S 1 KR 204/17

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht	Bundessozialgericht
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	-
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 1 KR 204/17
Datum	28.06.2018

2. Instanz

Aktenzeichen	L 5 KR 208/18
Datum	04.07.2019

3. Instanz

Datum	29.06.2021

Â

Die Revision der KlÃ¤gerin gegen das Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 4.Â JuliÂ 2019 wird zurÃ¼ckgewiesen.

AuÃ□ergerichtliche Kosten sind auch im Revisionsverfahren nicht zu erstatten.

Â

G r Ã¼ n d e :

I

Â

1

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob die KlÃ¤gerin zum 1.8.2016 freiwilliges Mitglied der beklagten Krankenkasse geworden ist.

Â

2

Die KlÃ¤gerin hÃ¤lt sich seit 1991 â□□Â zunÃ¤chst als AsylantragstellerinÂ â□□ im Bundesgebiet auf. Sie bezog ab 1.4.2016 nach Erhalt einer Aufenthaltserlaubnis Leistungen nach dem SGBÂ II und war deshalb nach Â§Â 5 AbsÂ 1 NrÂ 2a SGBÂ V *(idF des GKV-Finanzstrukturâ□□ und QualitÃ¤tsâ□□Weiterentwicklungsgesetzes vom 21.7.2014,* BGBlÂ I 1133*)* versicherungspflichtiges Mitglied der Beklagten. Nach Feststellung der vollen Erwerbsminderung durch die Deutsche Rentenversicherung wurden die Leistungen nach dem SGBÂ II zum 31.7.2016 eingestellt. Die Verbandsgemeinde R als SozialhilfetrÃ¤ger gewÃ¤hrte der KlÃ¤gerin rÃ¼ckwirkend fÃ¼r die Zeit ab 1.6.2016 laufende Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Vierten Kapitel des SGBÂ XII *(Bescheid vom 26.7.2016)*.

Â

3

Den mit Schreiben der KlÃ¤gerin vom 27.7.2016 erklÃ¤rten Beitritt zur freiwilligen Krankenversicherung lehnte die Beklagte ab, weil die Vorversicherungszeit nicht erfÃ¼llt sei *(Bescheid vom 18.8.2016)*. Mit ihrem hiergegen erhobenen Widerspruch machte die KlÃ¤gerin geltend, dass seit 1.8.2016 die freiwillige Mitgliedschaft als obligatorische Anschlussversicherung nach Â§Â 188 AbsÂ 4 SGBÂ V durchzufÃ¼hren sei. Die Beklagte lehnte dies ebenfalls ab, weil sie Ã¼ber das SGBÂ XII anderweitig abgesichert sei *(Bescheid vom 26.9.2016)*. Auch hiergegen erhob die KlÃ¤gerin Widerspruch. Die Beklagte wies den Widerspruch zurÃ¼ck *(Widerspruchsbescheid vom 26.10.2017)*.

Â

4

Das SG Trier hat die Klage abgewiesen *(Urteil vom 28.6.2018)*. Die KlÃ¤gerin sei weder kraft Beitritts noch im Wege der obligatorischen Anschlussversicherung freiwillig krankenversichert. Sie habe nach dem Ende ihrer Pflichtmitgliedschaft einen nachgehenden Leistungsanspruch gemÃ¤Ã□ Â§Â 19 AbsÂ 2 SatzÂ 1 SGBÂ V erworben. Wegen des Bezugs von Leistungen nach dem SGBÂ XII habe eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall bestanden. Das LSG Rheinlandâ□□Pfalz hat die Berufung der KlÃ¤gerin unter Bezugnahme auf die GrÃ¼nde des angefochtenen SGâ□□Urteils zurÃ¼ckgewiesen *(Urteil vom 4.7.2019)*.

Â

5

Mit ihrer Revision rÃ¼gt die KlÃ¤gerin eine Verletzung von Â§Â 188 AbsÂ 4 SGBÂ V.

Eine obligatorische Anschlussversicherung sei nur dann ausgeschlossen, wenn ein nachgehender Leistungsanspruch bestehe und im Anschluss daran das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachgewiesen werde. Diesen Nachweis habe sie aber nicht erbracht. Auch seien die â□□Â im Ã□brigen nachrangigenÂ â□□ Krankenhilfeleistungen nach Â§Â 48 SGBÂ XII nicht gleichwertig mit Leistungen nach dem SGBÂ V. SchlieÃ□lich wÃ¼rde dem SozialhilfetrÃ¤ger bei ausgeschlossener Anschlussversicherung die gesetzlich vorgesehene MÃ¶glichkeit genommen, die BeitrÃ¤ge fÃ¼r eine freiwillige Mitgliedschaft des HilfebedÃ¼rftigen zu Ã¼bernehmen.

6
Die KlÃ¤gerin beantragt,
die Urteile des Landessozialgerichts Rheinlandâ□□Pfalz vom 4.Â Juli 2019 und des Sozialgerichts Trier vom 28.Â Juni 2018 sowie die Bescheide der Beklagten vom 18.Â August 2016 und 26.Â September 2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 26.Â Oktober 2017 aufzuheben und ihre freiwillige Mitgliedschaft bei der Beklagten fÃ¼r die Zeit ab 1.Â August 2016 festzustellen.

Â
7

Die Beklagte beantragt,
die Revision der KlÃ¤gerin zurÃ¼ckzuweisen.

Â

8

Sie hÃ¤lt die angefochtenen Urteile fÃ¼r zutreffend.

Â

9

Die beigeladene Pflegekasse hat keinen Antrag gestellt.

Â

II

Â

10

Die zulÃ¤ssige Revision der KlÃ¤gerin ist unbegrÃ¼ndet. Zu Recht hat das LSG ihre Berufung gegen das die Klage abweisende Urteil des SG zurÃ¼ckgewiesen. Die Bescheide der Beklagten vom 18.8. und 26.9.2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 26.10.2017 *(dazuÂ 1.)* sind rechtmÃ¤Ã□ig und

verletzen die KlÃ¤gerin nicht in ihren Rechten. An seiner Entscheidung war der Senat nicht aus verfahrensrechtlichen GrÃ¼nden gehindert *(dazuÂ 2.)*. Die freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) kraft Beitritts ist mangels ausreichender Vorversicherungszeit ausgeschlossen *(dazuÂ 3.)*. Der obligatorischen Anschlussversicherung steht ein nachgehender Leistungsanspruch und eine nachgewiesene anderweitige Absicherung im Krankheitsfall entgegen *(dazuÂ 4.)*.

Â

11

1.Â Gegenstand des Rechtsstreits bilden die Bescheide der Beklagten vom 18.8. und 26.9.2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 26.10.2017 *(Â§Â 95 SGG)*, soweit die Feststellung der freiwilligen Versicherung der KlÃ¤gerin bei der Beklagten abgelehnt worden ist. Zwar wird nach dem Einleitungssatz des Widerspruchsbescheids (nur) der Widerspruch gegen den Bescheid â□□vom 26.09.2016â□□ zurÃ¼ckgewiesen. Da nach der BegrÃ¼ndung des Widerspruchsbescheids aber (auch) die Vorversicherungszeiten fÃ¼r eine â□□freiwillige Mitgliedschaft nach Â§Â 9 SGBÂ Vâ□□ nicht erfÃ¼llt seien, hat die Beklagte zudem Ã¼ber den Widerspruch gegen den Bescheid vom 18.8.2016 befunden. Nicht zu entscheiden hat der Senat Ã¼ber die soziale Pflegeversicherung (sPV) der KlÃ¤gerin, die mit ihrer Revision lediglich die ZugehÃ¶rigkeit zur GKV geltend macht. Damit kann offenbleiben, ob die beklagte Krankenkasse mit den angefochtenen Verwaltungsakten auch (unzustÃ¤ndig) eine Regelung zur sPV erlassen hat.

Â

12

2.Â Das angefochtene Urteil des LSG ist nicht verfahrensfehlerhaft zustande gekommen. Der fÃ¼r die KlÃ¤gerin zustÃ¤ndige TrÃ¤ger der Sozialhilfe war nicht nach Â§Â 75 AbsÂ 2 AltÂ 1 SGG notwendig beizuladen. Die hier gefundene Entscheidung ergeht nicht â□□einheitlichâ□□ im Sinne dieser Vorschrift gegenÃ¼ber der Beklagten und dem SozialhilfetrÃ¤ger. Ebenso wie bei der Auffangpflichtversicherung nach Â§Â 5 AbsÂ 1 NrÂ 13 SGBÂ V *(vgl hierzu BSG Urteil vom 24.3.2016 â□□Â BÂ 12Â KR 6/14Â RÂ â□□ SozR 4â□□2500 Â§Â 5 NrÂ 27 RdNrÂ 23Â ff)* geht es bei der obligatorischen Anschlussversicherung um den Versicherungsstatus, durch dessen Ablehnung oder Feststellung nicht â□□gleichzeitig unmittelbar und zwangslÃ¤ufigâ□□ *(vgl hierzu BSG Urteil vom 12.11.2015 â□□Â BÂ 14Â AS 6/15Â RÂ â□□ SozR 4â□□4200 Â§Â 7 NrÂ 45 RdNrÂ 11)* in die RechtssphÃ¤re des SozialhilfetrÃ¤gers eingegriffen wird. Die KlÃ¤rung des versicherungsrechtlichen Status in der GKV hat fÃ¼r den TrÃ¤ger der Sozialhilfe nur mittelbare finanzielle Auswirkungen.

Â

13

3.Â Die KlÃ¤gerin konnte sich nicht gemÃ¤Ã Â§Â 9 AbsÂ 1 SatzÂ 1 NrÂ 1 SGBÂ V *(idF des FÃ¼nften Gesetzes zur Ãnderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 22.12.2005,* BGBlÂ I 3676*)* freiwillig versichern. Danach kÃ¶nnen Personen, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind, der Versicherung beitreten, wenn sie in den letzten fÃ¼nf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens vierundzwanzig Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens zwÃ¶lf Monate versichert waren. Diese Vorversicherungszeit ist nach den fÃ¼r den Senat bindenden Feststellungen des LSG *(*Â§Â 163 SGG*)* nicht erfÃ¼llt.

Â

14

4.Â Ab 1.8.2016 ist eine freiwillige Mitgliedschaft auch nicht als obligatorische Anschlussversicherung zustande gekommen. Nach der mit Wirkung zum 1.8.2013 *(durch ArtÂ 1 NrÂ 2b BuchstÂ b, ArtÂ 6 des Gesetzes zur Beseitigung sozialer Ãberforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung vom 15.7.2013,* BGBlÂ I 2423*)* eingefÃ¼hrten Regelung des Â§Â 188 AbsÂ 4 SGBÂ V setzt sich fÃ¼r Personen, deren Versicherungspflicht oder Familienversicherung endet, die Versicherung 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 den Austritt *(SatzÂ 1)*. Der Austritt wird nur wirksam, wenn das Mitglied das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachweist *(SatzÂ 2)*. Personen, deren Versicherungspflicht endet, werden aber dann nicht von der obligatorischen Anschlussversicherung des Â§Â 188 AbsÂ 4 SatzÂ 1 SGBÂ V erfasst, wenn ua ein Anspruch auf Leistungen nach Â§Â 19 AbsÂ 2 SGBÂ V besteht, sofern im Anschluss daran das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachgewiesen wird *(SatzÂ 3 AltÂ 2)*. Das ist hier der Fall. Nach dem Ende der Versicherungspflicht nach Â§Â 5 AbsÂ 1 NrÂ 2a SGBÂ V wegen des Bezugs von ArbeitslosengeldÂ II zum 31.7.2016 *(*Â§Â 190 AbsÂ 12 SGBÂ V *idF des Vierten Gesetzes fÃ¼r moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt vom 24.12.2003,* BGBlÂ I 2954*)* verfÃ¼gte die KlÃ¤gerin Ã¼ber einen nachgehenden Leistungsanspruch gemÃ¤Ã Â§Â 19 AbsÂ 2 SatzÂ 1 SGBÂ V *(idF des GKVâ Modernisierungsgesetzes vom 14.11.2003,* BGBlÂ I 2190*; dazuÂ a)*. Wegen des Bezugs von Leistungen nach dem SGBÂ XII hatte sie im Anschluss daran einen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall *(dazuÂ b)*. Dem stehen nicht eine fortbestehende Mitgliedschaft als Auffangversicherungspflichtige *(dazuÂ c)*, die gesetzlich vorgesehene Ãbernahme von Krankenâ und PflegeversicherungsbeitrÃ¤gen durch den SozialhilfetrÃ¤ger *(dazuÂ d)* oder der Nachrang von sozialhilferechtlichen Leistungen der Hilfe bei Krankheit *(dazuÂ e)* entgegen. Der anderweitige Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall ist auch nachgewiesen worden *(dazuÂ f)*.

Â

15

a)Â Endet die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger, besteht nach Â§Â 19 AbsÂ 2 SatzÂ 1 SGBÂ 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 *(BSG Urteil vom 16.12.2014 â□□Â* BÂ 1Â KR 37/14Â R*Â â□□* BSGE 118, 52 *=Â SozR 4â□□2500 Â§Â 192 NrÂ 7, RdNrÂ 31 mwN)*. Ein den nachgehenden Leistungsanspruch verdrÃ¤ngendes vorrangiges VersicherungsverhÃ¤ltnis kann zwar grundsÃ¤tzlich auch aufgrund der â□□Â hier allein in Betracht kommendenÂ â□□ Auffangversicherungspflicht nach Â§Â 5 AbsÂ 1 NrÂ 13 SGBÂ V bestehen. Danach sind Personen versicherungspflichtig, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und zuletzt gesetzlich krankenversichert waren oder bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in AbsÂ 5 oder den in Â§Â 6 AbsÂ 1 oderÂ 2 SGBÂ V genannten Personen gehÃ¶ren oder bei AusÃ¼bung ihrer beruflichen TÃ¤tigkeit im Inland gehÃ¶rt hÃ¤tten. Eine Auffangversicherungspflicht tritt aber ua fÃ¼r EmpfÃ¤nger laufender Leistungen nach dem Vierten Kapitel des SGBÂ XII nicht ein *(*Â§Â 5 AbsÂ 8a SatzÂ 1 *undÂ 2 SGBÂ V idF des GKVâ□□WettbewerbsstÃ¤rkungsgesetzes vom 26.3.2007,* BGBlÂ I 378*)*. Zu diesen Leistungsbeziehern gehÃ¶rte die KlÃ¤gerin.

Â

16

Der nachgehende Leistungsanspruch nach Â§Â 19 AbsÂ 2 SatzÂ 1 SGBÂ V wird nicht selbst durch den Empfang laufender Leistungen nach dem SGBÂ XII verdrÃ¤ngt. Es bleibt insofern bei dem Grundsatz des Nachrangs der Sozialhilfe *(*Â§Â 2 AbsÂ 2 SatzÂ 1 SGBÂ XII*)*. Laufende Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des SGBÂ XII schlieÃ□en wegen der dadurch bedingten anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall *(vgl* Â§Â§Â 264 SGBÂ V*,* 48 SGBÂ XII*)* zwar das Entstehen der Auffangversicherungspflicht *(vgl* Â§Â 5 AbsÂ 8a SatzÂ 2*, 3 undÂ 4 SGBÂ V idF des GKVâ□□WSG vom 26.3.2007,* BGBlÂ I 378*)* und auch der obligatorischen Anschlussversicherung nach Â§Â 188 AbsÂ 4 SatzÂ 1 SGBÂ V aus *(dazu nÃ¤herÂ b)*, verhindern aber nicht LeistungsansprÃ¼che aus einem beendeten VersicherungspflichtverhÃ¤ltnis *(*Â§Â 19 AbsÂ 2 SatzÂ 1 SGBÂ V*)*. Denn bei dem Anspruch nach Â§Â 19 AbsÂ 2 SGBÂ V geht es nicht um die BegrÃ¼ndung eines umfassenden VersicherungsverhÃ¤ltnisses, sondern um einen der Mitgliedschaft nachlaufenden zeitlich begrenzten (Ã□bergangsâ□□)Anspruch auf Leistungen. Nachrangig ist dieser Anspruch allenfalls gegenÃ¼ber AnsprÃ¼chen auf Leistungen aus einem aktuelleren VersicherungsverhÃ¤ltnis *(vgl BSG Urteil vom 26.6.2007 â□□Â* BÂ 1Â KR 2/07Â R*Â â□□ juris RdNrÂ 20)*. Durch Â§ 264 Abs 2 SatzÂ 1 SGB V *(idF des GKVâ□□WSG vom 26.3.2007,* BGBl I 378*)* wird kein VersicherungsverhÃ¤ltnis nach dem SGBÂ V begrÃ¼ndet, sondern die Krankenkasse lediglich in die Leistungserbringung der SozialhilfetrÃ¤ger einbezogen *(dazu e)*. Fehlt es damit an einem konkurrierenden VersicherungsverhÃ¤ltnis, kann offenbleiben, Ã¼ber welchen Leistungsumfang ein solches verfÃ¼gen muss, um

einen nachgehenden Leistungsanspruch ganz oder zum Teil auszuschlieÃen *(vgl hierzu Hentrich in Schlegel/Voelzke, jurisPKâSGBÂ V, 4.Â Aufl 2020, Â§Â 19 SGBÂ V RdNrÂ 106Â f; Zieglmeier in Kasseler Kommentar, Stand Dezember 2020, Â§Â 19 SGBÂ V RdNrÂ 34)*.

Â

17

b)Â Im Anschluss an den Anspruch nach Â§ 19 Abs 2 Satz 1 SGB V bestand fÃ¼r die KlÃ¤gerin ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall iS des Â§Â 188 AbsÂ 4 SatzÂ 3 AltÂ 2 SGBÂ V. Denn bei der insoweit erforderlichen prognostischen Betrachtung zum Ende der Mitgliedschaft am 31.7.2016 war infolge des laufenden Leistungsbezugs der KlÃ¤gerin nach dem SGBÂ XII (bereits ab 1.6.2016) davon auszugehen, dass die KlÃ¤gerin spÃ¤testens nach Ablauf eines Monats deshalb eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall hatte. Dass damit der Bezug von Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des SGBÂ XII die Entstehung der obligatorischen Anschlussversicherung hindert, ergibt sich zwar nicht unmittelbar aus dem Wortlaut der Norm, die den Begriff der anderweitigen Absicherung nicht nÃ¤her beschreibt. Gesetzessystematik und âhistorie machen aber deutlich, dass die Systementscheidung des Â§Â 5 AbsÂ 8a SatzÂ 1 undÂ 2 SGBÂ V zum Ausschluss der Auffangpflichtversicherung auch im Zusammenhang mit der obligatorischen Anschlussversicherung heranzuziehen ist.

Â

18

GemÃ¤Ã Â§Â 5 AbsÂ 8a SatzÂ 1Â undÂ 2Â SGBÂ V ist nicht nach AbsÂ 1 NrÂ 13 (auffang)versicherungspflichtig, wer nach AbsÂ 1 NrÂ 1 bisÂ 12 versicherungspflichtig, freiwilliges Mitglied, nach Â§Â 10 SGBÂ V familienversichert oder EmpfÃ¤nger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des SGBÂ XII ist. Zudem gilt nach Â§Â 5 AbsÂ 8a SatzÂ 4 SGBÂ V der Anspruch auf Leistungen nach Â§Â 19 AbsÂ 2 SGBÂ V nicht als Absicherung im Krankheitsfall iS des AbsÂ 1 NrÂ 13, sofern im Anschluss daran kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall besteht. Die Auffangversicherungspflicht des Â§Â 5 AbsÂ 1 NrÂ 13 SGBÂ V tritt nur fÃ¼r Personen ein, âdie keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall habenâ. Dieses Tatbestandsmerkmal wird mithin durch die Regelungen des Â§Â 5 Abs 8a SatzÂ 1, 2 undÂ 4 SGBÂ V prÃ¤zisiert. Auch die obligatorische Anschlussversicherung ist nach Â§Â 188 AbsÂ 4 SatzÂ 1 undÂ 3 SGBÂ V ausgeschlossen, wenn ein VersicherungspflichtverhÃ¤ltnis, eine Familienversicherung oder im Anschluss an einen Leistungsanspruch aus Â§Â 19 AbsÂ 2 SGBÂ V eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall besteht. Rechtssystematisch ist aus der ParallelitÃ¤t der Vorschriften zu schlieÃen, dass EmpfÃ¤nger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des SGBÂ XII eine âanderweitige Absicherung im Krankheitsfallâ auch iS des Â§Â 188 AbsÂ 4 SatzÂ 3 AltÂ 2 SGBÂ V haben *(so auch Gerlach in Hauck/Noftz,*

SGBÂ V, Stand September 2020, Â§Â 188 RdNrÂ 29).

Â

19

Nach der im Gesetzgebungsverfahren zum Ausdruck gekommenen Intention steht der Empfang laufender Leistungen nach dem SGBÂ XII sowohl dem Entstehen einer Auffangversicherungspflicht als auch der BegrÃ¼ndung einer obligatorischen Anschlussversicherung entgegen. Die EinfÃ¼hrung der obligatorischen Anschlussversicherung in Â§Â 188 AbsÂ 4 SGBÂ V zum 1.8.2013 stand gerade im Zusammenhang mit der Auffangversicherungspflicht. Sie wurde damit begrÃ¼ndet *(BTâ□□Drucks 17/13947 SÂ 27Â f zu NrÂ 2b BuchstÂ b)*, dass die Krankenkassen bislang keine MÃ¶glichkeit gehabt hÃ¤tten, die nachrangige Versicherungspflicht nach Â§Â 5 AbsÂ 1 NrÂ 13 SGBÂ V durchzufÃ¼hren, wenn die betroffenen Personen ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall sich auch auf Aufforderung der Krankenkassen, den weiteren Versicherungsschutz zu klÃ¤ren, nicht bei dieser gemeldet hÃ¤tten. Ziel war es, der Entstehung von BeitragsrÃ¼ckstÃ¤nden entgegenzuwirken und einen lÃ¼ckenlosen Versicherungsschutz zu gewÃ¤hrleisten, indem die Mitgliedschaft im Wege der obligatorischen Anschlussversicherung ab dem Zeitpunkt durchgefÃ¼hrt wird, an dem die vorangegangene Versicherung bzw Mitgliedschaft geendet hat, ohne dass sich unmittelbar eine weitere, vorrangige Versicherungspflicht angeschlossen hat. Vorrangig sei aber â□□wie bereits im Rahmen der Versicherungspflicht nach Â§Â 5 AbsatzÂ 1 NummerÂ 13 SGBÂ V (s. Â§Â 5 AbsatzÂ 8a SatzÂ 4 SGBÂ V)â□□ der nachgehende Leistungsanspruch nach Â§Â 19 AbsÂ 2 SGBÂ V, sofern im Anschluss daran eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall nachgewiesen werden kÃ¶nne. Damit ersetzte nach der Vorstellung des Gesetzgebers die obligatorische Anschlussversicherung nach Â§Â 188 AbsÂ 4 SatzÂ 1 SGBÂ V weitgehend die Auffangpflichtversicherung gemÃ¤Ã□ Â§Â 5 AbsÂ 1 NrÂ 13 SGBÂ V. Eine Ausweitung des Versichertenkreises gegenÃ¼ber der Auffangpflichtversicherung auch auf EmpfÃ¤nger laufender Leistungen nach dem SGB XII sollte damit erkennbar nicht verbunden sein.

Â

20

Zu einem unterschiedlichen VerstÃ¤ndnis des Begriffs der â□□anderweitigen Absicherung im Krankheitsfallâ□□ im Rahmen der Auffangversicherungspflicht einerseits und der obligatorischen Anschlussversicherung andererseits zwingt nicht der abweichende Wortlaut der diese Rechtsinstitute normierenden Vorschriften *(vgl hierzu LSG Rheinlandâ□□Pfalz Urteil vom 9.7.2020 â□□Â* LÂ 5Â KR 101/19*Â â□□ juris RdNrÂ 28; anhÃ¤ngig unter* BÂ 1Â KR 30/20Â R*)*. WÃ¤hrend es nach Â§Â 5 AbsÂ 8a SatzÂ 4 SGBÂ V darauf ankommt, dass keine anderweitige Absicherung â□□bestehtâ□□, stellt Â§Â 188 AbsÂ 4 SatzÂ 3 AltÂ 2 SGBÂ V zwar darauf ab, dass die anderweitige Absicherung â□□nachgewiesen wirdâ□□. Ungeachtet dessen, dass Â§Â 5 AbsÂ 8a SatzÂ 4 SGBÂ V nicht die Auffangversicherungspflicht an sich,

sondern lediglich die Absicherung im Krankheitsfall in Gestalt des nachgehenden Leistungsanspruchs nach Â§Â 19 AbsÂ 2 SGBÂ V zum Gegenstand hat, setzt auch der Begriff â□□nachgewiesenâ□□ nichts anderes als das Bestehen einer anderweitigen Absicherung zur Ã□berzeugung der BehÃ¶rde oder des Gerichts voraus. Daher waren auch weitergehende Regelungen, zB zum Zeitpunkt oder zur Frist eines entsprechenden Nachweises, nicht erforderlich.

Â

21

c)Â Auch Â§Â 190 AbsÂ 13 SatzÂ 2 SGBÂ V *(idF des GKVâ□□WSG vom 26.3.2007,* BGBlÂ I 378*)* fÃ¼hrt nicht zu einer anderen Beurteilung. Danach gilt die in SatzÂ 1 geregelte Beendigung der Mitgliedschaft der in Â§Â 5 AbsÂ 1 NrÂ 13 SGBÂ V genannten Personen mit Ablauf des Vortages, an dem ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall begrÃ¼ndet wird, nicht fÃ¼r Mitglieder, die EmpfÃ¤nger von Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des SGBÂ XII sind. Diese Vorschrift stellt sicher, dass Personen, die aufgrund der Auffangversicherungspflicht Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse geworden sind, Mitglied bleiben, obwohl sie wegen des Bezugs von Leistungen nach dem SGBÂ XII Ã¼ber eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall verfÃ¼gen. Sie lÃ¤sst damit eine bereits begrÃ¼ndete Auffangversicherungspflicht nicht entfallen, die bei der KlÃ¤gerin aber gerade nicht eingetreten war.

Â

22

d)Â Damit gehen entgegen der Auffassung der Revision auch die Regelungen des Â§Â 32 SGBÂ XII nicht ins Leere. Nach dem ab 1.1.2015 geltenden Â§Â 32 AbsÂ 1 SatzÂ 1 und AbsÂ 3 SGBÂ XII idF des GKVâ□□FQWG vom 21.7.2014 *(BGBlÂ IÂ 1133)* werden vom SozialhilfetrÃ¤ger die Krankenâ□□ und PflegeversicherungsbeitrÃ¤ge fÃ¼r Pflichtversicherte iS des Â§Â 5 AbsÂ 1 NrÂ 13 SGBÂ V Ã¼bernommen. GemÃ¤Ã□ in der Zeit vom 1.1.2018 bis 5.12.2019 geltendem Â§Â 32 AbsÂ 1 undÂ 2 NrÂ 1 undÂ 5 SGBÂ XII idF des Gesetzes zur Ermittlung von Regelbedarfen sowie zur Ã□nderung des Zweiten und des ZwÃ¶lften Buches Sozialgesetzbuch vom 22.12.2016 *(BGBlÂ IÂ 3159)* sind angemessene BeitrÃ¤ge fÃ¼r eine Krankenâ□□ und Pflegeversicherung als Bedarf anzuerkennen, soweit sie ein bestimmtes Einkommen Ã¼bersteigen, wobei fÃ¼r in der GKV nach Â§Â 5 AbsÂ 1 NrÂ 13 SGBÂ V pflichtversicherte oder nach Â§Â 188 AbsÂ 4 SGBÂ V weiterversicherte Personen der monatliche Beitrag als angemessen gilt. Von diesen Regelungen sind (ua) Personen erfasst, die nach Beginn der nach Â§Â 190Â AbsÂ 13 SatzÂ 2 SGBÂ V (fortgesetzten) Mitgliedschaft oder nach Â§Â 188 AbsÂ 4 SGBÂ V eingetretenen Weiterversicherung Sozialhilfeleistungen beziehen. Durch sie wird kein VersicherungsverhÃ¤ltnis in der GKV begrÃ¼ndet, sondern ein solches vorausgesetzt.

Â

23

e)Â Dem anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall iS des Â§Â 188 AbsÂ 4 SatzÂ 3 SGBÂ V durch den Bezug bestimmter Leistungen des SGBÂ XII steht schlieÃlich nicht die SubsidiaritÃ¤tsregelung des Â§Â 48 SatzÂ 2 SGBÂ XII entgegen. Danach gehen die Regelungen zur Krankenbehandlung nach Â§Â 264 SGBÂ V den Leistungen der Hilfe bei Krankheit nach Â§Â 48 SatzÂ 1 SGBÂ XII vor. Zwar wird gemÃ¤Ã Â§Â 264 AbsÂ 2 SatzÂ 1 SGBÂ V *(idF des GKVâWSG vom 26.3.2007,* BGBlÂ IÂ 378*)* die Krankenbehandlung ua von EmpfÃ¤ngern von Leistungen nach dem Dritten bis Neunten Kapitel des SGBÂ XII, die nicht versichert sind, von der Krankenkasse Ã¼bernommen. Dadurch wird aber kein Versicherungs- und MitgliedschaftsverhÃ¤ltnis in der GKV begrÃ¼ndet, sondern lediglich die Leistungserbringung durch die jeweils zustÃ¤ndige Krankenkasse geregelt. Dabei kann offenbleiben, ob von einem gesetzlichen AuftragsverhÃ¤ltnis *(*Â§Â 93 SGBÂ X*; so BSG Urteile des 1.Â Senats vom 17.6.2008 âÂ* BÂ 1Â KRÂ 30/07Â RÂ *â* BSGEÂ 101,Â 42 *=Â* SozR 4â2500 Â§Â 264 NrÂ 1*, RdNrÂ 10Â ff, vom 28.9.2010 âÂ* BÂ 1Â KRÂ 4/10Â RÂ *â SozR 4â2500 Â§Â 264Â NrÂ 3 RdNrÂ 12Â f und vom 12.11.2013 âÂ* BÂ 1Â KR 56/12Â RÂ *â SozR 4â2500 Â§Â 264 NrÂ 4 RdNrÂ 10)* oder von einem auftragsÃ¤hnlichen VerhÃ¤ltnis *(so BSG Urteil des 8.Â Senats vom 28.10.2008 âÂ* BÂ 8Â SO 23/07Â RÂ *â* BSGE 102, 10 *=Â* SozR 4â2500 Â§Â 264 NrÂ 2*, RdNrÂ 23)* zwischen Krankenkasse und SozialhilfetrÃ¤ger auszugehen ist. Jedenfalls fÃ¼hrt keine dieser Rechtsbeziehungen dazu, dass allein durch die Leistungserbringung zugunsten der SozialhilfeempfÃ¤nger, die â nicht versichertâ iS des Â§Â 264 AbsÂ 2 SatzÂ 1 SGBÂ V sind, kraft Gesetzes nicht nur ein Leistungsâ, sondern auch ein Versicherungsâ und MitgliedschaftsverhÃ¤ltnis entsteht. Daher ordnet Â§Â 264 AbsÂ 7 SatzÂ 1 SGBÂ V *(idF des GKVâWSG vom 26.3.2007,* BGBlÂ IÂ 378*)* an, dass den Krankenkassen die ihnen durch die Ãbernahme der Krankenbehandlung nach den AbsÂ 2 bisÂ 6 entstehenden Aufwendungen ua von den fÃ¼r die Hilfe zustÃ¤ndigen TrÃ¤gern der Sozialhilfe vierteljÃ¤hrlich erstattet werden. SozialhilfeempfÃ¤nger sind den Versicherten der GKV leistungsrechtlich, nicht aber mitgliedschaftsrechtlich gleichgestellt *(BTâDrucks 15/1525 SÂ 141 zu ArtÂ 1 NrÂ 152 âÂ Â§Â 264Â â linke SpÂ 2. Abs; vgl auch* Â§Â 264 AbsÂ 4 SatzÂ 3 SGBÂ V*, wonach als Versichertenstatus nach* Â§Â 291 AbsÂ 2 NrÂ 7 SGBÂ V *die Statusbezeichnung âMitgliedâ fÃ¼r SozialhilfeempfÃ¤nger bis zur Vollendung des 65.Â Lebensjahres âgiltâ)*.

Â

24

Die anderweitige Absicherung der KlÃ¤gerin scheitert âÂ entgegen ihrer AuffassungÂ â auch nicht daran, dass die Leistungen der Hilfe bei Krankheit nach Â§Â 48 SGBÂ XII nicht mit den Leistungen des SGBÂ V gleichwertig seien. Dabei kann dahingestellt bleiben, inwieweit der Begriff des âanderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfallâ iS des Â§Â 188 AbsÂ 4 SatzÂ 3 AltÂ 2 SGBÂ V eine Gleichwertigkeit fordert. FÃ¼r SozialhilfeempfÃ¤nger gilt ua Â§Â 11 AbsÂ 1 SGBÂ V und damit der in dieser Vorschrift normierte Leistungskatalog entsprechend

(Â§Â 264 AbsÂ 4 SatzÂ 1 SGBÂ V). Ihnen stehen dieselben Leistungen wie den Versicherten der GKV zu, auch wenn sie statusrechtlich keine Versicherten sind *(vgl Wenner in Eichenhofer/von Koppenfelsâ□□Spies/Wenner, SGBÂ V, 3.Â Aufl 2018, Â§Â 264 RdNrÂ 1)*. Nach Â§Â 264 AbsÂ 4 SatzÂ 2 SGBÂ V *(idF des Gesetzes fÃ¼r sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen sowie zur Ã□nderung weiterer Gesetze vom 21.12.2015,* BGBlÂ I 2408*)* erhalten die Betroffenen auch eine elektronische Gesundheitskarte.

Â

25

f)Â Die anderweitige Absicherung im Krankheitsfall ist auch nachgewiesen worden. Nach den bindenden Feststellungen des LSG hat die KlÃ¤gerin den Bescheid des TrÃ¤gers der Sozialhilfe vom 26.7.2016 Ã¼ber die zur anderweitigen Absicherung fÃ¼hrende Bewilligung laufender Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Vierten Kapitel des SGBÂ XII fÃ¼r die Zeit ab 1.6.2016 zusammen mit ihrer ErklÃ¤rung zum Beitritt zur freiwilligen Versicherung vom 27.7.2016 der Beklagten vorgelegt. Daher kann offenbleiben, ob â□□Â wie die Revision geltend machtÂ â□□ die anderweitige Absicherung im Krankheitsfall vom Betroffenen aktiv nachzuweisen ist.

Â

26

5.Â Die Kostenentscheidung beruht auf Â§Â 193 SGG.

Â

Erstellt am: 14.01.2022

Zuletzt verändert am: 21.12.2024