreferendariat in V und M1 (1.4.1960 bis 12.11.1963). Als einziger Krankenversicherungsschutz in der damaligen Zeit ist die Mitgliedschaft bei einer Rechtsvorgängerin der Beklagten während der Schneiderlehre bis zum 8.6.1950 nachgewiesen. Zwischen dem 15.11.1963 und 18.7.1964 wanderte die Verstorbene nach Südafrika aus, wo sie am 18.7.1964 heiratete und mit ihrem Ehemann fortan lebte. Beruflich war sie dort nach ihren Angaben als "Lektorin" tätig, zunächst von 1964 bis 1976 an der Universität von S und von 1979 bis 1985 an der Universität von Südafrika in P.

3  
Am 13.1.2014 reiste die Verstorbene nach Deutschland ein und hielt sich in der Wohnung ihres (in Südafrika geborenen und 1994 nach Deutschland übergesiedelten) Sohnes in E2 auf. Sie litt unter Morbus Raynaud mit schwerster peripherer arterieller Verschlusskrankheit und wurde deswegen nach ihrer Einreise nach Deutschland vom 22.1.2014 an bis zu ihrem Tod am 29.5.2014 mehrfach stationär behandelt. Bereits am Tag der Einreise am 13.1.2014 beantragte die Verstorbene bei der Techniker Krankenkasse (TK), bei der ihr Sohn, der Kläger, gesetzlich krankenversichert war, die Aufnahme in die gesetzliche Krankenversicherung (GKV). In einem Fragebogen vom 3.2.2014 gab sie hierzu an, vom 14.10.1927 bis Juli 1964 mit ihren Eltern als Familienversicherte in Deutschland über die "Philologen Privatkasse" privat krankenversichert gewesen zu sein. Eine Versicherung in der GKV habe nicht bestanden. Im Widerspruchsverfahren teilte sie weiter mit, während ihrer Referendarzeit sei sie auf Probe verbeamtet gewesen und habe sich daher auch privat versichern müssen. Sie habe nie die Wahl gehabt, in die GKV einzuzahlen. Die TK lehnte den Antrag der Verstorbenen auf Aufnahme ab (Bescheide vom 11./19.2.2014). Auch die Beigeladene lehnte die Aufnahme der Verstorbenen in die private Krankenversicherung (PKV) im Basistarif ab: Es liege kein Nachweis für eine bis Dezember 1964 bestehende PKV vor. Die "Philologen Krankenversicherung" sei nicht bekannt (Schreiben vom 27.3.2014). Die Stadt E2 bewilligte der Verstorbenen mit Bescheid vom 10.3.2014 Leistungen nach dem SGB XII für die Zeit vom 1.2.2014 bis 31.5.2015, stellte die Leistung mit Bescheid vom 23.5.2014 aber ab dem 1.6.2014 wegen verwertbaren Vermögens der Verstorbenen ein.

4

Einen Antrag auf Erstattung aufgewendeter Behandlungskosten in Höhe von 39 037,24 Euro, den der Kläger und seine Schwester mit Schreiben vom 28.7.2016 unter Hinweis auf eine durch die Mitgliedschaft der Verstorbenen bei der AOK für den Kreis M2 vom 1.5.1949 bis 8.6.1950 und eine daraus folgende Auffangversicherung bei der Beklagten nach [§ 5 Abs 1 Nr 13 SGB V](#) begründeten, lehnte die Beklagte ab (Bescheid vom 23.11.2016; Widerspruchsbescheid vom 25.1.2017). Das SG hat die Klage abgewiesen (Urteil vom 24.7.2020). Das LSG hat, nachdem die Schwester des Klägers die Klage nach einem Hinweis des LSG zurückgenommen hatte, die Berufung zurückgewiesen: Zwar sei der Kläger für die Geltendmachung eines Kostenerstattungsanspruchs nach [§ 56 SGB I](#) aktivlegitimiert. Der geltend gemachte Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs 3 SGB V](#) scheitere aber bereits daran, dass kein Versicherungsverhältnis zwischen der Verstorbenen und der Beklagten gemäß [§ 5 Abs 1 Nr 13 SGB V](#) festgestellt werden könne. Zwar habe das letzte nachweisbare Krankenversicherungsverhältnis zur AOK für den Kreis M2 bestanden. Es sei aber nicht nachgewiesen, dass die Verstorbene "zuletzt" dort versichert gewesen sei. Nach den Grundsätzen der objektiven Beweislast gehe es auch dann zulasten desjenigen, der daraus einen Anspruch ableite, wenn das Fehlen bestimmter Umstände (sog negative Tatbestandsmerkmale) nicht nachgewiesen werden könne (Hinweis auf BSG vom 8.11.2005 [B 1 KR 18/04 R SozR 42500 § 44 Nr 7](#)). Die Tatsache, ob und ggf in welchen Zeiträumen bei welcher privaten oder gesetzlichen Versicherung ein Krankenversicherungsverhältnis bestanden habe, sei der eigenen Verwaltungs- und Wahrnehmungssphäre des Versicherten zuzuordnen. Es gelte daher eine abgestufte Darlegungs- und Beweislast. Die Beklagte habe insoweit hier den naheliegenden Sachverhalt dargelegt, dass die Verstorbene nach der Pflichtversicherungszeit während ihrer Schneiderlehre im Rahmen ihres Universitätsstudiums und ihrer Referendarzeit (während der sie auf Probe verbeamtet gewesen sei) privat krankenversichert gewesen sei. Dies entspreche auch den eigenen Angaben der Verstorbenen nach ihrer Einreise nach Deutschland und liefere auch eine schlüssige Erklärung für die bei der Deutschen Rentenversicherung gespeicherten Nachversicherungszeiten. Diesen naheliegenden Sachverhalt habe der Kläger nicht widerlegt und trage daher die Konsequenzen der Nichterweislichkeit der Krankenversicherung der Verstorbenen nach der Beendigung der Mitgliedschaft bei der Beklagten im Jahre 1950 (Urteil vom 29.3.2023).

5

Mit seiner Revision verfolgt der Kläger sein Begehren weiter: Die vom LSG angenommene abgestufte Beweislastverteilung widerspreche dem klaren Ziel des Gesetzgebers, alle Einwohner lückenlos der Versicherungspflicht zu unterwerfen und sie hierzu entweder der PKV oder der GKV zuzuordnen. Davon gehe auch der GKVSpitzenverband in seinen "Grundsätzlichen Hinweisen Auffangversicherungspflicht nach [§ 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V](#)" aus. Nachweislücken seien daher auszublenden.

6

Der Kläger beantragt,

die Urteile des Landessozialgerichts NordrheinWestfalen vom 29. März 2023 und des Sozialgerichts Duisburg vom 24. Juli 2020 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 23. November 2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 25. Januar 2017 zu verurteilen, an ihn,

hilfsweise,

an die Erbgemeinschaft nach der Verstorbenen N

26 584,92 Euro nebst Zinsen zu zahlen.

7

Die Beklagte beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

hilfsweise,

die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurückzuverweisen.

8

Sie hält die angefochtenen Entscheidungen für zutreffend.

9

Die Beigeladene hat keinen Antrag gestellt.

II

10

Die zulässige Revision des Klägers ist unbegründet ([§ 170 Abs 1 Satz 1 SGG](#)). Das LSG hat dessen Berufung gegen das klageabweisende Urteil des SG zu Recht zurückgewiesen. Es kann in diesem Zusammenhang offenbleiben, ob wovon das LSG ausgegangen ist der Kläger allein aktivlegitimiert ist oder die Erbgemeinschaft. Die Klage auf Zahlung von 26 584,92 Euro ist in jedem Fall unbegründet.

11

Als Anspruchsgrundlage ist hier nur ein Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs 3 SGB V](#) in Erwägung zu ziehen. Der im Wege der Rechtsnachfolge darauf gestützte Anspruch des Klägers gegen die Beklagte scheitert jedenfalls bereits daran, dass die am 29.5.2014 Verstorbene nach ihrer Anfang 2014 erfolgten Rückkehr in den Geltungsbereich des SGB V kein Mitglied der Beklagten wurde. Es ist nicht mehr aufklärbar, ob die Verstorbene die Voraussetzungen des hier allein in Betracht kommenden Pflichtversicherungsverhältnisses gemäß [§ 5 Abs 1 Nr 13 Buchst a SGB V](#) während ihres Aufenthalts in Deutschland im Jahr 2014 erfüllte. Die hiernach erforderliche Feststellung, dass die Verstorbene in der Zeit nach dem 8.6.1950 und vor ihrer dauerhaften Wohnsitzverlagerung nach Südafrika im Jahr 1964 "zuletzt" bei der Beklagten versichert war, kann weder getroffen noch verworfen werden. Zu diesem Ergebnis ist das LSG in revisionsrechtlich nicht angreifbarer Weise gelangt (dazu 1.). Diese Nichtfeststellbarkeit geht nach den Regeln der objektiven Beweislastverteilung zulasten der Verstorbenen und damit auch zulasten des Klägers (dazu 2.). Diesem Ergebnis widerspricht auch nicht der Gesetzeszweck (dazu 3.).

12

1. Nach [§ 5 Abs 1 Nr 13 Buchst a SGB V](#) sind kraft Gesetzes in der GKV versicherungspflichtig Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und zuletzt gesetzlich krankenversichert waren. Nicht zuletzt gesetzlich krankenversichert waren Personen, die nach Versicherungszeiten in der GKV noch privat krankenversichert waren (vgl BSG vom 29.6.2021 [B 12 KR 38/19 R](#) SozR 42500 § 174 Nr 1 RdNr 12 mwN). Nach [§ 174 Abs 5 SGB V](#) (idF des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung <GKVWettbewerbsstärkungsgesetz GKVWSG> vom 26.3.2007; jetzt: [§ 174 Abs 3 SGB V](#)) werden Versicherungspflichtige nach [§ 5 Abs 1 Nr 13 Buchst a SGB V](#) Mitglied der Krankenkasse oder des Rechtsnachfolgers der Krankenkasse, bei der sie zuletzt versichert waren.

13

Das LSG konnte nicht feststellen, dass die Verstorbene zuletzt bei der AOK für den Kreis M2 krankenversichert war. Die Feststellung, dass nach einer gesichert bestehenden Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse kein weiteres Versicherungsverhältnis mehr bestanden hat und der Betreffende daher "zuletzt" bei dieser Krankenkasse versichert war, hat das Tatgericht nach seiner freien, aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens gewonnenen Überzeugung ([§ 128 Abs 1 Satz 1 SGG](#)) zu treffen. Die bloß theoretische Möglichkeit einer erneuten Versicherung bei einer anderen Krankenkasse oder in der PKV genügt hierbei nicht, um eine gesichert vorbestehende Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse als zuletzt bestehende Versicherung ausschließen zu können.

14

Diese revisionsrechtlich beachtliche Grenze der Beweiswürdigung hat das LSG nicht verletzt: Dem LSG war weder die Feststellung möglich, dass die Verstorbene zuletzt gesetzlich krankenversichert war, noch dass sie zuletzt privat krankenversichert war. Es ist zwar nach den impliziten Feststellungen des LSG nachgewiesen, dass die Verstorbene bei der AOK für den Kreis M2, einer Rechtsvorgängerin der Beklagten, von 1949 bis 1950 gesetzlich krankenversichert war. Auch gibt es nach den Ermittlungen der Vorinstanzen weder Hinweise darauf, dass die Verstorbene danach, aber noch vor ihrem Wegzug nach Südafrika erneut bei der Beklagten versichert war, noch dass sie in diesem Zeitraum bei irgendeiner anderen ansonsten notwendig beizuladenden Krankenkasse versichert war. Das LSG konnte auch nicht positiv feststellen, dass die Verstorbene nach dem 8.6.1950 und vor ihrem Wegzug nach Südafrika in der PKV versichert war, sei es umfassend oder zumindest ergänzend zu einem Beihilfeanspruch. Hingegen gibt es schon aufgrund der Angaben der Verstorbenen selbst Hinweise, die die Möglichkeit als plausibel erscheinen lassen, dass die Verstorbene in der PKV versichert gewesen sein könnte. Für die Folgezeit bis zu ihrer Ausreise nach Südafrika hat die Verstorbene 2014 mehrfach angegeben, privat krankenversichert gewesen zu sein. Allerdings blieb nach ihren Angaben unklar, welches Versicherungsunternehmen sie versichert haben könnte. Aber die weiteren Ermittlungen des LSG haben auch ergeben, dass die Verstorbene noch das Referendariat für das Lehramt absolvierte. Dabei liegt es nicht fern, dass sie neben einem etwaigen Beihilfeanspruch als Beamtin auf Widerruf auch eine ergänzende Versicherung in der PKV abgeschlossen haben könnte. Diese Hinweise verdichten sich zu einer mehr als bloß theoretischen Möglichkeit eines anderen Geschehensablaufs. Die vom LSG auf dieser Grundlage vorgenommene Beweiswürdigung ist revisionsrechtlich nicht zu beanstanden.

15

Unserheblich ist dagegen, dass es an Feststellungen dazu fehlt, dass die Verstorbene nach ihrer Rückkehr nach Deutschland über keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall verfügte. So gab die Verstorbene an, über "D Health" in Südafrika krankenversichert zu sein. Ob sich daraus im Inland realisierbare Ansprüche auf einem die Voraussetzungen des [§ 193 Abs 3 Satz 1 VVG](#) erfüllenden Sicherungsniveau ergeben hätten (vgl hierzu BSG vom 20.3.2013 [B 12 KR 14/11 R](#) [BSGE 113, 160](#) = SozR 42500 § 5 Nr 18, RdNr 13 ff), bedarf keiner Klärung. Selbst wenn dies zu ihren Gunsten verneint wird, verbleibt es bei der Nichtfeststellbarkeit der zuletzt bestehenden Versicherung.

16

2. Im Ergebnis zu Recht ist das LSG davon ausgegangen, dass die Nichtfeststellbarkeit der zuletzt bestehenden Versicherung nach den Grundsätzen der objektiven Beweislastverteilung zulasten des Klägers geht.

17

a) Auch wenn dem sozialgerichtlichen Verfahren wegen der in [§§ 103, 128 SGG](#) niedergelegten Amtsermittlungspflicht eine subjektive Beweisführungslast fremd ist, können einen Beteiligten nach den hier stattdessen geltenden Grundsätzen über die objektive Beweislast (Feststellungslast) gleichwohl nachteilige Folgen daraus treffen, dass das Gericht eine bestimmte Tatsache nach Ausschöpfung aller Beweismittel nicht feststellen kann.

18

aa) Dabei gilt der Grundsatz, dass jeder Beteiligte die Beweislast für diejenigen Tatsachen trägt, welche die von ihm geltend gemachte Rechtsfolge begründen (vgl hierzu zB BSG vom 14.10.2014 [B 1 KR 27/13 R](#) [BSGE 117, 82](#) = SozR 42500 § 109 Nr 40, RdNr 18 mwN). Dies gilt sowohl in Bezug auf das Vorhandensein positiver als auch für das Fehlen negativer Tatbestandsmerkmale, wie hier das Fehlen nachfolgender Versicherungen (vgl zB BSG vom 8.11.2005 [B 1 KR 18/04 R](#) [SozR 42500 § 44 Nr 7](#) RdNr 19 mwN; Schmidt in Meyer-Ladewig/Keller/Schmidt, SGG, 14. Aufl 2023, § 103 RdNr 19 ff mwN). Danach ist hier grundsätzlich der Kläger beweisbelastet: Denn er will die Mitgliedschaft seiner verstorbenen Mutter aus dem Fehlen einer weiteren (gesetzlichen oder privaten) Krankenversicherung nach Ende der hier allein nachgewiesenen Mitgliedschaft bei der Rechtsvorgängerin der Beklagten ableiten.

19

bb) Ist die objektive Beweislast allerdings wie hier nicht unmittelbar selbst und eindeutig vom Gesetz bestimmt, ist letztlich maßgeblich, welche Seite nach dem Plan des Gesetzgebers, hilfsweise nach allgemeinen Rechtsgrundsätzen, mit der Nichterweislichkeit belastet werden kann. Es sind dabei nicht nur der Zweck der Norm, sondern auch ihre Stellung sowie Erfordernisse wirksamen Rechtsschutzes zu berücksichtigen. Anhaltspunkte für die Abgrenzung bieten so unterschiedliche Kriterien wie Regel und Ausnahme, die Zumutbarkeit der Belastung mit einem Beweismittel und die Zurechenbarkeit der Ungewissheit bzw Unaufklärbarkeit zur Verantwortungssphäre der einen oder anderen Seite (vgl hierzu zB BSG vom 14.10.2014 [B 1 KR 27/13 R](#) [BSGE 117, 82](#) = SozR 42500 § 109 Nr 40, RdNr 18 mwN).

20

Gerade im Fall der Nichterweislichkeit der die negativen Tatbestandsmerkmale ausfüllenden Tatsachen ist zu prüfen, ob sich aus Regelungssystem und Regelungszweck bereichsspezifisch generell oder unter näher zu bestimmenden besonderen Voraussetzungen eine von den aufgezeigten allgemeinen Grundsätzen abweichende Beweislastverteilung ergeben kann. Der Umstand, dass etwas nicht ist, lässt

sich in manchen Fällen nicht mit der gleichen Sicherheit feststellen, wie der Umstand, dass etwas ist. Dies gilt insbesondere, wenn es wie hier um Geschehnisse geht, die in einem längeren Zeitraum in der Vergangenheit nicht eingetreten sein sollen. In solchen Fällen ist maßgeblich, welche Umstände eine Überzeugungsbildung des Gerichts dahingehend verhindert haben, dass ein Umstand oder ein Geschehnis nicht eingetreten ist. Stammen diese durch die Sachverhaltsermittlung des Gerichts zutage geförderten Umstände aus der Verantwortungssphäre des den Anspruch geltend machenden Klägers, verbleibt es bei dessen Beweislast. So liegt der Fall hier.

21

Die Biographie der Verstorbenen, aus der sich plausible Hinweise dafür ergeben haben, dass sie zuletzt privat krankenversichert war, fällt in die Sphäre des Klägers, der einen Anspruch aus einem potentiellen Versicherungsverhältnis der Verstorbenen geltend macht. Es bleibt folglich bei seiner Beweislast.

22

3. Diesem Ergebnis steht nicht der mit der Einführung der Versicherungspflicht intendierte Gesetzeszweck entgegen, für alle Einwohner ohne Absicherung im Krankheitsfall künftig einen Versicherungsschutz in der GKV oder der PKV sicherzustellen (vgl. [BTDrucks 16/3100 S 86 f.](#)). Dies gilt auch dann, wenn nach [§ 193 Abs 3 Satz 1 und Abs 5 Satz 1 Nr 2 VVG](#) ebenfalls keine Versicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen durchsetzbar sein sollte. Denn der Gesetzgeber hat das Ziel, allen Einwohnern Zugang zu einem Krankenversicherungsschutz zu eröffnen, nicht durch eine voraussetzungslose Zuordnung zu einer Pflichtversicherung im Sinn einer LetztAuffangversicherung in der GKV geregelt, sondern durch Zuordnungsregelungen in [§ 5 Abs 1 Nr 13 SGB V](#) und in [§ 193 Abs 3 und 5 VVG](#) umgesetzt: Alle Einwohner ohne Absicherung im Krankheitsfall, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung haben und die zuletzt gesetzlich krankenversichert waren, werden durch [§ 5 Abs 1 Nr 13 Buchst a SGB V](#) in die GKV einbezogen. Gleiches gilt nach [§ 5 Abs 1 Nr 13 Buchst b SGB V](#) grundsätzlich für Personen, die bisher nicht privat oder gesetzlich krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in [§ 5 Abs 5 SGB V](#) oder den in [§ 6 Abs 1 oder 2 SGB V](#) genannten Personen gehören oder bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten (vgl. hierzu [BTDrucks 16/3100 S 86 f.](#), 94). Das Gesetz sieht damit keine voraussetzungslose Pflichtversicherung vor, sondern knüpft die Zuordnung zur GKV oder zur PKV an im Einzelnen geregelte Voraussetzungen. Daraus kann nicht der Schluss gezogen werden, dass die Pflichtversicherung nach [§ 5 Abs 1 Nr 13 Buchst a SGB V](#) auch dann eingreifen soll, wenn deren Voraussetzungen wie hier nicht nachgewiesen sind.

23

4. Der Beiladung des Trägers der Sozialhilfe oder einer anderen Krankenkasse bedurfte es nicht. Denn ein anderer Träger kommt als leistungspflichtig nicht ernsthaft in Betracht (vgl. [§ 75 Abs 2 Fall 2 SGG](#)). Ein Anspruch aus einer sog QuasiVersicherung nach [§ 264 Abs 2 SGB V](#) kommt unabhängig davon, ob dieser überhaupt einen Kostenerstattungsanspruch nach Selbstbeschaffung vermitteln kann schon deswegen nicht in Betracht, weil nicht ersichtlich ist, dass von der Verstorbenen eine Krankenkasse durch Abgabe einer hierauf gerichteten empfangsbedürftigen Willenserklärung gewählt wurde (vgl. hierzu zB BSG vom 5.9.2019 [B 8 SO 15/18 R](#) SozR 43500 § 48 Nr 3 RdNr 13 mwN) oder der Sozialhilfeträger eine solche anstelle der Verstorbenen für diese bestimmte. Ein Nothelferanspruch des Klägers wegen Eintritts als Dritter zugunsten seiner Mutter kommt unabhängig davon, ob es sich hierbei um einen anderen Streitgegenstand handelt schon deswegen nicht ernsthaft in Betracht, weil nicht ersichtlich ist, dass der Kläger die Erstattung in angemessener Frist beim Träger der Sozialhilfe beantragt hat (vgl. [§ 25 Satz 2 SGB XII](#)). Auch ein vererbter Kostenerstattungsanspruch der Versicherten gegen den Träger der Sozialhilfe kommt nicht ernsthaft in Betracht, da die Verstorbene die Behandlungskosten nicht selbst getragen hat oder zu ihren Lebzeiten im Vorgriff auf Leistungen der Hilfe bei Krankheit nach [§ 48 SGB XII](#) selbst tragen wollte. Dem steht schon entgegen, dass der Kläger gegenüber dem Sozialamt mitgeteilt hat, dass er die Krankenbehandlungskosten in Erfüllung seiner Unterhaltspflicht getragen habe und nicht bereit sei, Angaben zum Vermögen zu machen.

24

5. Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 3 und Abs 2 Satz 3 Teilsatz 2 SGG](#) iVm [§ 154 Abs 2 VwGO](#). Weder der Kläger noch die Beklagte gehören zu den in [§ 183 SGG](#) genannten Personen. Der Kläger ist entgegen der Auffassung des LSG nicht als Sonderrechtsnachfolger nach [§ 56 SGB I](#) am Verfahren beteiligt. Der Kläger und seine Schwester haben als Erben Kostenerstattung geltend gemacht. Hierzu hat der Kläger selbst vorgetragen, dass er als Sohn und seine Schwester als Tochter der Verstorbenen die Kosten bezahlt haben. Eine Aufteilung der danach gemeinsam getragenen Kosten ist nicht vorgetragen und auch ansonsten nicht ersichtlich. Dem steht nicht entgegen, dass die Schwester des Klägers auf Hinweis des LSG die Klage zurückgenommen hat. Hierdurch ist der von beiden eingeklagte und von beiden verauslagte Betrag nicht allein dem Kläger zuzurechnen, sondern ihnen gemeinsam. Eine kombinierte Kostenentscheidung entsprechend möglicher Kostenanteile nach [§ 193 SGG](#) iVm [§ 56 SGB I](#) und nach [§ 197a SGG](#) iVm [§ 58 SGB I](#) (vgl. zum Erstarken eines Anwartschaftsrechts nach dem Tod des Versicherten beim die Behandlungsvergütung zahlenden Erben BSG vom 25.6.2024 [B 1 KR 39/22 R](#) SozR 42500 § 13 Nr 58) ist deshalb ausgeschlossen. Danach bestimmt sich die Kostenentscheidung insgesamt nach [§ 197a SGG](#).

25

6. Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf [§ 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 1 SGG](#) iVm [§ 63 Abs 2 Satz 1](#), [§ 52 Abs 3 Satz 1](#) sowie [§ 47 Abs 1 Satz 1 GKG](#).

Rechtskraft

Aus

Saved

2025-08-22