S 12 KR 3271/17

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Baden-Württemberg
Sozialgericht	Landessozialgericht Baden-Württemberg
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	4.
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	1. Bei einer rückwirkenden Beendigung einer freiwilligen Mitgliedschaft ist die Regelung des § 9 Abs. 2 Nr. 1 SGB V in der Form anzuwenden, dass die Beitrittsfrist von drei Monaten erst mit Bekanntgabe des entsprechenden Bescheids beginnt und nicht bereits mit dem in der Vergangenheit liegenden Zeitpunkt des tatsächlichen Endes der Mitgliedschaft. 2. Weist die Krankenkasse in einem solchen Fall den Versicherten nicht auf die Fristenregelung des § 9 Abs. 2 Nr. 1 SGB V hin, ist der Versicherte im Wege des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs so zu stellen, als ob er fristgerecht den Beitritt zur freiwilligen Versicherung angezeigt hätte.
Normenkette	SGB 5 § 9 Abs 2 Nr 1 SGB 5 § 188 Abs 4 SGB 12 § 48 SGB 5 § 264 SGB 10 § 44 Abs 2 S 2

1. Instanz

Aktenzeichen	S 12 KR 3271/17
Datum	21.02.2020

2. Instanz

Aktenzeichen	L 4 KR 1405/20
Datum	22.07.2022

3. Instanz

Datum	-

Auf die Berufung der KlÃ¤gerin wird das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 21.Â Februar 2020 aufgehoben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 22. November 2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 13. September 2017 verurteilt, den Bescheid vom 8. August 2016 insoweit zurÃ¼ckzunehmen, als sie die DurchfÃ¼hrung einer freiwilligen Mitgliedschaft der KlÃ¤gerin ab 1. Juli 2015 ablehnte.

Es wird festgestellt, dass die KlÃ¤gerin ab 1. Juli 2015 freiwillig versichertes Mitglied der Beklagten ist.

Die Beklagte trÃ¤gt die auÃergerichtlichen Kosten der KlÃ¤gerin in beiden RechtszÃ¼gen.

<u>Tatbestand</u>

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob die KlÃ¤gerin seit 1. Juli 2015 (freiwilliges) Mitglied der Beklagten ist.

Die 1957 geborene KlÃ¤gerin siedelte im Jahr 2007 aus RumÃ¤nien kommend in die Bundesrepublik Deutschland Ã¼ber. Sie bezog ab 18.Â MÃ¤rz 2009 Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) und war hierdurch bei der Beklagten pflichtversichert. Ein im Jahr 2015 bei der Deutschen Rentenversicherung Baden-WÃ¼rttemberg (DRV BW) gestellter Antrag der KlÃ¤gerin auf GewÃ¤hrung von Rente wegen Erwerbsminderung blieb erfolglos. Die KlÃ¤gerin wurde zwar fÃ¼r voll erwerbsgemindert erachtet, jedoch erfÃ¼llte sie nicht die Wartezeit fÃ¼r die GewÃ¤hrung einer entsprechenden Rente.

Mit Bescheid vom 18. Juni 2015 bewilligte die Beigeladene zu 1 (Fachbereich Sozialhilfe) der KlÃ¤gerin daraufhin rÃ¼ckwirkend ab 1.Â November 2014 (zunÃ¤chst bis 31. Oktober 2015) Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Vierten Kapitel des ZwÃ¶lften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XII) und teilte der KlÃ¤gerin gleichzeitig mit, dass die Zahlung fÃ¼r den Zeitraum 1. November 2014 bis 30.Â Juni 2015 an das Jobcenter geleistet werde, das einen Erstattungsanspruch angemeldet habe.

Mit Bescheid vom 14. Juli 2016 wandte sich die Beklagte an die KlÃ¤gerin und teilte mit, dass sie â€žauch nach Beendigung der Kranken- und Pflegeversicherung ab 01.11.2014 automatisch von einem optimalen Versicherungsschutzâ€œ bei ihr profitiere, und fÃ¼hrte weiter aus, gesetzlich dazu verpflichtet zu sein, die Versicherung auf der Basis der Beitragsbemessungsgrenze weiterzufÃ¼hren, solange sie die HÃ¶he der tatsÃ¤chlichen Einnahmen nicht kenne, weshalb sie die beigefÃ¼gten EinkommensfragebÃ¶gen ausfÃ¼llen mÃ¶ge; die BeitrÃ¤ge zur Kranken- und Pflegeversicherung setzte sie insgesamt mit monatlich 745,81Â â€¬ fest. FÃ¼r die Zeit vom 1.Â November 2014 bis 30. Juni 2016 errechnete sie einen Betrag von insgesamt 14.530,62Â â€¬, den die KlÃ¤gerin bis spÃ¤testens 28. Juli

2016 Ã¼berweisen mÃ¶ge. Mit Schreiben vom 22.Â Juli 2016 wandte sich die Beklagte darÃ¼ber hinaus an die Beigeladene zu 1. Sie teilte mit, dass die KlÃ¤gerin seit 1.Â November 2014 als freiwilliges Mitglied bei ihr versichert sei und bat um Ãbersendung der Sozialhilfebescheide mit den Berechnungsgrundlagen sowie um RÃ¼cksendung der ausgefÃ¼llten â€œÃbernahmeerklÃ¤rungâ€. Die Beigeladene zu 1 Ã¼bersandte der Beklagten sodann den erwÃ¤hnten Bescheid vom 18.Â Juni 2015 sowie die Bescheide vom 19. Oktober 2015 und 23. November 2015 (Bewilligung vom Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung vom 1. bis 30. November 2015 bzw. vom 1.Â Dezember 2015 bis 31. Oktober 2016) und erklÃ¤rte sich bereit, die Kranken- und PflegeversicherungsbeitrÃ¤ge ab Beginn der Mitgliedschaft (1. November 2014) zu tragen.

Mit Bescheid vom 8. August 2016 fÃ¼hrte die Beklagte gegenÃ¼ber der KlÃ¤gerin aus, ihre ursprÃ¼ngliche Versicherung habe geendet. Um ihren Versicherungsschutz sicherzustellen, habe sie â€œ die Beklagte â€œ ab 1. November 2014 eine neue Versicherung, eine obligatorische Anschlussversicherung, durchgefÃ¼hrt. Nach sorgfÃ¤ltiger PrÃ¼fung habe sie nun festgestellt, dass sie â€œ die KlÃ¤gerinÂ â€œ nicht ihr Mitglied werden kÃ¶nne. Personen, die u.a. Leistungen nach dem SGB II bezÃ¶gen oder EmpfÃ¤nger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten oder Siebten Kapitel des SGB XII seien, seien nicht versicherungspflichtig nach Â§ 5 Abs. 1 Nr. 13 des FÃ¼nften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) und auch eine obligatorische Anschlussversicherung nach Â§Â 188 SGBÂ V sei nicht mÃ¶glich. Die KlÃ¤gerin mÃ¶ge sich an die Beigeladene zu 1 wenden; diese sei fÃ¼r die Absicherung im Krankheitsfall zustÃ¤ndig.

Die Beigeladene zu 1, der die Beklagte eine Mehrfertigung dieses Bescheides Ã¼bersandt hatte, bat daraufhin um ErlÃ¤uterung, weshalb eine freiwillige Mitgliedschaft nicht durchgefÃ¼hrt werden kÃ¶nne. Die Beklagte fÃ¼hrte mit Schreiben vom 8. September 2016 sodann aus, ein Antrag auf die freiwillige Versicherung sei immer spÃ¤testens drei Monate nach dem Ende der letzten Versicherung zu stellen. Werde der Antrag nicht innerhalb von drei Monaten nach dem Ende der letzten Versicherung gestellt, sei aufgrund der neuen Gesetzeslage nach Â§ 188 Abs. 4 SGB V eine obligatorische Anschlussversicherung zu prÃ¼fen, die gegenÃ¼ber einer Pflichtversicherung nach Â§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V vorrangig sei. Vorliegend greife der Ausschlusstatbestand nach Â§Â 188 Abs.Â 4 Satz 3 SGB V. Denn wenn die Versicherungspflicht eines Beziehers von Arbeitslosengeld II ende und ein Anspruch auf anderweitigen Versicherungsschutz bestehe, sei eine obligatorische Anschlussversicherung nicht mÃ¶glich. Der in Â§ 188 Abs. 4 Satz 3 SGB V verwendete Begriff â€œanderweitiger Anspruch im Krankheitsfallâ€ sei inhaltlich deckungsgleich mit dem gleichlautenden Begriff in Â§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V. Als typisches Beispiel seien Personen zu nennen, die wÃ¤hrend des Bezugs von Arbeitslosengeld II nach Â§ 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V versicherungspflichtig seien und anschlieÃend nahtlos oder innerhalb der Monatsfrist laufende Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des SGB XII bezÃ¶gen.

Mit Bescheid vom 11. Oktober 2016 hob die Beigeladene zu 1 (Fachbereich Jobcenter) gegenÃ¼ber der KlÃ¤gerin den Bescheid vom 24.Â Februar 2015 Ã¼ber die Bewilligung von ArbeitslosengeldÂ II ab 1. Juli 2015 auf. Zur BegrÃ¼ndung

fÃ¼hrte sie aus, die DRV BW habe festgestellt, dass ihr LeistungsvermÃ¶gen weniger als drei Stunden tÃ¤glich betrage und sie daher nicht erwerbsfÃ¤hig sei. Mangels ErwerbsfÃ¤higkeit lÃ¤gen die Voraussetzungen fÃ¼r den Bezug von Leistungen nach dem SGB II nicht vor. Die Beigeladene zu 1 meldete die KlÃ¤gerin dann am 27.Â Oktober 2016 bei der Beklagten rÃ¼ckwirkend zum 30. Juni 2015 ab.

Mit Schreiben vom 8. November 2016 wandte sich die KlÃ¤gerin, vertreten durch eine Mitarbeiterin des Arbeitslosenzentrums L. e.V., an die Beigeladene zu 1 und bat um eine Ãberprüfung ihres Krankenversicherungsschutzes gemÃ¤Ã Â§ 44 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X). Sie fÃ¼hrte aus, der SGB II-TrÃ¤ger habe vermutlich eine Ummeldung an den zustÃ¤ndigen KrankenversicherungstrÃ¤ger versÃ¤umt und die Beklagte habe parallel hierzu nicht reagiert. Sie sei seit dem Wechsel vom SGB II zum SGB XII nicht krankenversichert. So habe sie vom zustÃ¤ndigen KrankenversicherungstrÃ¤ger eine Aufforderung bekommen, BeitrÃ¤ge in HÃ¶he von mehr als 14.000 â¬ nachzuzahlen. Sie verwies darÃ¼ber hinaus auf einen analog beim Sozialgericht H. (SG) gestellten Antrag auf GewÃ¤hrung einstweiligen Rechtsschutzes.

Am 10.Â November 2016 stellte die KlÃ¤gerin, wiederum vertreten durch die Mitarbeiterin des Arbeitslosenzentrums L. e.V., beim SG Antrag auf GewÃ¤hrung einstweiligen Rechtsschutzes (SÂ 11 KR 3413/16 ER) gegen die Beklagte, mit dem sie Versicherungsschutz durch die Beklagte begehrte. Nach Hinweis des SG auf die fehlende EilbedÃ¼rftigkeit nahm die KlÃ¤gerin diesen Antrag zurÃ¼ck.

Mit Schreiben vom 16. November 2016 wandte sich die Mitarbeiterin des Arbeitslosenzentrums L. e.V. auch an die Beklagte, zeigte die Vertretung der KlÃ¤gerin â bis ein gesetzlicher Betreuer sich ihrer annimmtâ an und stellte einen â ÃberprÃ¼fungsantrag nach Â§ 44 SGB Xâ. Sie verwies darauf, dass die Beklagte die Mitgliedschaft der KlÃ¤gerin gekÃ¼ndigt habe, obwohl der SGB XII-TrÃ¤ger die BeitrÃ¤ge nachgezahlt hÃ¤tte. Die Beklagte habe die KlÃ¤gerin fÃ¼r die vergangenen Fehler verantwortlich gemacht, obwohl sie anerkannte Analphabetin sei.

Mit Bescheid vom 22. November 2016 fÃ¼hrte die Beklagte aus, eine Ãnderung der Sach- oder Rechtslage sei nicht eingetreten. Eine Unrichtigkeit der Vorentscheidung sei nicht festzustellen. Der Versicherungsschutz sei vom Jobcenter am 27. Oktober 2016 rÃ¼ckwirkend zum 30. Juni 2015 beendet worden. Dies sei der KlÃ¤gerin mit Aufhebungsbescheid vom 11. Oktober 2016 mitgeteilt worden. Damit sei die Bewilligung von Arbeitslosengeld II zum 1. Juli 2015 aufgehoben worden, da Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Vierten Kapitel des SGBÂ XII bezogen werde. Eine obligatorische Anschlussversicherung komme nach Â§ 188 Abs. 4 Satz 3 SGBÂ V nicht zustande, sofern ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall nachgewiesen werde. Dies sei der Fall, da die KlÃ¤gerin laufende Leistungen nach dem Vierten Kapitel des SGB XII erhalte. Somit sei eine obligatorische Anschlussversicherung nach Â§ 188 Abs. 4 SGBÂ V sowie eine Pflichtversicherung nach Â§ 5 Abs.Â 1 Nr. 13 SGB V nicht mÃ¶glich.

Hiergegen erhob die KlÃ¤gerin durch die nunmehr prozessbevollmÃ¤chtigte

RechtsanwÃ¤ltin Widerspruch und machte geltend, sie stehe im laufenden SGB XII-Bezug, weshalb die Krankenbehandlung gemÃ¤Ã Â§ 264 Abs. 2 Satz 1 SGB V von der Beklagten zu Ã¼bernehmen sei. Die KlÃ¤gerin habe von ihrem Wahlrecht gemÃ¤Ã Â§Â 264 Abs. 3 SGB V Gebrauch gemacht und die Beklagte als Krankenkasse gewÃ¤hlt. Sie sei im Leistungsumfang mit den gesetzlich Krankenversicherten gleichzustellen. Die Beklagte mÃ¶ge ihrem Widerspruch daher stattgeben und bestÃ¤tigen, dass sie bei ihr gemÃ¤Ã Â§ 264 Abs. 2 SGB V krankenversichert sei. Mit Widerspruchsbescheid vom 13. September 2017 wies der Widerspruchsausschuss der Beklagten den Widerspruch zurÃ¼ck. Mit Bescheid vom 8. August 2016 sei der Antrag auf die obligatorische Anschlussversicherung zu Recht abgelehnt worden.

Bereits am 20. Juli 2017 hatte die KlÃ¤gerin beim SG einen weiteren Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung gestellt (S 9 KR 2300/17 ER) und geltend gemacht, sie benÃ¶tige dringend medizinische Hilfe und die Beklagte verweigere die Ãbernahme der Behandlungskosten. Mit Beschluss vom 19. September 2017 verpflichtete das SG die Beklagte, die Krankenbehandlung der KlÃ¤gerin nach Â§ 264 Abs. 2 Satz 1 SGB V vorlÃ¤ufig ab 1. Juli 2016 bis zum rechtskrÃ¤ftigen Abschluss der Hauptsache zu Ã¼bernehmen. Die dagegen eingelegten Beschwerden der KlÃ¤gerin und der Beigeladenen zu 1 (L 5 KR 4050/17 ER-B) blieben erfolglos (Beschluss des Landessozialgerichts [LSG] Baden-WÃ¼rttemberg vom 11. Dezember 2017).

Mit ihrer am 9. Oktober 2017 beim SG durch ihre ProzessbevollmÃ¤chtigte erhobenen Klage machte die KlÃ¤gerin die Rechtswidrigkeit der Bescheide vom 8. August 2016 sowie 22. November 2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids am 13. September 2017 geltend und begehrte zuletzt, sie ab 1. Juli 2015 als freiwilliges Mitglied gemÃ¤Ã Â§ 188 Abs.Â 4 SGB V zu versichern. Sie legte die Bestellungsurkunde (Betreuerausweis) des Notariats L., Betreuungsgericht, vom 13.Â Februar 2017 Ã¼ber die Betreuerbestellung u.a. fÃ¼r den Aufgabenkreis â Regelung von allen vermÃ¶gensrechtlichen Angelegenheiten (insbesondere auch von Arbeits- Renten- Versicherungs- Sozialhilfeangelegenheiten und sonstiger Versicherungsangelegenheiten)â vor.

Die Beklagte trat der Klage mit der BegrÃ¼ndung entgegen, der Ausschlusstatbestand des Â§ 188 Abs. 4 Satz 3 SGB V sei angesichts des nachgehenden Leistungsanspruch nach Â§ 19 Abs. 2 oder 3 SGB V i.V.m. dem sich daran anschlieÃenden anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall erfÃ¼llt, da der Bezug laufender Leistungen u.a. nach dem Vierten Kapitel des SGB XII einen Anspruch auf Hilfe bei Krankheit gemÃ¤Ã Â§ 48 SGB XII umfasse. Dieser Anspruch sei â ebenso wie im Rahmen des Â§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V â ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall im Sinne des Â§ 188 Abs. 4 Satz 3 SGB V. Dies gelte unabhÃ¤ngig davon, dass sich die anderweitige Absicherung im Krankheitsfall auÃerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung nahtlos an die vorherige Versicherungspflicht anschlieÃe. Ausweislich des Bescheids vom 18. Juni 2015 beziehe die KlÃ¤gerin seit 1. November 2014 Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Vierten Kapitel des SGB XII. Die Pflichtversicherung sei zum 30. Juni 2015 beendet worden. Somit sei im

Anschluss an die Pflichtversicherung eine obligatorische Anschlussversicherung aufgrund einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall ab 1.Â Juli 2015 nicht mÃ¶glich. Im Zeitraum vom 1. November 2014 bis 30. Juni 2015 sei die KlÃ¤gerin kranken- und pflegeversichert gewesen.

Mit Beschluss vom 18. Dezember 2017 lud das SG das Landratsamt L. zu dem Verfahren bei (Beigeladene zu 1), das sich den AntrÃ¤gen der KlÃ¤gerin anschloss. Nach Auffassung der Beigeladenen zu 1 habe die KlÃ¤gerin einen Anspruch auf eine freiwillige Krankenversicherung ab 1. November 2014. Die Beklagte habe das freiwillige VersicherungsverhÃ¤ltnis mit Bescheid vom 14. Juli 2016 rÃ¼ckwirkend ab 1. November 2014 bewilligt. Diesen Bescheid habe sie zu keinem Zeitpunkt wirksam aufgehoben. Das Schreiben vom 8. August 2016 stellte keinen wirksamen Aufhebungsbescheid dar, da es weder die gesetzliche Grundlage fÃ¼r die Aufhebung benenne noch die tatsÃ¤chlichen GrÃ¼nde fÃ¼r die Beendigung des freiwilligen VersicherungsverhÃ¤ltnisses darlege. Auch unter der Voraussetzung, dass das Schreiben vom 8. August 2016 ein wirksamer Aufhebungsbescheid sei, bestehe ein Anspruch der KlÃ¤gerin auf eine freiwillige Weiterversicherung, da sie die Anspruchsvoraussetzungen gemÃ¤Ã Â§ 9 Abs. 1 Nr. 1 SGB V erfÃ¼lle. Sie sei aus der gesetzlichen Versicherungspflicht ausgeschieden und sei in den letzten fÃ¼nf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens 24 Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens 12 Monate versichert gewesen. Zwar habe sie nach Beendigung der Pflichtversicherung nicht die Frist von drei Monaten zu ErklÃ¤rung ihres Beitritts zur freiwilligen Krankenversicherung eingehalten, dies rechtfertige die Ablehnung der freiwilligen Versicherung jedoch nicht. Denn zum Zeitpunkt der Kenntnis der KlÃ¤gerin Ã¼ber das Ende ihrer Pflichtmitgliedschaft sei die Frist in der Vergangenheit bereits lange abgelaufen gewesen. Das Jobcenter habe die KlÃ¤gerin mit Schreiben vom 27. Oktober 2016 nÃ¤mlich rÃ¼ckwirkend zum 30.Â Juni 2015, also fÃ¼r einen Zeitraum von 16 Monaten in die Vergangenheit abgemeldet. Damit sei es der KlÃ¤gerin niemals mÃ¶glich gewesen, die Frist von drei Monaten einzuhalten. Dies habe die Beklagte wohl auch gewusst. Denn sie habe mit Bescheid vom 14. Juli 2016 die freiwillige Versicherung ab 1. November 2014 bewilligt, obwohl die Frist abgelaufen gewesen sei. Sofern sie nun den Ablauf der Frist moniere, sei dies nicht nachvollziehbar. Sie habe durch ihren Bescheid vom 14. Juli 2016 selbst einen Vertrauenstatbestand geschaffen, der die KlÃ¤gerin habe annehmen lassen kÃ¶nnen, dass der Fristablauf nicht zu ihren Ungunsten berÃ¼cksichtigt werde.

Nach Umzug der KlÃ¤gerin zum 1. Juli 2018 lud das SG mit Beschluss vom 19. Dezember 2018 die Stadt H. als nunmehr zustÃ¤ndiger TrÃ¤ger der Sozialhilfe (Beigeladene zu 2) zu dem Verfahren bei.

Mit Urteil vom 21. Februar 2020 wies das SG die Klage ab. Die KlÃ¤gerin habe keinen Anspruch auf RÃ¼cknahme des Bescheids vom 8. August 2016, da dieser rechtmÃ¤Ãig sei. Die Beklagte sei zutreffend davon ausgegangen, dass die KlÃ¤gerin bei ihr nicht freiwillig versichert sei, weder im Rahmen der obligatorischen Anschlussversicherung nach Â§ 188 Abs. 4 SGB V noch aufgrund eines Beitritts. Die KlÃ¤gerin erfÃ¼lle fÃ¼r eine obligatorische Anschlussversicherung zwar die Voraussetzungen des Â§ 188 Abs. 4 Satz 1 SGB V, weil ihre Versicherungspflicht (Â§

5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V) mit dem Ende des Leistungsbezugs nach dem SGB II geendet habe und eine neue Versicherungspflicht durch den Bezug von Leistungen zur Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII nicht begrÃ¼ndet worden sei. So habe insbesondere keine Pflichtversicherung gemÃ¤Ã Â§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V bestanden. Denn neben weiteren Voraussetzungen setze diese Vorschrift voraus, dass ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall nicht bestehe. Diese Voraussetzung werde in Â§ 5 Abs.Â 8a SGB V konkretisiert. Nach dessen SatzÂ 1 sei nach Â§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V nicht versicherungspflichtig, wer nach Â§ 5 Abs. 1 Nr. 1 bis 12 SGB V versicherungspflichtig, freiwilliges Mitglied oder nach Â§Â 10 SGB V versichert sei. Dies gelte gemÃ¤Ã Satz 2 der Regelung entsprechend u.a. fÃ¼r EmpfÃ¤nger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten und Siebten Kapitel des SGB XII. Damit habe nach dem Gesetzesentwurf erreicht werden sollen, dass der SozialhilfetrÃ¤ger weiterhin fÃ¼r die Krankenbehandlung von EmpfÃ¤ngern von Leistungen nach dem Dritten bis Neunten Kapitel des SGB XII zustÃ¤ndig bleibe. Als Bezieherin von Leistungen nach dem SGBÂ XII habe die KlÃ¤gerin Anspruch auf Hilfe bei Krankheit gemÃ¤Ã Â§ 48 SGB XII, sodass eine Pflichtversicherung gemÃ¤Ã Â§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V nicht in Betracht komme. FÃ¼r eine obligatorische Anschlussversicherung erfÃ¼lle die KlÃ¤gerin zwar die Voraussetzungen des Â§Â 188 Abs. 4 Satz 1 SGB V, da sie ihren Austritt nicht erklÃ¤rt habe. Eine solche Versicherung sei im Hinblick auf die Regelung des Â§ 188 Abs. 4 Satz 3 2. Alt. SGB V jedoch ausgeschlossen. Denn danach gelte Satz 1 nicht fÃ¼r Personen, deren Versicherungspflicht ende, wenn ein Anspruch auf Leistungen nach Â§ 19 Abs.Â 2 SGB V bestehe, sofern im Anschluss daran das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachgewiesen wird. GemÃ¤Ã Â§ 19 Abs. 2 SGB V bestehe ein Anspruch auf Leistungen lÃ¤ngstens fÃ¼r einen Monat nach dem Ende der Mitgliedschaft, solange keine ErwerbstÃ¤tigkeit ausgeÃ¼bt werde. Diese Voraussetzungen seien zu bejahen. Die Mitgliedschaft der KlÃ¤gerin nach Â§ 5 Abs. 1 Nr. 2a SGBÂ V habe mit dem Ende des Bezugs von Leistungen nach dem SGB II geendet, eine ErwerbstÃ¤tigkeit sei nicht ausgeÃ¼bt worden und aufgrund des sich an den Bezug von Leistungen nach dem SGBÂ II anschlieÃenden Bezugs von Leistungen nach dem SGB XII habe sie einen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall in Form der Hilfe bei Krankheit nach Â§ 48 SGB XII gehabt. Die KlÃ¤gerin sei auch nicht aufgrund eines Beitritts zur freiwilligen Versicherung Mitglied der Beklagten geworden. Denn innerhalb von drei Monaten nach dem Ende der Pflichtmitgliedschaft, d.h. bis Ende September 2015, habe sie keine BeitrittserklÃ¤rung abgegeben. Im Hinblick auf die Frist des Â§ 9 Abs. 2 SGBÂ V sei in begrÃ¼ndeten AusnahmefÃ¤llen zwar eine Wiedereinsetzung in den vorigen Stand gemÃ¤Ã Â§Â 27 SGB X mÃ¶glich. Diese Voraussetzungen erfÃ¼lle die KlÃ¤gerin jedoch nicht. Die rÃ¼ckwirkende Bewilligung von Leistungen nach dem SGB XII und damit die rÃ¼ckwirkende Beendigung des Leistungsbezugs nach dem SGBÂ II sei bereits mit Bescheid der Beigeladenen zu 1 vom 18.Â Juni 2015 erfolgt, weshalb fÃ¼r die KlÃ¤gerin bereits im Sommer 2015 Anlass bestanden habe, das KrankenversicherungsverhÃ¤ltnis zu klÃ¤ren. DiesbezÃ¼glich sei im Sommer 2016 im Anschluss an den Bescheid vom 8. August 2016 zwar ein reger Schriftwechsel zwischen dem Betreuer der KlÃ¤gerin, der Beklagten, der Beigeladenen zu 1 und dem Arbeitslosenzentrum L. e.V. gefÃ¼hrt worden, ein Antrag auf Wiedereinsetzung durch die KlÃ¤gerin oder deren

Vertreter sei jedoch nicht gestellt worden. Auch im sozialgerichtlichen Verfahren habe die rechtsanwaltlich vertretene KlÃ¤gerin hierzu keine AusfÃ¼hrungen gemacht. Allein die Beigeladene zu 1 habe sich in ihrem rechtlichen Vortrag auf eine mÃ¶gliche Wiedereinsetzung in die versÃ¤umte Frist bezogen.

Gegen das ihrer ProzessbevollmÃ¤chtigten am 3. April 2020 zugestellte Urteil hat die KlÃ¤gerin am 4. Mai 2020 beim LSG Baden-WÃ¼rttemberg Berufung eingelegt und zur BegrÃ¼ndung zunÃ¤chst vorgebracht, eine obligatorische Anschlussversicherung sei entgegen der Ansicht des SG nicht gemÃ¤Ã Â§ 188 Abs. 4 Satz 3 2. Alt. SGB V ausgeschlossen. Die Voraussetzungen dieser Regelung seien nicht erfÃ¼llt. Sie sei weder familienversichert noch verfÃ¼ge sie Ã¼ber eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall. Eine solche habe sie gegenÃ¼ber der Beklagten auch nicht nachgewiesen. Nach stÃ¤ndiger Rechtsprechung, insbesondere des LSG Baden-WÃ¼rttemberg sei sozialhilferechtliche Krankenhilfe nach Â§ 48 SGB XII gegenÃ¼ber den Regelungen zur Krankenbehandlung nach Â§ 264 SGB V nachrangig, was auch in Â§ 48 Satz 2 SGB XII klargestellt sei. Auf den Hinweis des Senats, dass das Bundessozialgericht (BSG) mit Urteil vom 29. Juni 2021 â B 12 KR 35/19 R â entschieden habe, dass ein Anspruch auf Krankenhilfe nach dem SGBÂ XII im Sinne des Â§ 188 Abs. 4 SatzÂ 3 SGB V eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall darstelle, weshalb die Rechtsauffassung der Beklagten, eine obligatorische Anschlussversicherung sei nicht zustande gekommen, zutreffend sein dÃ¼rfte, machte die KlÃ¤gerin mit Schriftsatz ihrer ProzessbevollmÃ¤chtigten vom 3. Februar 2022 geltend, sie begehre ausdrÃ¼cklich die Fortsetzung des VersicherungsverhÃ¤ltnisses in Form einer freiwilligen Versicherung. Die notwendigen Vorversicherungszeiten seien erfÃ¼llt. Sie beantrage im Hinblick auf die BeitrittserklÃ¤rung ausdrÃ¼cklich die Wiedereinsetzung in den vorigen Stand. Sie habe keine Kenntnis von ihrer Verpflichtung gehabt, den Beitritt zur Krankenkasse innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Mitgliedschaft anzuzeigen. Sie sei Analphabetin. Weiter sei zu berÃ¼cksichtigen, dass der Leistungsbezug nach dem SGB II im Oktober 2016 rÃ¼ckwirkend zum 1. November 2014 beendet worden sei, weshalb sich die Frage stelle, inwiefern die SozialleistungstrÃ¤ger ihrer AufklÃ¤rungspflicht nachgekommen seien.

Die KlÃ¤gerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 21. Februar 2020 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 22. November 2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 13. September 2017 zu verurteilen, unter AbÃ¤nderung des Bescheids vom 8. August 2016 festzustellen, dass sie seit 1. Juli 2015 bei ihr freiwillig versichertes Mitglied ist.

Die Beklagte beantragt,

Â die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Sie hÃ¤lt die angefochtene Entscheidung fÃ¼r richtig und verweist darauf, dass die KlÃ¤gerin seit 1.Â Juli 2016 gegen Kostenerstattung nach Â§ 264 SGB V bei ihr

versichert sei.

Die Beigeladenen haben keinen Antrag gestellt und sich zur Sache nicht geÃ¤uÃ□ert.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird Bezug genommen auf die Verfahrensakten des SG und des Senats, die Verwaltungsakten der Beklagten sowie die Akten der Verfahren S 11 KR 3413/16 ER und S 9 KR 2300/17 ER.

EntscheidungsgrÃ¼nde

1. Die nach Â§ 143 Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte und gemÃ¤Ã□ Â§ 151 Abs. 1 SGG form- und fristgerecht eingelegte Berufung der KlÃ¤gerin ist zulÃ¤ssig. Die Berufung bedurfte nicht der Zulassung gemÃ¤Ã□ Â§ 144 Abs. 1 Satz 1 SGG. Die KlÃ¤gerin begehrt die Feststellung, sie sei seit 1. Juli 2015 freiwilliges Mitglied der Beklagten und damit nicht eine Geld-, Sach- oder Dienstleistung oder einen hierauf gerichteten Verwaltungsakt.

2. Gegenstand des Rechtsstreits ist das Begehren der KlÃ¤gerin auf Feststellung ihrer freiwilligen Mitgliedschaft bei der Beklagten seit 1. Juli 2015. Die KlÃ¤gerin verfolgt dieses Begehren im Rahmen eines Zugunstenverfahrens nach Â§ 44 SGB X mit dem Ziel der (teilweisen) RÃ¼cknahme des bestandskrÃ¤ftigen Bescheides vom 8. August 2016, mit dem die Beklagte entschied, dass die KlÃ¤gerin entgegen der ab 1.Â November 2014 durchgefÃ¼hrten obligatorischen Anschlussversicherung nicht ihr Mitglied werden kÃ¶nne. Streitbefangen ist damit der Bescheid der Beklagten vom 22. November 2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 13.Â September 2017 (Â§ 95 SGG), mit dem es die Beklagte ablehnte, den Bescheid vom 8. August 2016 aufzuheben und die KlÃ¤gerin als freiwilliges Mitglied aufzunehmen.

Nicht Gegenstand des Verfahrens ist die Mitgliedschaft der KlÃ¤gerin in der sozialen Pflegeversicherung bei der bei der Beklagten eingerichteten Pflegekasse. Weder im Ausgangs-, AbÃ¤nderungs- noch im Widerspruchsbescheid wurde eine Entscheidung hierzu getroffen. Die Bescheide ergingen nicht auch im Namen der Pflegekasse. Die Klage richtete sich ausdrÃ¼cklich (nur) gegen die beklagte Krankenkasse. Auch das SG entschied nur zur Mitgliedschaft in der Krankenversicherung. Ohnehin folgt die Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung nach Â§Â 20 Abs.Â 3 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) kraft Gesetzes aus der freiwilligen Krankenversicherung (vgl. Senatsurteil vom 22. MÃ¤rz 2019Â â□□ L 4 KR 2182/18Â â□□ juris, Rn. 21).

3. Die Berufung der KlÃ¤gerin ist begrÃ¼ndet. Das SG hÃ¤tte die als kombinierte Anfechtungs-, Verpflichtungs- und Feststellungsklage statthafte Klage nicht abweisen dÃ¼rfen. Denn der Bescheid der Beklagten vom 22. November 2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 13. September 2017 ist rechtswidrig und verletzt die KlÃ¤gerin in ihren Rechten. Die KlÃ¤gerin hat Anspruch auf (teilweise) RÃ¼cknahme des Bescheids vom 8. August 2016 und Feststellung, dass

sie ab dem 1.Â Juni 2015 freiwilliges Mitglied der Beklagten ist. Soweit die Beklagte mit diesem Bescheid entschied, dass die KlÃ¤gerin nicht ihr freiwilliges Mitglied werden kÃ¶nne bzw. nicht geworden ist, ist dies im Hinblick auf den streitbefangenen Zeitraum ab 1. Juli 2015 rechtsfehlerhaft. FÃ¼r die KlÃ¤gerin wurde im Anschluss an ihre Pflichtmitgliedschaft bei der Beklagten zwar keine freiwillige Mitgliedschaft in Form einer sog. obligatorischen Anschlussversicherung gemÃ¤Ã Â§ 188 Abs.Â 4 SGBÂ V begrÃ¼ndet (hierzu b) und sie ist der Beklagten mit der ErklÃ¤rung ihrer ProzessbevollmÃ¤chtigten im Schriftsatz vom 3. Februar 2022 auch nicht wirksam als freiwilliges Mitglied beigetreten (hierzuÂ c). Die KlÃ¤gerin ist jedoch im Rahmen des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs so zu stellen, als ob sie der Beklagten fristgerecht beigetreten wÃ¤re (hierzu d).

Rechtsgrundlage fÃ¼r die RÃ¼cknahme eines Bescheids Ã¼ber die Ablehnung der Feststellung einer freiwilligen Mitgliedschaft fÃ¼r die Vergangenheit ist Â§Â 44 Abs.Â 2 SatzÂ 2 SGB X (vgl. BSG, Urteil vom 8. Dezember 1999Â â B 12 KR 12/99 RÂ â juris, Rn. 16 und 23). Die Regelung Ã¼ber die RÃ¼cknahme rechtswidriger belastender Verwaltungsakte nach Â§Â 44 Abs.Â 1 SGB X ist dagegen eine Spezialregelung fÃ¼r Bescheide Ã¼ber sozialrechtliche Leistungen (vgl. LSG Baden-WÃ¼rttemberg, Urteil vom 21. Februar 2019Â â L 6 SB 4715/17Â â juris, Rn. 36). Im Gegensatz zu dem bindenden Anspruch nach Â§Â 44 Abs.Â 1 SGB X erÃ¶ffnet Â§Â 44 Abs.Â 2 SatzÂ 2 SGB X der BehÃ¶rde einen Ermessensspielraum (Â§Â 54 Abs.Â 2 SatzÂ 2 SGG) bei der Entscheidung Ã¼ber die RÃ¼cknahme eines rechtswidrigen Verwaltungsakts mit Wirkung fÃ¼r die Vergangenheit. Der Senat geht im vorliegenden Fall davon aus, dass der Anwendungsbereich von Â§ 44 Abs. 2 Satz 2 SGBÂ X â trotz der rÃ¼ckwirkenden Feststellung der Mitgliedschaft einer freiwilligen Versicherung â erÃ¶ffnet ist. Zwar hat das BSG bereits entschieden, dass die Beurteilung von VersicherungsverhÃ¤ltnissen rÃ¼ckwirkend grundsÃ¤tzlich nicht geÃ¤ndert werden soll (BSG, Urteil vom 8. Dezember 1999Â â B 12 KR 12/99 RÂ â juris, Rn. 24). Es hat deshalb die rÃ¼ckwirkende BegrÃ¼ndung einer Mitgliedschaft in der Krankenversicherung der Rentner abgelehnt, wenn die Aufhebung einer die Mitgliedschaft ablehnenden bindenden Entscheidung im Streit war oder frÃ¼her eine beantragte Mitgliedschaft des Rentenantragstellers wegen Versagung der Rente geendet hatte. Das BSG hat dies auch damit begrÃ¼ndet, dass Sachleistungen der Krankenversicherung ohnehin nachtrÃ¤glich nicht erbracht werden kÃ¶nnen und Beitragsnachforderungen fÃ¼r die Vergangenheit vermieden werden. Im vorliegenden Fall ist aber zu beachten, dass die Beklagte im Bescheid vom 8. August 2016 gegenÃ¼ber der KlÃ¤gerin ausgefÃ¼hrt hat, ihre ursprÃ¼ngliche Versicherung habe geendet. Um ihren Versicherungsschutz sicherzustellen, habe sie â die BeklagteÂ â ab 1. November 2014 eine neue Versicherung, eine obligatorische Anschlussversicherung, durchgefÃ¼hrt. Nach sorgfÃ¤ltiger PrÃ¼fung habe sie nun festgestellt, dass sie â die KlÃ¤gerinÂ â nicht ihr Mitglied werden kÃ¶nne. Personen, die u.a. Leistungen nach dem SGB II bezÃ¶gen oder EmpfÃ¤nger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten oder Siebten Kapitel des SGB XII seien, seien nicht versicherungspflichtig nach Â§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V und auch eine obligatorische Anschlussversicherung nach Â§Â 188 SGBÂ V sei nicht mÃ¶glich. Die KlÃ¤gerin mÃ¶ge sich an die Beigeladene zu 1 wenden; diese sei fÃ¼r die Absicherung im Krankheitsfall zustÃ¤ndig. Die Beigeladene zu 1 hatte sich

in diesem Zusammenhang gegenÃ¼ber der Beklagten schriftlich bereit erklÃ¤rt, die Kranken- und PflegeversicherungsbeitrÃ¤ge ab dem 1. November 2014 zu tragen. Vor dem Hintergrund dieser speziellen Konstellation, in der die Beklagte durch ihren Bescheid vom 8. August 2016 selbst das MitgliedschaftsverhÃ¤ltnis der KlÃ¤gerin in Frage gestellt hat, hat der Senat keine Bedenken, dass der Anwendungsbereich â anders als in dem vom BSG entschiedenen Fall, bei der es um die Ãberprüfung einer mehrere Jahre zurÃ¼ckliegenden Befreiungsentscheidung ging â von Â§ 44 Abs. 2 Satz 2 SGBÂ X erÃ¶ffnet ist. Selbst wenn der Anwendungsbereich nicht erÃ¶ffnet wÃ¤re, wÃ¤re der Bescheid der Beklagten vom 22. November 2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 13. September 2017 vom Senat aufzuheben gewesen, da die KlÃ¤gerin im Rahmen des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs so zu stellen ist, als ob sie der Beklagten fristgerecht beigetreten wÃ¤re, weshalb dem entgegenstehende Entscheidungen aufzuheben sind.

Soweit die Beklagte mit Bescheid vom 8. August 2016 entschied, dass die KlÃ¤gerin nicht ihr freiwilliges Mitglied werden konnte, mithin auch nicht geworden ist, war dies rechtswidig, als sie davon ausging, dass die KlÃ¤gerin ab 1. Juli 2015 nicht ihr freiwilliges Mitglied geworden ist.

a. Der Bescheid vom 8.Â August 2016 ist nicht bereits deshalb rechtswidrig, weil der damit getroffenen Entscheidung der Bescheid vom 14. Juli 2016 entgegenstand und dieser â so die Auffassung der Beigeladenen zu 1 â mit Bescheid vom 8. August 2016 nicht wirksam aufgehoben worden sei.

Mit Bescheid vom 14. Juli 2016 traf die Beklagte keine Entscheidung Ã¼ber den Versicherungsstatus der KlÃ¤gerin. Sie entschied insbesondere nicht, dass fÃ¼r die KlÃ¤gerin ab dem angegebenen Zeitpunkt eine freiwillige Mitgliedschaft in Form einer sog. obligatorischen Anschlussversicherung begrÃ¼ndet wurde.

FÃ¼r die Auslegung von Verwaltungsakten i.S. des Â§ 31 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) gelten die bÃ¼rgerlich-rechtlichen Vorschriften des Â§Â§ 157,Â 133 BÃ¼rgerliches Gesetzbuch (BGB) entsprechend. MaÃgeblich ist insofern der objektive Sinngehalt der ErklÃ¤rung, wie ihn der EmpfÃ¤nger der ErklÃ¤rung bei verstÃ¤ndiger WÃ¼rdigung nach den UmstÃ¤nden des Einzelfalles objektiv verstehen musste (Luthe, in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB X, Stand Oktober 2021, Â§Â 31 Rn.Â 26).

Im Bescheid vom 14. Juli 2016 brachte die Beklagte im Sinne der Angaben im Betreff (âLÃ¼ckenlos optimal versichert â Beitragsbescheid und wichtige Informationen zur Beitragsberechnungâ) zu Beginn ihrer AusfÃ¼hrungen zunÃ¤chst die Bedeutung einer lÃ¼ckenlosen Kranken- und Pflegeversicherung zum Ausdruck. Sie verwies darauf, dass der Gesetzgeber dies mittlerweile auch vorschreibe und hiervon auch die KlÃ¤gerin ab 1.Â November 2014 profitiere. Im Weiteren ging die Beklagte auf die BeitragshÃ¶he der Kranken- und Pflegeversicherung ein, die sich nach den tatsÃ¤chlichen Einnahmen des Versicherten richteten. Diese mÃ¶ge die KlÃ¤gerin zur korrekten Berechnung des Beitrags mit den beigefÃ¼gten FragebÃ¶gen mitteilen. Zuvor sei der Beitrag nach

den gesetzlichen Regelungen auf der Basis der Beitragsbemessungsgrenze zu berechnen. AufgefÃ¼hrt wurde sodann der sich daraus errechnende monatliche Beitrag zur Kranken- und Pflegeversicherung sowie der Gesamtbetrag fÃ¼r den Zeitraum vom 1. November 2014 bis 30.Â Juni 2016, der bis spÃ¤testens 28. Juli 2016 zu Ã¼berweisen sei.

Einen VerfÃ¼gungssatz, wonach die KlÃ¤gerin zum 1. November 2014 im Rahmen der sog. obligatorischen Anschlussversicherung freiwilliges Mitglied der Beklagten geworden sei, enthalten diese AusfÃ¼hrungen nicht. Sie lassen insbesondere auch nicht erkennen, dass die Beklagte eine Entscheidung Ã¼ber den Versicherungsstatus der KlÃ¤gerin treffen wollte. Die Darlegungen erschÃ¶pfen sich nÃ¤mlich in der Mitteilung, dass die KlÃ¤gerin â□□automatischâ□□ weiterhin Versicherungsschutz genieÃ□e. Die Art des Versicherungsschutzes wird weder konkret bezeichnet noch nÃ¤her beschrieben. So finden sich in den AusfÃ¼hrungen der Beklagten weder die Begriffe â□□freiwillige Mitgliedschaftâ□□ oder â□□freiwilliges Mitgliedâ□□; auch enthalten sie keinen Hinweis darauf, dass es sich bei dem automatisch weitergefÃ¼hrten Versicherungsschutz um eine derartige Mitgliedschaft in Form der obligatorischen Anschlussversicherung handelt. DemgegenÃ¼ber beschrÃ¤nkte sich die Beklagte â□□ wie dies im Betreff des Bescheides durch den Begriff â□□Beitragsbescheidâ□□ auch zum Ausdruck kommt â□□ auf eine VerfÃ¼gung dahingehend, die KlÃ¤gerin zur Zahlung von BeitrÃ¤gen in der aufgefÃ¼hrten HÃ¶he zu verpflichten.

b. An die Pflichtmitgliedschaft der KlÃ¤gerin schloss sich keine freiwillige Mitgliedschaft als sog. obligatorische Anschlussversicherung gemÃ¤Ã□ Â§ 188 Abs.Â 4 SGB V an.

GemÃ¤Ã□ Â§ 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V sind versicherungspflichtig Personen in der Zeit, fÃ¼r die sie Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch beziehen, es sei denn, dass diese Leistung nur darlehensweise gewÃ¤hrt wird oder nur Leistungen nach Â§ 24 Abs. 3 Satz 1 SGB II bezogen werden. Nach Halbsatz 2 der Regelung gilt dies auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung gefÃ¼hrt hat, rÃ¼ckwirkend aufgehoben oder die Leistung zurÃ¼ckgefordert oder zurÃ¼ckgezahlt worden ist.

Die KlÃ¤gerin bezog bis 30. Juni 2015 Arbeitslosengeld II und war daher wÃ¤hrend des Leistungsbezugs bei der Beklagten pflichtversichert. Soweit die Beigeladene zu 1 der KlÃ¤gerin mit Bescheid vom 18. Juni 2015 rÃ¼ckwirkend ab 1. November 2014 Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung bewilligte, Ã¤nderte dies hinsichtlich des Zeitraums vom 1. November 2014 bis 30. Juni 2015 an der Pflichtversicherung im Hinblick auf Â§ 5 Abs.Â 1 Nr. 2a Halbsatz 2 SGB V nichts, da der KlÃ¤gerin Arbeitslosengeld II tatsÃ¤chlich ausgezahlt wurde. Entsprechend wurde der Bescheid vom 24. Februar 2015 Ã¼ber die Bewilligung von Arbeitslosengeld II erst ab dem 1. Juli 2015 aufgehoben und die Beigeladene zu 1 meldete fÃ¼r den davorliegenden Zeitraum ab 1.Â November 2014 einen Erstattungsanspruch an. TatsÃ¤chlich gewÃ¤hrte die Beigeladene zu 1 der KlÃ¤gerin ab dem 1. Juli 2015 laufend nur noch Leistungen der Grundsicherung bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII. Die KlÃ¤gerin bezog seitdem kein Arbeitslosengeld II mehr.

Diese Pflichtversicherung der KlÃ¤gerin setzte sich weder als Pflichtversicherung gemÃ¤Ã Â§ 5 Abs.Â 1 Nr. 13 SGB V (sog. Auffangversicherungspflicht) und insbesondere auch nicht als freiwillige Mitgliedschaft gemÃ¤Ã Â§Â 188 Abs.Â 4 SGB V (sog. obligatorische Anschlussversicherung) fort.

GemÃ¤Ã Â§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V sind versicherungspflichtig Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und zuletzt gesetzlich krankenversichert waren (Buchst. a) oder bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in Abs. 5 oder den in Â§ 6 Abs. 1 oder 2 genannten Personen gehÃ¶ren oder bei AusÃ¼bung ihrer beruflichen TÃ¤tigkeit im Inland gehÃ¶rt hÃ¤tten (Buchst. b).

Diese Voraussetzungen erfÃ¼llte die KlÃ¤gerin bei Beendigung ihrer Pflichtversicherung gemÃ¤Ã Â§ 5 Abs.Â 1 Nr. 2a SGB V nicht. Denn aufgrund der Bewilligung von Leistungen zur Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (Bescheid der Beigeladenen zu 1 vom 18. Juni 2015) hatte die KlÃ¤gerin ab 1. Juli 2015 Anspruch auf Hilfe bei Krankheit gemÃ¤Ã Â§ 48 SGB XII und damit einen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall im Sinne des Â§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V. Eine Versicherungspflicht nach dieser Regelung machte die KlÃ¤gerin im laufenden Verfahren selbst auch nicht geltend, sodass es weiterer AusfÃ¼hrungen hierzu nicht bedarf. Der Senat verweist daher lediglich ergÃ¤nzend auf die Darlegungen des SG in der angefochtenen Entscheidung (vgl. Â§ 153 Abs. 2 SGG).

GemÃ¤Ã Â§ 188 Abs. 4 Satz 1 SGB V setzt sich die Versicherung fÃ¼r Personen, deren Versicherungspflicht oder Familienversicherung endet, mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder mit dem Tag nach dem Ende der Familienversicherung als freiwillige Mitgliedschaft fort, es sei denn, das Mitglied erklÃ¤rt innerhalb von zwei Wochen nach Hinweis der Krankenkasse Ã¼ber die AustrittsmÃ¶glichkeiten seinen Austritt. Der Austritt wird nur wirksam, wenn das Mitglied das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachweist (Satz 2). Nach Satz 3 der Regelung gilt Satz 1 u.a. nicht fÃ¼r Personen, deren Versicherungspflicht endet, wenn ein Anspruch auf Leistungen nach Â§ 19 Abs. 2 SGB V besteht, sofern im Anschluss daran das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachgewiesen wird.

Der Ausschlusstatbestand des Â§ 188 Abs. 4 Satz 3 SGB V ist im Fall der KlÃ¤gerin erfÃ¼llt. Denn bei Ende der durch den Bezug von Arbeitslosengeld II begrÃ¼ndeten Versicherungspflicht gemÃ¤Ã Â§Â 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V zum 30. Juni 2015 verfÃ¼gte die KlÃ¤gerin Ã¼ber einen nachgehenden Leistungsanspruch gemÃ¤Ã Â§ 19 Abs. 2 Satz 1 SGB V und im Anschluss hieran hatte sie aufgrund des Bezugs von Leistungen nach dem SGB XII einen anderweitigen Anspruch auf Absicherung Krankheitsfall.

Endet die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger, besteht nach Â§ 19 Abs. 2 Satz 1 SGB V Anspruch auf Leistungen lÃ¤ngstens fÃ¼r einen Monat nach dem Ende der Mitgliedschaft, solange keine ErwerbstÃ¤tigkeit ausgeÃ¼bt wird. Voraussetzung

hierfÃ¼r ist neben der fehlenden ErwerbstÃ¤tigkeit, dass kein anderweitiger aktueller Krankenversicherungsschutz besteht. Beides war bei der KlÃ¤gerin der Fall. Die KlÃ¤gerin Ã¼bte keine ErwerbstÃ¤tigkeit aus und es bestand kein den nachgehenden Leistungsanspruch verdrÃ¤ngendes vorrangiges VersicherungsverhÃ¤ltnis. Der nachgehende Leistungsanspruch nach Â§ 19 Abs. 2 Satz 1 SGB V wird nicht selbst durch den Bezug laufender Leistungen nach dem SGB XII verdrÃ¤ngt. Insoweit verbleibt es bei dem Grundsatz des Nachrangs der Sozialhilfe (Â§ 2 Abs. 2 Satz 1 SGB XII).

Im Anschluss an den Anspruch nach Â§ 19 Abs. 2 Satz 1 SGB V bestand fÃ¼r die KlÃ¤gerin im Sinne des Â§ 188 Abs. 4 Satz 3 SGBÂ V ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall. Bei der insoweit anzustellenden prognostischen Betrachtung bei Ende der Versicherungspflicht am 30. Juni 2015 hatte die KlÃ¤gerin aufgrund der Bewilligung von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung mit Bescheid der Beigeladenen zu 1 vom 18. Juni 2015 Anspruch auf Hilfe bei Krankheit gemÃ¤Ã Â§ 48 SGB XII. Bei diesem Anspruch handelt es sich um eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall. Hiervon ist die Beklagte mit Bescheid vom 8. August 2016 zu Recht ausgegangen (ausfÃ¼hrlich zur anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall BSG, Urteile vom 29.Â Juni 2021 â B 12 KR 35/19 R und B 12 KR 33/19 R â juris). Der Empfang laufender Leistungen nach dem SGB XII steht damit sowohl dem Entstehen einer Auffangversicherungspflicht als auch der BegrÃ¼ndung einer obligatorischen Anschlussversicherung entgegen. Im Sinne des Â§ 188 Abs.Â 4 Satz 3 SGB V ist die anderweitige Absicherung im Krankheitsfall schlieÃlich durch Vorlage des Bescheids vom 23. November 2015 Ã¼ber die Bewilligung von laufenden Leistungen zur Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, der bei der Beklagten am 2. August 2016 einging, auch nachgewiesen worden. Nachdem die KlÃ¤gerin im Hinblick auf die Urteile des BSG vom 29.Â Juni 2021 (a.a.O.) an der zuvor vertretenen Auffassung, freiwilliges Mitglied der Beklagten gemÃ¤Ã Â§ 188 Abs. 4 Satz 1 SGB V geworden zu sein, zuletzt im Berufungsverfahren nicht mehr festgehalten hat, bedarf es insoweit weiterer AusfÃ¼hrungen nicht.

c. Die KlÃ¤gerin ist nicht durch BeitrittserklÃ¤rung ihrer ProzessbevollmÃ¤chtigten mit Schriftsatz vom 3.Â Februar 2022 freiwilliges Mitglied der Beklagten geworden.

GemÃ¤Ã Â§ 9 Abs. 1 Nr. 1 SGB V kÃ¶nnen der Versicherung Personen beitreten, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden und in den letzten fÃ¼nf Jahren vor dem Ausscheiden 24 Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens zwÃ¶lf Monate versichert waren; Zeiten der Mitgliedschaft nach Â§ 189 SGB V und Zeiten, in denen eine Versicherung allein deshalb bestanden hat, weil Arbeitslosengeld II zu Unrecht bezogen wurde, werden nicht berÃ¼cksichtigt. Nach Â§ 9 Abs. 2 Nr. 1 SGB V ist der Beitritt der Krankenkasse im Falle des Abs. 1 Nr. 1 innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Mitgliedschaft anzuzeigen.

(1) Die KlÃ¤gerin war berechtigt, der Beklagten als freiwilliges Mitglied beizutreten. Sie war aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld II seit 18. MÃ¤rz 2009 Pflichtmitglied und schied zum 30. Juni 2015 aus der Pflichtmitgliedschaft aus. In

dem davorliegenden Zeitraum von fÃ¼nf Jahren war die KlÃ¤gerin somit mehr als 24 Monate versichert.

(2) Die KlÃ¤gerin ist der Beklagten nicht innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Mitgliedschaft beigetreten.

Wie oben bereits dargelegt, endete die Versicherungspflicht der KlÃ¤gerin zum 30. Juni 2015. Ausgehend hiervon erklÃ¤rte die KlÃ¤gerin ihren Beitritt zur Beklagten nicht innerhalb von drei Monaten. Ihren Beitritt erklÃ¤rte sie erstmals durch ihre ProzessbevollmÃ¤chtigten mit Schriftsatz vom 3. Februar 2022, in dem diese ausfÃ¼hrte, â□□Die KlÃ¤gerin begehrt ausdrÃ¼cklich die Fortsetzung des VersicherungsverhÃ¤ltnisses in Form einer freiwilligen Versicherung mit der Beklagtenâ□□. Zu diesem Zeitpunkt war die Dreimonatsfrist des Â§ 9 Abs. 2 Nr. 1 SGB V bereits seit mehreren Jahren abgelaufen. Nichts anderes gilt, wenn man zugunsten der KlÃ¤gerin davon ausginge, dass die Frist zur ErklÃ¤rung des Beitritts erst mit der Betreuerbestellung im Februar 2017 begonnen hÃ¤tte.

Der Ablauf der Frist zur Anzeige des Beitritts zur freiwilligen Mitgliedschaft hat grundsÃ¤tzlich den Ausschluss der Berechtigung nach Â§ 9 SGB V zur Folge, wobei allerdings eine Wiedereinsetzung in den vorigen Stand gemÃ¤Ã□ Â§ 27 Abs. 1 SGBÂ X in Betracht kommt (BSG, Urteil vom 28.Â Mai 2008 â□□ B 12 KR 16/07 R â□□ juris, Rn. 14 m.w.N; Baierl, in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, Stand Juni 2020, Â§Â 9 SGBÂ V Rn. 75).

Soweit die KlÃ¤gerin mit Schriftsatz ihrer ProzessbevollmÃ¤chtigten vom 3. Februar 2022 beantragte, ihr Wiedereinsetzung in den vorigen Stand zu gewÃ¤hren, liegen die Voraussetzungen hierfÃ¼r nicht vor.

Â§ 27 Abs. 1 SGB X bestimmt: War jemand ohne Verschulden verhindert, eine gesetzliche Frist einzuhalten, ist ihm auf Antrag Wiedereinsetzung in den vorigen Stand zu gewÃ¤hren. Das Verschulden eines Vertreters ist dem Vertretenen zuzurechnen. Nach Abs. 2 Satz 1 der Regelung ist der Antrag innerhalb von zwei Wochen nach Wegfall des Hindernisses zu stellen. Die Tatsachen zur BegrÃ¼ndung des Antrags sind bei der Antragstellung oder im Verfahren Ã¼ber den Antrag glaubhaft zu machen (Satz 2). Innerhalb der Antragsfrist ist die versÃ¤umte Handlung nachzuholen (Satz 3). Nach Â§ 27 Abs. 3 SGB X kann nach einem Jahr seit dem Ende der versÃ¤umten Frist Wiedereinsetzung nicht mehr beantragt oder die versÃ¤umte Handlung nicht mehr nachgeholt werden, auÃ□er wenn dies vor Ablauf der Jahresfrist infolge hÃ¶herer Gewalt unmÃ¶glich war.

Die Wiedereinsetzung in den vorigen Stand ist bereits wegen Ablauf der Jahresfrist gemÃ¤Ã□ Â§ 27 Abs. 3 SGB X ausgeschlossen. Deren Ablauf schlieÃ□t sowohl den Antrag auf Wiedereinsetzung in den vorigen Stand als auch die Nachholung der versÃ¤umten Handlung aus. Die Jahresfrist, die am Tag nach dem Tag des Fristablaufs beginnt, und damit am 1. Oktober 2015 begann, war im Februar 2022 seit Jahren abgelaufen. Anhaltspunkte fÃ¼r das Vorliegen hÃ¶herer Gewalt liegen nicht vor und wurden auch nicht geltend gemacht.

d. Die KlÃ¤gerin ist im Rahmen des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs jedoch so zu stellen, als ob sie die Frist zum Beitritt als freiwilliges Mitglied eingehalten hÃ¤tte.

Nach der Rechtsprechung des BSG stellen die Vorschriften zur Wiedereinsetzung in den vorigen Stand nach Â§ 27 SGB X keine abschlieÃ□ende Entscheidung des Gesetzgebers Ã¼ber die in einer verspÃ¤teten Antragstellung liegenden Folgen von Pflichtverletzungen der Verwaltung dar. Ist die FristversÃ¤umnis auf einen BehÃ¶rdenfehler zurÃ¼ckzufÃ¼hren, Ã¼berschneiden sich die TatbestÃ¤nde des Â§ 27 SGB X und des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs, ohne dass letzterer durch ersteren ausgeschlossen wÃ¼rde (BSG, Urteil vom 10. Dezember 2013 â□□ B 13 R 91/11 R â□□ juris, Rn. 28; BSG, Urteil vom 4. September 2013 â□□ B 12 AL 2/12 R â□□ juris, Rn. 17).

Der sozialrechtliche Herstellungsanspruch ist auf die Vornahme einer Amtshandlung zur Herstellung des Zustandes gerichtet, der bestehen wÃ¼rde, wenn der LeistungstrÃ¤ger die ihm aufgrund eines Gesetzes oder des konkreten SozialrechtsverhÃ¤ltnisses gegenÃ¼ber dem Berechtigten obliegenden Haupt- oder Nebenpflichten, insbesondere zur Auskunft und Beratung (Â§Â§ 14, 15 Erstes Buch Sozialgesetzbuch [SGB I]), ordnungsgemÃ¤Ã□ wahrgenommen hÃ¤tte. Er setzt demnach eine dem SozialleistungstrÃ¤ger zurechenbare behÃ¶rdliche Pflichtverletzung voraus, die (als wesentliche Bedingung) kausal zu einem sozialrechtlichen Nachteil des Berechtigten geworden ist. AuÃ□erdem ist erforderlich, dass durch Vornahme einer zulÃ¤ssigen Amtshandlung der Zustand hergestellt werden kann, der bestehen wÃ¼rde, wenn die BehÃ¶rde ihre Verpflichtungen gegenÃ¼ber dem Berechtigten nicht verletzt hÃ¤tte (BSG, Urteil vom 16. MÃ¤rz 2016 â□□ B 9 V 6/15 Rn â□□ juris, Rn.Â 29; BSG, Urteil vom 9. November 2011 â□□ B 12 KR 21/09 R â□□ juris, Rn. 26; BSG, Urteil vom 26. April 2005 â□□ B 5 RJ 6/04 R â□□ juris, Rn. 21).

Der Senat kann dahingestellt sein lassen, ob der KrankenversicherungstrÃ¤ger gehalten ist, Versicherte bei Beendigung der Pflichtmitgliedschaft auch ohne konkretes Beratungsbegehren darauf hinzuweisen, dass die Mitgliedschaft durch einen innerhalb einer Frist von drei Monaten zu erklÃ¤renden Beitritt als freiwillige Mitgliedschaft fortgesetzt werden kann (verneinend Schleswig-Holsteinisches LSG, Urteil vom 6. Mai 2002 â□□ L 1 KR 30/01 â□□ juris, Rn. 25 m.w.N.). Denn bei einem konkreten Anlass hat der VersicherungstrÃ¤ger den Versicherten aufgrund seiner Beratungspflicht gemÃ¤Ã□ Â§ 14 SGB I auch ohne Beratungsbegehren von sich aus spontan auf klar zu Tage tretende GestaltungsmÃ¶glichkeiten hinzuweisen, die von jedem Versicherten mutmaÃ□lich genutzt wÃ¼rden. Dabei ist die Frage, ob eine GestaltungsmÃ¶glichkeit klar zu Tage liegt, allein nach objektiven Merkmalen zu beurteilen (BSG, Urteil vom 2. April 2014 â□□ B 4 AS 29/13 R â□□ juris, Rn. 29 m.w.N.; LSG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 3. MÃ¤rz 2011 â□□ L 5 KR 108/10 â□□ juris; Rn. 14). Eine solche Fallgestaltung liegt hier vor.

Im Zusammenhang mit dem Erlass des Bescheids vom 8. August 2016 trat fÃ¼r die Beklagte objektiv ein Anlass zur Beratung der KlÃ¤gerin zutage. Zu diesem Zeitpunkt erkannte die Beklagte, dass die Pflichtversicherung der KlÃ¤gerin sich

nach deren Ende â□□ entgegen ihrer ursprÃ¼nglichen Annahme â□□ nicht im Rahmen einer obligatorischen Anschlussversicherung nach Â§ 188 Abs. 4 SGB V als freiwillige Mitgliedschaft fortsetzte, weil die Voraussetzungen fÃ¼r eine solche freiwillige Mitgliedschaft tatsÃ¤chlich nicht vorlagen, da der Ausschlusstatbestand des Â§ 188 Abs. 4 Satz 3 SGB V erfÃ¼llt war, nachdem die KlÃ¤gerin aufgrund der Bewilligung von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung mit Bescheid vom 18. Juni 2015 im Sinne der genannten Regelung einen â□□anderweitigen Anspruch im Krankheitsfallâ□□ hatte. Zu diesem Zeitpunkt lag der Beklagten darÃ¼ber hinaus die der Beigeladenen zu 1 zuvor Ã¼bersandte â□□Ã□bernahmeerklÃ¤rungâ□□ ausgefÃ¼llt und unterzeichnet vor. Damit hatte sich die Beigeladene zu 1 bereit erklÃ¤rt, die Kranken- und PflegeversicherungsbeitrÃ¤ge der KlÃ¤gerin ab Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft zu tragen. Der Beklagten musste sich damit ohne weiteres aufdrÃ¤ngen, dass die KlÃ¤gerin von der MÃ¶glichkeit einer freiwilligen Weiterversicherung Gebrauch machen wÃ¼rde. Da ihr gleichzeitig noch keine BeitrittserklÃ¤rung der KlÃ¤gerin vorgelegen hat, bestand fÃ¼r die Beklagte Veranlassung, die KlÃ¤gerin darauf hinzuweisen, dass eine freiwillige Mitgliedschaft nicht nur im Rahmen der zunÃ¤chst â□□Â jedoch zu Unrecht â□□ durchgefÃ¼hrten obligatorischen Anschlussversicherung in Betracht kam, sondern grundsÃ¤tzlich auch durch Beitritt als freiwilliges Mitglied hÃ¤tte begrÃ¼ndet werden kÃ¶nnen, und zwar innerhalb von drei Monaten nach dem Ende der (frÃ¼heren) Mitgliedschaft. In diesem Sinne informierte die Beklagte im Ã□brigen auch die Beigeladenen zu 1 auf deren Wunsch, ihr zu erlÃ¤utern, weshalb fÃ¼r die KlÃ¤gerin eine freiwillige Mitgliedschaft nicht durchgefÃ¼hrt werden kÃ¶nne (vgl. Schreiben vom 8. September 2016).

Der Hinweis auf diese BeitrittsmÃ¶glichkeit war nicht wegen Ablaufs der Dreimonatsfrist entbehrlich. Nach Â§ 9 Abs. 2 Nr. 1 SGB V ist der Beitritt innerhalb von drei Monaten â□□nach Beendigung der Mitgliedschaftâ□□ anzuzeigen. Vorliegend fÃ¼hrte die Beklagte die Pflichtmitgliedschaft der KlÃ¤gerin nach deren Ende automatisch als freiwillige Mitgliedschaft weiter. Die Beklagte bestÃ¤tigte dies im weiteren Verlauf mit ihren AusfÃ¼hrungen im Bescheid vom 14. Juli 2016 (sie â□□ die KlÃ¤gerin â□□ profitiere â□□auch nach Beendigung der Kranken- und Pflegeversicherung ab 01.11.2014 automatisch von einem optimalen Versicherungsschutzâ□□) und erhob dementsprechend fÃ¼r die Zeit ab 1.Â November 2014, dem Zeitpunkt des von ihr (zunÃ¤chst) angenommenen Beginns der freiwilligen Mitgliedschaft, BeitrÃ¤ge zur Kranken- und Pflegeversicherung mit einem Gesamtbetrag von 14.530,62 â□¬. Mit Schreiben vom 22. Juli 2016 teilte die Beklagte auch der Beigeladenen zu 1 mit, dass die KlÃ¤gerin seit 1. November 2014 als freiwilliges Mitglied bei ihr versichert sei. FÃ¼r die KlÃ¤gerin bestand vor diesem Hintergrund keine Veranlassung, zur BegrÃ¼ndung einer sich an die Pflichtmitgliedschaft gemÃ¤Ã□ Â§Â 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V anschlieÃ□enden freiwilligen Mitgliedschaft ihr Gestaltungsrecht gemÃ¤Ã□ Â§ 9 Abs. 2 Nr. 1 SGB V auszuÃ¼ben. Ein Anlass hierfÃ¼r entstand erstmals mit Erlass des Bescheids vom 8.Â August 2016, mit dem die Beklagte entschied, dass die KlÃ¤gerin â□□ entgegen der tatsÃ¤chlichen DurchfÃ¼hrung â□□ zum 1. November 2014 nicht ihr freiwilliges Mitglied geworden sei. Denn hierdurch beendete die Beklagte mit Wirkung fÃ¼r die Vergangenheit die als freiwillige Mitgliedschaft

gefÃ¼hrte Versicherung der KlÃ¤gerin, ohne dass diese Ã¼ber einen anderweitigen Versicherungsschutz verfÃ¼gte.

Der Senat geht davon aus, dass im Fall einer solchen rÃ¼ckwirkenden Beendigung einer freiwilligen Mitgliedschaft die Regelung des Â§ 9 Abs. 2 Nr. 1 SGB V in der Form anzuwenden ist, dass die Beitrittsfrist von drei Monaten erst mit Bekanntgabe des entsprechenden Bescheids beginnt und nicht bereits mit dem in der Vergangenheit liegenden Zeitpunkt des tatsÃ¤chlichen Endes der Mitgliedschaft. Wegen der rÃ¼ckwirkenden Beendigung der Mitgliedschaft der KlÃ¤gerin durch Bescheid vom 8.August 2016 wÃ¤re die Beklagte im Rahmen ihrer Beratungspflicht gehalten gewesen, die KlÃ¤gerin auf die MÃ¶glichkeit der Fortsetzung der Mitgliedschaft als freiwillige Versicherung durch Beitritt innerhalb von drei Monaten hinzuweisen (vgl. BSG, Urteil vom 7.Â Dezember 2000 â B 10 KR 3/99 R â juris, Rn. 38 f. zum nachtrÃ¤glichen freiwilligen Beitritt bei rÃ¼ckwirkender Feststellung, dass keine Familienversicherung bestand). Dies unterlieÃ die Beklagte im Rahmen des Bescheids vom 8. August 2016 und beschrÃ¤nkte sich auf die Feststellung, dass nach Ende der Pflichtversicherung eine freiwillige Mitgliedschaft im Rahmen der obligatorischen Anschlussversicherung nicht mÃ¶glich sei.

Die dargelegte Pflichtverletzung der Beklagten fÃ¼hrte zumindest gleichwertig ursÃ¤chlich zum VersÃ¤umnis der KlÃ¤gerin, ihren Beitritt zur freiwilligen Mitgliedschaft innerhalb von drei Monaten nach Zugang des Bescheids vom 8. August 2016 zu erklÃ¤ren. Der KlÃ¤gerin ist hierdurch auch ein sozialrechtlicher Schaden entstanden, weil sie ihren originÃ¤ren Versicherungsschutz verlor. Dass die Beigeladenen zu 1 und 2 als SozialhilfetrÃ¤ger gleichwertige Leistungen im Rahmen des Â§ 264 SGB V zur VerfÃ¼gung stellen, steht der Annahme eines Nachteils durch den Verlust des originÃ¤ren Versicherungsschutzes nicht entgegen. Denn die von den Beigeladenen zu 1 und 2 zu erbringenden nachrangigen Leistungen werden nur unter der Voraussetzung der BedÃ¼rftigkeit nach den Regelungen des SGB XII gewÃ¤hrt (LSG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 3. MÃ¤rz 2011, a.a.O.).

Die KlÃ¤gerin ist im Rahmen des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs nach alledem so zu stellen, als ob sie die Beitrittsfrist von drei Monaten nicht versÃ¤umt hÃ¤tte. Sie ist mithin im Anschluss an ihre zum 30. Juni 2015 endende Pflichtversicherung ab 1. Juli 2016 freiwilliges Mitglied der Beklagten geworden.

An diesem Ergebnis Ã¤nderte sich auch dann nichts, wenn man davon ausginge, dass die Beitrittsfrist von drei Monaten bereits am 1. Juli 2015 begann. Denn nach einem entsprechenden Hinweis auf die BeitrittsmÃ¶glichkeit im Bescheid vom 8. August 2016 wÃ¤re die KlÃ¤gerin noch vor Ablauf der Ausschlussfrist des Â§ 27 Abs. 3 SGBÂ V, die â wie ausgefÃ¼hrt â am 1. Oktober 2015 begann und am 30. September 2016 endete, in der Lage gewesen, der Beklagten unter gleichzeitiger Beantragung von Wiedereinsetzung in den vorigen Stand beizutreten.

Vor diesem Hintergrund ist auch das Ermessen der Beklagten im Rahmen von Â§ 44 Abs. 2 SatzÂ 2 SGB X auf Null reduziert (vgl. Merten, in: Hauck/Noftz, Kommentar zum SGB X, Â§Â 44 Rn. 87). Eine derartige Verdichtung des Ermessens lag im

Hinblick auf das festgestellte Fehlverhalten der Beklagten vor.

4. Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 193 Abs. 1 Satz 1 SGG. Die Beigeladenen zu 1 und 2 waren nicht mit auÃergerichtlichen Kosten der KlÃ¤gerin zu belasten; einen Antrag haben sie nicht gestellt. Auch die auÃergerichtlichen Kosten der Beigeladenen zu 1 und 2 sind von der Beklagten nicht zu tragen.

5. Die Revision war nicht zuzulassen, da GrÃ¼nde hierfÃ¼r (vgl. Â§ 160 Abs. 2 SGG) nicht vorliegen.

Â

Erstellt am: 05.08.2022

Zuletzt verändert am: 23.12.2024