

## S 12 KR 391/07

Land  
Hessen  
Sozialgericht  
SG Kassel (HES)  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
12  
1. Instanz  
SG Kassel (HES)  
Aktenzeichen  
S 12 KR 391/07  
Datum  
09.01.2008  
2. Instanz  
Hessisches LSG  
Aktenzeichen  
L 1 KR 121/11  
Datum  
09.05.2011  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-

Datum  
-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Ehemalige Versicherte der Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK), die zuvor in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert waren, zum 1. April 2007 weder gesetzlich noch privat krankenversichert sind und vom Sozialhilfeträger weder laufende Hilfe zum Lebensunterhalt noch sonstige laufende Grundsicherungsleistungen oder vergleichbare laufende Hilfen erhalten, sind seit 1. April 2007 in der GKV pflichtversichert, da es sich bei der PBeaKK allein um eine Sozialeinrichtung der früheren Deutschen Bundespost in der Form einer Körperschaft des öffentlichen Rechts handelt, die in ihrem Bestand geschlossen ist und als Selbsthilfeeinrichtung zugunsten ihrer Mitglieder in Auftragsverwaltung lediglich Beihilfen im Krankheitsfall nach den Beihilfavorschriften des Bundes als ehemaligem Arbeitgeber berechnet und zahlt, also nicht nur um keine gesetzliche Krankenkasse, sondern auch um keine private Krankenkasse, die statt der GKV nach dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG) und dann auch erst zum 1. Januar 2009 zu einer Wiederaufnahme ihres früheren Mitglieds auf der Grundlage eines Basistarifes verpflichtet wäre. 1. Der Bescheid vom 24. April 2007 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 15. November 2007 wird aufgehoben.

2. Es wird festgestellt, dass die Klägerin seit 1. April 2007 bei der Beklagten in der Gesetzlichen Krankenversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) pflichtversichert und die Beklagte verpflichtet ist, der Klägerin entsprechenden Versicherungsschutz zu gewähren.

3. Die Beklagte hat der Klägerin die Kosten des Rechtsstreits zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob die Beklagte verpflichtet ist, die 1928 geborene Klägerin rückwirkend ab 1. April 2007 in die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) als Pflichtmitglied aufzunehmen und ihr entsprechenden Krankenversicherungsschutz zu gewähren, nachdem die Klägerin zumindest in den Zeiträumen vom 1. Januar 2004 bis 31. Dezember 2004 und vom 1. Juli 2006 bis 31. März 2007 bei der Beklagten als Betreuungsfall des Sozialamtes der Stadt XY. im Rahmen des § 264 Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung - (SGB V) gemeldet war und sie dann am 9. März 2007 gegenüber der Beklagten die Aufnahme als Pflichtversicherte in die GKV nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) geltend gemacht hatte.

Dabei ging aus den weiter vorgelegten Unterlagen hervor, dass die Klägerin von 1970 bis zu ihrer Scheidung im Jahre 1999 über ihren damaligen Ehemann noch bei der Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK) mitversichert gewesen ist. In der Zeit davor war sie bei der Beklagten in der GKV versichert. Im Anschluss an die Scheidung hatte die Klägerin darüber hinaus von der Möglichkeit, sich bei der PBeaKK weiterzuversichern, selbst keinen Gebrauch gemacht; auch anderweitig war die Klägerin seither weder privat noch gesetzlich krankenversichert. Insoweit ist ihr seit ihrer Scheidung allein vom Sozialamt der Stadt XY. bis vorliegend zunächst nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG) bzw. seit 1. Januar 2005 nach dem Sozialgesetzbuch - Sozialhilfe - (SGB XII) wiederholt und laufend Krankenhilfe gewährt worden, nachdem auch der Bezug von Versichertenrente aus der Gesetzlichen Rentenversicherung durch die Deutsche Rentenversicherung (DRV) Hessen keine Versicherungspflicht in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) ausgelöst hat und ohne dass der Klägerin nach Aktenlage über die Gewährung von Krankenhilfe hinaus und ohne eine Pflegestufe aufzuweisen aus Sozialhilfemitteln laufende Hilfe zum Lebensunterhalt bzw. Grundsicherung im Alter oder anderweitige laufende Sozialhilfeleistungen gewährt werden oder in der Vergangenheit gewährt worden wären.

Mit ohne Rechtsmittelbelehrung versehenem Bescheid vom 24. April 2007 lehnte die Beklagte dann gegenüber der Klägerin die Durchführung der von ihr geltend gemachten Pflichtversicherung in der GKV ab. Zwar seien am 1. April 2007 neue gesetzliche Bestimmungen in Kraft getreten. Diese besagten jedoch, dass die Mitgliedschaft einer Krankenkasse immer beim letzten

Versicherungsunternehmen durchzuführen sei. Nach den Angaben der Klägerin sei sie zuletzt bei der PBeaKK versichert gewesen. Somit sei diese für den weiteren Versicherungsschutz der Klägerin zuständig.

Gegen den Bescheid vom 24. April 2007 legte die Klägerin dann am 13. Juli 2007 Widerspruch ein. Sie machte geltend, durch die zum 1. April 2007 in Kraft getretenen Gesetzesänderungen nunmehr der allgemeinen Krankenversicherungspflicht zu unterliegen. Entgegen der Beklagten könne sie sich nicht bei der PBeaKK versichern, weil sie die persönlichen Voraussetzungen für eine Mitgliedschaft bei dieser nicht erfülle. Hinzu komme, dass es sich bei der PBeaKK um eine geschlossene Krankenkasse handle und Neuaufnahmen danach nicht mehr möglich seien. Außerdem sei zu beachten, dass die PBeaKK eine Sozialeinrichtung der früheren Deutschen Bundespost sei und danach weder eine gesetzliche Krankenkasse im Sinne des SGB V noch eine private Krankenkasse darstelle. Insoweit habe die PBeaKK ihr gegenüber die Begründung einer Mitgliedschaft zum 1. April 2007 auch nochmals ausdrücklich abgelehnt.

Auf den Widerspruch der Klägerin gegen den Bescheid der Beklagten vom 24. April 2007 teilte die Beklagte dieser dann unter dem 24. Juli 2007 erläuternd mit, dass die Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) nach Buchstabe a) dieser Bestimmung nur für Personen in Betracht komme, die zuletzt gesetzlich krankenversichert gewesen seien. Entsprechend den eigenen Angaben der Klägerin habe jedoch zeitlich zuletzt eine private Versicherung bei der PBeaKK bestanden, was diese für den Zeitraum vom 25. Januar 1960 bis 18. April 1999 ausdrücklich bestätige. Da insoweit nachweislich zuletzt eine private Krankenversicherung bestanden habe, scheidet die Pflichtversicherung nach der gesetzlichen Neuregelung des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) aus. Dies entspreche auch dem vom Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. herausgegebenen Leitfaden zum modifizierten Standardtarif für Personen ohne Versicherungsschutz, in dem es heiße, dass Angehörige eines Mitglieds der PBeaKK als bisher privat versichert gelten würden. Nach dem Ende der dortigen "Mitgliedschaft" würden andere PKV-Unternehmen die Zuordnung zur Privaten Krankenversicherung (PKV) anerkennen. Somit sei die Versicherung beim letzten Versicherungsunternehmen bzw. ersatzweise bei einem anderen Unternehmen innerhalb der PKV durchzuführen.

Die Klägerin hielt ihren Widerspruch anschließend ausdrücklich aufrecht. Soweit sich die Beklagte nunmehr darauf berufe, dass sie zuletzt privat krankenversichert gewesen sei und damit die Voraussetzungen für eine Aufnahme in die Gesetzliche Krankenversicherung nicht vorlägen, könne dem nicht gefolgt werden. Insoweit sei nochmals darauf zu verweisen, dass die PBeaKK eine Sozialeinrichtung der früheren Deutschen Bundespost und somit weder eine Gesetzliche Krankenkasse im Sinne des SGB V noch eine private Krankenkasse sei. Dies werde letztlich auch durch einen Beschluss des Sozialgerichts Regensburg vom 19. Juli 2007, [S 2 KR 173/07 ER](#), bestätigt, ausweislich dessen es sich bei der mit der PBeaKK vergleichbaren Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB) um eine betriebliche Sozialeinrichtung des Bundeseisenbahnvermögens (BEV) handle, die gegenüber den Beamten der BEV, die bis zum 31. Dezember 1993 einen Fürsorgeanspruch gegenüber der Deutschen Bundesbahn (DB) gehabt hätten, Fürsorgepflichten in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen erfülle und danach weder eine gesetzliche Krankenkasse im Sinne des SGB V noch eine private Krankenkasse sei.

Mit Widerspruchsbescheid vom 15. November 2007 wies die Beklagte den Widerspruch der Klägerin gegen den Bescheid vom 24. April 2007 durch ihren für die gesetzliche Krankenversicherung zuständigen Widerspruchsausschuss als unbegründet zurück. Eine Pflichtversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) in der GKV sei zum 1. April 2007 nicht eingetreten.

Die Beklagte führte aus, nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) (in der ab 1. April 2007 geltenden Fassung) seien Personen versicherungspflichtig, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall hätten und a) zuletzt gesetzlich krankenversichert gewesen seien oder b) bisher gesetzlich oder privat krankenversichert gewesen seien. Danach komme die Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) nach Buchstabe a) nur für Personen in Betracht, die zuletzt gesetzlich krankenversichert gewesen seien oder nach Buchstabe b) bisher weder gesetzlich oder privat krankenversichert gewesen seien. Anhand der der Beklagten vorliegenden Unterlagen sei hierzu festzustellen, dass die Klägerin von 1960 bis April über ihren damaligen Ehemann bei der PBeaKK, bei der es sich eindeutig um eine private Krankenkasse handle, krankenversichert gewesen sei. Nach der Scheidung sei es von der Klägerin dann versäumt worden, sich weiterhin privat weiterzuversichern, so dass schließlich der zuständige Sozialhilfeträger Leistungen im Rahmen der Krankenhilfe, zuletzt nach [§ 48 SGB XII](#) erbracht habe. Zwar bestehe durch die gesetzliche Neuregelung zum 1. April 2007 nunmehr für gewisse Personenkreise die Möglichkeit, in ihre letzte Krankenkasse zurückzukehren. Die Klägerin sei jedoch zuletzt privat krankenversichert gewesen. Somit sei die Begründung einer Pflichtmitgliedschaft ab 1. April 2007 bei der Beklagten als gesetzlicher Krankenkasse nach Maßgabe des [§ 15 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) nicht möglich. Zuständiger Krankenversicherungsträger sei die PBeaKK als letztes Krankenversicherungsunternehmen. Sofern von dort die Versicherung unter Hinweis auf Satzungsbestimmungen abgelehnt werde, könne die Versicherung ersatzweise bei einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen durchgeführt werden. Dies auch insoweit, als vom Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. im von diesem herausgegebenen Leitfaden zum modifizierten Standardtarif für Personen ohne Versicherungsschutz ausgeführt werde, dass Angehörige eines Mitglieds der PBeaKK als bisher privat versichert gelten und nach dem Ende der dortigen Versicherung andere PKV-Unternehmen die Zuordnung zur PKV anerkennen würden. Vor diesem Hintergrund halte die Beklagte die Einzelfallentscheidung des Sozialgerichts Regensburg im hier vorliegenden Fall für nicht eindeutig zutreffend.

Die Klägerin hat sodann am 6. Dezember 2007 unter dem Az. S 12 KR 390/07 ER beim Sozialgericht in Kassel nicht nur den Erlass einer Einstweiligen Anordnung beantragt, sondern gleichzeitig unter dem vorliegenden Aktenzeichen [S 12 KR 391/07](#) gegen den Widerspruchsbescheid vom 15. November 2007 Klage vor dem Sozialgericht in Kassel erhoben, mit der sie am Vorliegen von Krankenversicherungspflicht in der GKV mit der Beklagten als zuständiger Krankenkasse seit 1. April 2007 nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) festhält.

Zur Begründung des von ihr geltend gemachten Anspruchs nimmt die Klägerin ihre Ausführungen im Vorverfahren wiederholend in Bezug. Insoweit verkenne die Beklagte, dass die PBeaKK weder eine gesetzliche Krankenkasse im Sinne des SGB V noch eine private Krankenkasse sei, sondern eine betriebliche Selbsthilfeeinrichtung der Deutschen Bundespost. Als solches werde sie in der Rechtsform einer Körperschaft des Öffentlichen Rechts geführt, wobei sich auch die PBeaKK nicht als private Krankenkasse sehe. Da sie als Klägerin danach zuletzt nicht privat krankenversichert gewesen sei, auf der Grundlage der gesetzlichen Neuregelung zum 1. April 2007 jedoch Versicherungspflicht bestehe, komme eine Versicherung danach allein bei der Beklagten in Betracht. Dies gelte auch insoweit, als der o.a. Beschluss des Sozialgerichts Regensburg zwischenzeitlich mit Beschluss des Bayerischen Landessozialgerichts vom 3. September 2007, [L 4 B 656/07 KR ER](#) aufgehoben worden sei, selbst wenn nach Auffassung des Bayerischen Landessozialgerichts die KVB eine private Krankenkasse darstelle und sich dabei auf ein Urteil des Bundesverwaltungsgerichts (BVerwG) vom 28. April 1988 berufe, ohne dass diesem Urteil jedoch besondere Ausführungen hierzu oder gar eine Entscheidung über den rechtlichen Charakter der KVB zu entnehmen seien. Allein in einem

Nebensatz führe das BVerwG aus, dass die Deutsche Bundesbahn "zur globalen Abgeltung von Beihilfeleistungen Zuschüsse in entsprechender Höhe an die den Bundesbeamten zur privaten Krankenversicherung offenstehende KVB gewähre". Soweit das Bayerische Landessozialgericht nun meine, dass BVerwG habe explizit ausgeführt, dass die KVB eine private Krankenversicherung sei, messe es dem beiläufigen Nebensatz des BVerwG eine Bedeutung zu, die er nicht habe und auch nicht hätte haben sollen. Stattdessen sei dem Zusammenhang eindeutig zu entnehmen, dass der dort verwendete Begriff "privat" im Sinne von "selbst gewählt" verstanden werden müsse, denn der Zugang zu den betrieblichen Sozial- und Selbsthilfeeinrichtungen sei freiwillig und die Inanspruchnahme dieses Angebots somit "Privatsache" gewesen. Dies entspreche auch der eigentlichen Bedeutung des Begriffs "privat" im Sinne von "nicht öffentlich", da die KVB ausschließlich den Bundesbahnbeamten offenstehe und es sich somit um eine "geschlossene Gesellschaft" handle. Keinesfalls aber sei mit der absichtslosen Erwähnung des BVerwG die Feststellung eines privaten Charakters der KVB im Sinne des privaten Krankenversicherungsrechts und insbesondere im Sinne des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) verbunden. Gegen die Annahme, dass es sich bei der PBeaKK um eine private Krankenversicherung im Sinne des SGB V handle, spreche schließlich auch eindeutig die Begründung des zugrundeliegenden Gesetzes. In dem durch das GKV-WVG neu geschaffenen [§ 291a Abs. 1a SGB V](#) sei, die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte betreffend, nachträglich ausdrücklich der Satz 6 mit aufgenommen worden, wonach die Regelungen des [§ 291a Abs. 1a SGB V](#) auch für die PBeaKK und die KVB gelten sollen. Ausweislich der Gesetzesbegründung habe mit der vorgenannten Änderung bezweckt werden sollen, auch für die rund 850.000 Versicherten der PBeaKK und der KVB, die als betriebliche Sozialeinrichtung der ehemaligen Deutschen Bundespost bzw. der Deutschen Bundesbahn weder eine Krankenkasse im Sinne des SGB V seien noch zu den privaten Krankenversicherungen gehörten, eine gesetzliche Grundlage zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte zu schaffen. Entgegen der Beklagten gehe danach auch der Gesetzgeber erklärtermaßen davon aus, dass es sich bei der PBeaKK um keine private Krankenkasse handle. Insoweit sei kein Grund ersichtlich, warum er dies im 10. Kapitel des SGB V feststellen und im 2. Kapitel desselben Gesetzes anders beurteilen sollte. Dies wäre weder nachvollziehbar noch zulässig.

Die Klägerin beantragt,  
den Bescheid vom 24. April 2007 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 15. November 2007 aufzuheben und festzustellen, dass sie seit 1. April 2007 bei der Beklagten in der Gesetzlichen Krankenversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – pflichtversichert und die Beklagte verpflichtet ist, ihr entsprechenden Versicherungsschutz zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,  
die Klage abzuweisen.

Die Beklagte hält an den angefochtenen Bescheiden fest, wobei sie sich in ihrer Rechtsauffassung durch den o.a. Beschluss des Bayerischen Landessozialgerichts bestätigt sieht.

Wegen der weiteren Einzelheiten, insbesondere wegen des jeweiligen weiteren Vorbringens der Beteiligten wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichtsakte insgesamt; zu den vom Gericht im Verlauf des Rechtsstreits erteilten rechtlichen Hinweisen dabei insbesondere auf Bl. 26 ff. und 45 ff. Ebenso wird Bezug genommen auf den beigezogenen Verwaltungsvorgang der Beklagten, dessen wesentlicher, den vorliegenden Rechtsstreit betreffender Inhalt gleichfalls Gegenstand der mündlichen Verhandlung war, in der die Kammer die Klägerin zum Sachverhalt nochmals befragt hat. Zu ihrer Ausführungen wird Bezug genommen auf den Inhalt der Sitzungsniederschrift. Weiterhin wird Bezug genommen auf die beigezogene Gerichtsakte des einstweiligen Anordnungs-Verfahrens S 12 KR 390/07 ER und die dort beigezogene weitere Verwaltungsakte der Beklagten, deren jeweils wesentlicher, den vorliegenden Rechtsstreit betreffender Inhalt gleichfalls Gegenstand der mündlichen Verhandlung war.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist zulässig. Sie ist insbesondere form- und fristgerecht vor dem zuständigen Gericht erhoben worden ([§§ 87, 90 Sozialgerichtsgesetz – SGG -](#)).

Die Klage ist auch begründet. Die angefochtenen Bescheide sind rechtswidrig. Entgegen der Beklagten ist die Klägerin seit 1. April 2007 bei der Beklagten in der GKV nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) pflichtversichert und die Beklagte verpflichtet, der Klägerin entsprechenden Versicherungsschutz zu gewähren, da es sich mit der Klägerin bei der PBeaKK weder um eine gesetzliche noch um eine private Krankenkasse handelt, die Klägerin bis zur Begründung ihrer früheren Mitversicherung bei der PBeaKK zuletzt bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert war und nach Aktenlage zum 1. April 2007 auch keine laufenden Leistungen nach dem 3., 4., 6. und 8. Kapitel des SGB XII (vgl. [§ 5 Abs. 8 a Satz 2 SGB V](#)) erhalten hat bzw. zwischenzeitlich erhält, so dass entgegen der Beklagten und mit den Ausführungen der Klägerin hierzu auf Seiten der Klägerin mit dem 1. April 2007 Versicherungspflicht in der GKV bei der Beklagten eingetreten ist.

Dazu, dass es sich bei der PBeaKK weder um eine gesetzliche noch um eine private Krankenkasse handelt, nimmt die Kammer nicht nur die Ausführungen des Prozessbevollmächtigten der Klägerin in Bezug, sondern auch die o.a. Hinweise des Gerichts vom 7. Dezember 2007 und 12. Dezember 2007.

Wiederholend sei insoweit ausgeführt, dass sich die sozialgerichtliche Rechtsprechung bereits mehrfach mit der Rechtsstellung der PBeaKK auseinandergesetzt hat. Dies zwar vornehmlich in Rechtsstreiten zur privaten Pflegepflichtversicherung, da ansonsten für Rechtsstreite mit der PBeaKK das Verwaltungsgericht Stuttgart zuständig ist; diese Rechtsprechung bestätigt sodann aber, dass es sich bei der PBeaKK gerade um keine private Krankenkasse handelt, wobei darüber hinaus sowohl die PBeaKK als auch die KVB nicht dem Verband der privaten Krankenversicherer als deren ordentliche Mitglieder angehören, sondern lediglich als Verbundpartner, selbst wenn die privaten Krankenkassen mit den Ausführungen der Beklagten hierzu vor dem 1. April 2007 bisher intern die Versicherungszeiten bei PBeaKK und KVB gegenseitig als Vorversicherungszeiten anerkannt haben sollen. Exemplarisch sei bei alledem auf das Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 30. März 2000, [B 3 P 21/99 R](#) hingewiesen und die Tatsache, dass Versicherte/Mitglieder sowohl der PBeaKK als auch der KVB nur über die ausdrückliche Regelung des [§ 23 Abs. 4 Sozialgesetzbuch - Soziale Pflegeversicherung \(SGB XI\)](#) überhaupt pflichtversichert in der privaten Pflegepflichtversicherung geworden sind. Diese ausdrücklich gesetzlich geregelte entsprechende Anwendung war notwendig, weil die PBeaKK eben gerade weder private noch gesetzliche Krankenkasse ist. Die PBeaKK ist vielmehr eine Sozialeinrichtung der früheren Deutschen Bundespost in der Form einer Körperschaft des öffentlichen Rechts, die in ihrem Bestand geschlossen ist und mit dem Ziel der Abwicklung für die Bundesanstalt für Post und Telekommunikation Deutsche Bundespost und für die Aktiengesellschaften durch die

Bundesanstalt weitergeführt wird. Sie berechnet und zahlt zugunsten ihrer Mitglieder in Auftragsverwaltung Beihilfen nach den Beihilfavorschriften des Bundes. Ihre Aufgaben nimmt die PBeaKK in der Rechtsform einer rechtsfähigen Körperschaft des öffentlichen Rechts nach den Grundsätzen der Selbstverwaltung wahr, wobei das BSG zuletzt mit Urteil vom 19. April 2007, [B 3 P 6/06 R](#) die Eigenschaft als Sozialeinrichtung der früheren Deutschen Bundespost nochmals ausdrücklich hervorhebt. Neben der vorgenannten Rechtsprechung nimmt die Kammer insoweit auch die Satzung der PBeaKK (vgl. [www.pbeakk.de](http://www.pbeakk.de)) selbst in Bezug.

Eine der vorgenannten ausdrücklichen Regelung im SGB XI entsprechende Regelung zum 1. April 2007 enthält das SGB V nicht. [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) dürfte eine entsprechende Anwendung insoweit nicht zulassen. Letzteres gilt umso mehr, als dann auch selbst das GKV-WSG keine angeordnete ausdrückliche Verpflichtung der privaten Krankenkassen dahingehend enthält, ehemalige Mitglieder der PBeaKK (wieder) aufzunehmen. Im Gegenteil: Auch [§ 291a Abs. 1a Satz 6 SGB V](#) in der Fassung des vorgenannten Gesetzes dürfte mit der Klägerin auch wiederum deutlich machen, dass es sich bei PBeaKK und KVB gerade nicht um private Krankenkassen handelt.

Bei alledem sei zumindest auszugsweise auch noch auf die Historie der PBeaKK (vgl. [www.pbeakk.de](http://www.pbeakk.de)) hingewiesen, die die vorstehenden Ausführungen zusätzlich untermauern: "Historie

Die Anfänge einer Krankenfürsorge für Beamte der Deutschen Reichspost gehen bereits auf die ersten Jahre nach der Reichsgründung zurück. Sie beziehen sich allerdings ausschließlich auf einen Teil der Beamten des unteren (heute: einfachen) Dienstes.

1874: Postvertrauensärzte angestellt

Bemerkenswert für die Entwicklung ist das Jahr 1874, als in einigen größeren Städten Postvertrauensärzte angestellt wurden und die Oberpostdirektionen die Ermächtigung erhielten, diesen Ärzten mittellose untere Beamte zur unentgeltlichen Behandlung zu überweisen. Die Fürsorgemaßnahme betraf nur die Beamten selbst, nicht aber deren Familienangehörige. Hierfür hatte der Beamte selbst aufzukommen, was naturgemäß zu erheblichen Belastungen der Betroffenen führte und die Fürsorge als unzureichend und dringend ergänzungswürdig erscheinen ließ.

1. Oktober 1885: Gründung der "Postkrankenkasse"

Vor dem Hintergrund der zunehmenden Industrialisierung wurden zwar durch die "Kaiserliche Botschaft" vom 17. November 1881 sozialpolitische Gesetze in Aussicht gestellt und in der Folgezeit auch eingeführt (z.B. das "Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter" vom 15. Juni 1883, das Unfallversicherungsgesetz von 1884 und ein Invaliditäts- und Alterssicherungsgesetz von 1889), jedoch betrafen diese mit geringen Einschränkungen nur die Arbeiter. Sie führten allerdings am 1. Oktober 1885 zur Gründung der "Post-Krankenkasse", der heutigen Bundespostbetriebskrankenkasse.

Entscheidende Verbesserungen für die Beamten - und auch hier wiederum nur für die Bediensteten der unteren Laufbahn - sollten noch Jahrzehnte auf sich warten lassen.

1. März 1913: Gründungstag der Postbeamtenkrankenkasse

Mit Wirkung vom 1. März 1913 verfügte das Reichspostamt die Einrichtung einer Krankenkasse bei jeder Oberpostdirektion. Sie trugen den Namen "Krankenkasse für Unterbeamte im Bezirk der Kaiserlichen Postdirektion in ...". Daraufhin nahmen 41 Kassen - ausgestattet mit der Mustersatzung vom 22. Februar 1913 - ihre Tätigkeit auf. Der 1. März 1913 ist deshalb als der Gründungstag der Postbeamtenkrankenkasse anzusehen.

Beitrittsberechtigt waren alle Beamten des einfachen Dienstes und ihre Angehörigen. Die Kassen waren keine gesetzlichen Kassen im Sinne der Reichsversicherungsordnung (RVO), sondern Einrichtungen der Postverwaltung, deren Aufgabe es war, den Mitgliedern und ihren mitversicherten Angehörigen im Krankheitsfall Leistungen für eine ausreichende ärztliche und zahnärztliche Behandlung sowie für Arzneien und Heilmittel zu gewähren. Der Kassenbeitritt war freiwillig. Im Unterschied zu den RVO-Kassen wurde festgelegt, dass ein Leistungsanspruch gegen die Kasse entfiel, sofern ein ersatzpflichtiger Dritter vorhanden war.

Der ursprüngliche Name der Kasse änderte sich im Laufe der Zeit wiederholt. So entfiel mit dem Ende der Kaiserzeit das Wort "Kaiserliche". Zu Beginn der zwanziger Jahre erhielten die Kassen die Bezeichnung "Krankenkasse für Post- und Telegrafbeamte" und zu Beginn der dreißiger Jahre den Namen "Krankenkasse für Beamte der Deutschen Reichspost im Bezirk der Oberpostdirektion ...". Ab 1. April 1938 nannte sich die Kasse "Postbeamtenkrankenkasse in ...(Sitz der Kassen)". Mit Wirkung vom 1. Januar 1942 wurden die Kassen unter der Bezeichnung "Reichspostkrankenfürsorge" (RPKF) zu einer für das gesamte Reichsgebiet einheitlichen Krankenkasse zusammengefasst. Zu diesem Zeitpunkt wurden allen Beamten und nicht versicherungspflichtigen Angestellten der Deutschen Reichspost der Beitritt zur Kasse und die Mitversicherung ihrer Angehörigen ermöglicht.

1962: Hauptverwaltung in Stuttgart

Die RPKF wurde bis zum Ende des Zweiten Weltkrieges zentral verwaltet, zerfiel dann durch die bekannten Verhältnisse nach 1945 (vier Besatzungszonen usw.) vorübergehend in bezirksweise verwaltete PBeaKK mit Bezirksleitungen. Erst ab dem 15. November 1951 konnte die PBeaKK mit einer Hauptgeschäftsstelle - ab 1962 Hauptverwaltung genannt - in Stuttgart ihre Tätigkeit als eine einheitlich geleitete Krankenkasse wieder aufnehmen.

Die PBeaKK in ihrer heutigen Gestalt ist eine bundesunmittelbare Körperschaft des öffentlichen Rechts mit eigener Rechtspersönlichkeit. Ihr Sitz ist Stuttgart. Sie ist keine gesetzliche Kasse im Sinne des SGB V. Die Postbeamtenkrankenkasse ist eine Sozialeinrichtung der früheren Deutschen Bundespost. Sie ist nach Maßgabe des Bundesanstalt Post-Gesetzes (§ 26 Absatz 2) in ihrem Bestand geschlossen und wird mit dem Ziel der Abwicklung für die "Bundesanstalt für Post und Telekommunikation Deutsche Bundespost" und für die Aktiengesellschaften (Unternehmen der ehemaligen Deutschen Bundespost) durch die Bundesanstalt weitergeführt.

Die PBeaKK ist nach den sinngemäß anzuwendenden Grundsätzen der Selbstverwaltung gestaltet. Unter Selbstverwaltung der PBeaKK ist vor allem zu verstehen, dass der Verwaltungsrat paritätisch besetzt ist und die Mitglieder über ihre Mitgliedervertreter im Verwaltungsrat an der Verwaltung der PBeaKK und ihrer weiteren Gestaltung und Entwicklung gleichwertig mitwirken können.

Mitgliedschaft Allgemeines Die Postbeamtenkrankenkasse ist im Rahmen der Postreform II seit dem 01.01.1995 in ihrem Bestand geschlossen. D.h. es können (mit Ausnahmen) keine Mitglieder mehr aufgenommen werden."

Zur weiteren Historie der PBeaKK sei schließlich auch noch auf das Urteil des BVerwG vom 25. Juni 1964, [VIII C 23.63](#) hingewiesen, das den alleinigen Beihilfecharakter der Leistungen der PBeaKK unterstreicht. Ebenso das Urteil des BVerwG vom 20. August 1969, [VI C 130.67](#) sowie die Beschlüsse vom 15. September 1998, [1 D 22/98](#) und vom 4. Juni 2007, [2 AV 1/07](#), wobei in der letztgenannten Entscheidung ausdrücklich nochmals darauf hingewiesen wird, dass die PBeaKK nach § 1 Abs. 2 Satz 2 ihrer Satzung in Auftragsverwaltung für ihre Mitglieder Beihilfen nach den Beihilfavorschriften des Bundes berechnet und zahlt und mit ihren Sitz in Stuttgart (§ 1 Abs. 4 der Satzung) insoweit öffentlich-rechtlich handelt (§ 1 Abs. 2 Satz 4 der Satzung). Auch mit dem VGH Baden-Württemberg, Beschluss vom 18. Dezember 2006, [4 S 2531/05](#) handelt es sich danach bei der PBeaKK allein um eine Selbsthilfeeinrichtung, also nicht nur um keine gesetzliche Krankenkasse, sondern auch nicht um eine private Krankenkasse.

Nachdem bei alledem nach Überprüfung der Kammer auch die übrigen Voraussetzungen für eine Pflichtversicherung der Klägerin in der GKV bei der Beklagten zum 1. April 2007 vorgelegen haben, war der Klage somit insgesamt stattzugeben.

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

Der gesonderten Entscheidung über eine Zulassung der Berufung bedurfte es nicht; Berufungsausschlussgründe, die eine solche Entscheidung erforderlich gemacht hätten, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2016-03-08