

---

## S 1 KR 234/17

### Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

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

#### 1. Instanz

|              |               |
|--------------|---------------|
| Aktenzeichen | S 1 KR 234/17 |
| Datum        | 08.11.2018    |

#### 2. Instanz

|              |               |
|--------------|---------------|
| Aktenzeichen | L 5 KR 311/18 |
| 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 Juli 2019 wird zurÃ¼ckgewiesen.

AuÃgerichtliche 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 1.1.2017 freiwilliges Mitglied der beklagten Krankenkasse geworden ist.

---

Ä

2

Die KlÄgerin hÄlt sich seit 2013 im Bundesgebiet auf. Sie bezog ab 1.8.2016 nach Erhalt einer Aufenthaltserlaubnis Leistungen nach dem SGBÄ II und war deshalb gemÄÄÄ [Ä§Ä 5 AbsÄ 1 NrÄ 2a SGBÄ V](#) (idF des GKVÄFinanzstrukturÄ und QualitÄtsÄWeiterentwicklungsgesetzes vom 21.7.2014, [BGBIÄ I 1133](#)) versicherungspflichtiges Mitglied der Beklagten. Nach Feststellung der vollen Erwerbsminderung fÄ¼r lÄnger als sechs Monate durch ein amtsÄrztliches Gutachten vom 17.10.2016 wurden die Leistungen nach dem SGBÄ II mit Wirkung zum 31.12.2016 eingestellt. Die StadtÄ W bewilligte der KlÄgerin ab 1.1.2017 bis auf Weiteres Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Dritten Kapitel des SGBÄ XII (Bescheid vom 3.1.2017). Unter Vorlage des Bewilligungsbescheids erklÄrte die KlÄgerin mit Schreiben vom 12.1.2017, sie trete nicht aus der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aus und wolle weiterhin bei der beklagten Krankenkasse versichert sein. Die Beklagte lehnte die weitere Versicherung der KlÄgerin ab (Bescheid vom 18.1.2017, Widerspruchsbescheid vom 27.11.2017). Weder seien die Voraussetzungen des [Ä§Ä 9 SGBÄ V](#) erfÄ¼llt noch setze sich die Versicherung als obligatorische Anschlussversicherung gemÄÄÄ [Ä§Ä 188 AbsÄ 4 SGBÄ V](#) fort.

Ä

3

Das SG Trier hat die Klage abgewiesen (Urteil vom 8.11.2018). Die KlÄgerin sei weder kraft Beitritts noch im Wege der obligatorischen Anschlussversicherung freiwillig krankenversichert. Sie habe einen nachgehenden Leistungsanspruch nach [Ä§Ä 19 AbsÄ 2 SatzÄ 1 SGBÄ V](#) gehabt. Dem sei eine nachgewiesene anderweitige Absicherung im Krankheitsfall durch den Bezug von Leistungen nach dem SGBÄ XII gefolgt. Das LSG Rheinland-Pfalz hat die Berufung der KlÄgerin unter Bezugnahme auf die EntscheidungsgrÄ¼nde des SG zurÄ¼ckgewiesen (Urteil vom 4.7.2019).

Ä

4

Mit ihrer Revision rÄ¼gt die KlÄgerin sinngemÄÄÄ die Verletzung des [Ä§Ä 188 AbsÄ 4 SatzÄ 1 SGBÄ V](#). Die obligatorische Anschlussversicherung sei nicht ausnahmsweise nach SatzÄ 3 der Norm ausgeschlossen. Der Empfang von Leistungen nach dem DrittenÄ Kapitel des SGBÄ XII stelle keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall dar. Das ergebe sich aus der Zielsetzung des Gesetzgebers, dem Gesamtzusammenhang und dem Grundsatz der Vorrangigkeit der freiwilligen Versicherung. Bei der anderweitigen Absicherung mÄ¼sse es sich um eine solche handeln, die auf gleicher Stufe mit der vom Gesetzgeber genannten privaten Krankenversicherung (PKV) stehe und sich in das Ä¼ber die GKV und PKV sichergestellte System des Krankenversicherungsschutzes

---

eingliedert. Nur durch diese Sichtweise würde auch dem Grundsatz der Nachrangigkeit der Sozialhilfe nach [§ 2 Abs 2 SGB XII](#) Rechnung getragen. Die Heranziehung des [§ 188 Abs 4 Satz 3 SGB V](#) auf Fälle des [§ 5 Abs 8a SGB V](#) würde gegen den Vorrang des Gesetzes verstoßen. Schließlich habe die Klägerin auch nicht den Austritt aus der GKV erklärt.

Ä

5

Die Klägerin beantragt,  
die Urteile des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 4. Juli 2019 und des Sozialgerichts Trier vom 8. November 2018 sowie den Bescheid der Beklagten vom 18. Januar 2017 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 27. November 2017 aufzuheben und ihre freiwillige Mitgliedschaft bei der Beklagten für die Zeit ab 1. Januar 2017 festzustellen.

Ä

6

Die Beklagte beantragt,  
die Revision der Klägerin zurückzuweisen.

Ä

7

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Ä

8

Der beigeladene Landkreis schließt sich dem Vortrag der Klägerin an. Die Beigeladenen haben keinen Antrag gestellt.

Ä

II

Ä

9

Die zulässige Revision der Klägerin ist unbegründet. Zu Recht hat das LSG die Berufung gegen das klageabweisende Urteil des SG zurückgewiesen. Der Bescheid der Beklagten vom 18.1.2017 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 27.11.2017 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Nach dem Ende ihrer Versicherungspflicht aufgrund des Leistungsbezugs nach dem

---

SGBÂ II kam weder kraft Beitritts (*dazuÂ 1.*) noch im Wege der obligatorischen Anschlussversicherung (*dazuÂ 2.*) eine freiwillige Mitgliedschaft in der hier allein streitigen GKV zustande. Nicht zu entscheiden hat der Senat Â¼ber 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 dem angefochtenen Verwaltungsakt auch (unzustÃ¤ndig) eine Regelung zur sPV erlassen hat.

Â

10

1.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 Ãnderung 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

11

2.Â Ab 1.1.2017 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 ÃuÃerforderung 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 Â¼ber 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 31.12.2016 ([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 Â¼ber einen nachgehenden Leistungsanspruch gemÃ¤Ã [Â§Â 19 AbsÂ 2 SatzÂ 1 SGBÂ V](#) (*idF des GKV-Modernisierungsgesetzes*

---

vom 14.11.2003, [BGBl. I 2190](#); dazu a). Wegen des Bezugs von Leistungen nach dem SGB XII hatte sie im Anschluss daran einen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall (dazu b). Dem stehen nicht die Regelung zur fortbestehenden Mitgliedschaft Auffangversicherungspflichtiger (dazu c), die gesetzlich vorgesehene Übernahme von Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen durch den Sozialhilfeträger (dazu d) oder der Nachrang von sozialhilferechtlichen Leistungen der Hilfe bei Krankheit (dazu e) entgegen. Der anderweitige Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall ist auch nachgewiesen worden (dazu f).

Ä

12

a) Ändet die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger, besteht nach [§ 19 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) Anspruch auf Leistungen längstens für einen Monat nach dem Ende der Mitgliedschaft, solange keine Erwerbstätigkeit ausgeübt wird.

Voraussetzung hierfür ist neben der fehlenden Erwerbstätigkeit, dass kein anderweitiger aktueller Krankenversicherungsschutz besteht (BSG Urteil vom 16.12.2014 – [BÄ 1 KR 37/14 R](#) – [BSGE 118, 52](#) = *SozR 4-2500* § 192 Nr. 7, *RdNr. 31 mwN*). Ein den nachgehenden Leistungsanspruch

verdrängendes vorrangiges Versicherungsverhältnis kann zwar grundsätzlich auch aufgrund der Ä hier allein in Betracht kommen Ä

Auffangversicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB 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 Abs. 5 oder den in [§ 6 Abs. 1 oder 2 SGB V](#) genannten Personen gehören oder bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland hätten. Eine Auffangversicherungspflicht tritt aber ua für Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten Kapitel des SGB XII nicht ein ([§ 5 Abs. 8a Satz 1 und 2 SGB V idF des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes vom 26.3.2007, BGBl. I 378](#)). Zu diesen Leistungsbeziehern gehörte die Klägerin.

Ä

13

Der nachgehende Leistungsanspruch nach [§ 19 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) wird nicht selbst durch den Empfang laufender Leistungen nach dem SGB XII verdrängt. Es bleibt insofern bei dem Grundsatz des Nachrangs der Sozialhilfe ([§ 2 Abs. 2 Satz 1 SGB XII](#)). Laufende Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des SGB XII schließen wegen der dadurch bedingten anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall (vgl. [§ 264 SGB V, § 48 SGB XII](#)) zwar das Entstehen der Auffangversicherungspflicht (vgl. [§ 5 Abs. 8a Satz 2, 3 und 4 SGB V idF des GKV-WBSG vom 26.3.2007, BGBl. I 378](#)) und auch der obligatorischen Anschlussversicherung nach [§ 188 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) aus (dazu näher b), verhindern aber nicht Leistungsansprüche aus einem

---

beendeten Versicherungspflichtverhältnis ([§ 19 Abs 2 Satz 1 SGB V](#)). Denn bei dem Anspruch nach [§ 19 Abs 2 SGB V](#) geht es nicht um die Begründung eines umfassenden Versicherungsverhältnisses, sondern um einen der Mitgliedschaft nachlaufenden zeitlich begrenzten (Übergangs-)Anspruch auf Leistungen. Nachrangig ist dieser Anspruch allenfalls gegenüber Ansprüchen auf Leistungen aus einem aktuelleren Versicherungsverhältnis (vgl. *BSG Urteil vom 26.6.2007 – B 1 KR 2/07 R – juris RdNr 20*). Durch [§ 264 Abs 2 Satz 1 SGB V](#) (idF des GKV-WSG vom 26.3.2007, [BGBl I 378](#)) wird kein Versicherungsverhältnis nach dem SGB V begründet, sondern die Krankenkasse lediglich in die Leistungserbringung der Sozialhilfeträger einbezogen (dazu e). Fehlt es damit an einem konkurrierenden Versicherungsverhältnis, kann offenbleiben, über welchen Leistungsumfang ein solches verfügen muss, um einen nachgehenden Leistungsanspruch ganz oder zum Teil auszuschließen (vgl. hierzu *Hentrich in Schlegel/Voelzke, jurisPK SGB V*, 4. Aufl 2020, [§ 19 SGB V RdNr 106 f](#); *Zieglmeier in Kasseler Kommentar*, Stand Dezember 2020, [§ 19 SGB V RdNr 34](#)).

Ä

14

b) Im Anschluss an den Anspruch nach [§ 19 Abs 2 Satz 1 SGB V](#) bestand für die Klägerin ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall iS des [§ 188 Abs 4 Satz 3 Alt 2 SGB V](#). Denn bei der insoweit erforderlichen prognostischen Betrachtung zum Ende der Versicherungspflicht am 31.12.2016 (vgl. zum maßgeblichen Zeitpunkt für die Prognose nach [§ 5 Abs 8a Satz 4 SGB V BSG Urteil vom 4.3.2014 – B 1 KR 68/12 R – SozR 4 – 2500 § 5 Nr 22 RdNr 25](#)) war aufgrund der Feststellungen im amtsärztlichen Gutachten vom 17.10.2016 und infolge des laufenden Leistungsbezugs der Klägerin nach dem SGB XII ab Januar 2017 davon auszugehen, dass sie spätestens nach Ablauf eines Monats eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall hatte. Dass damit der Bezug von Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des SGB XII die Entstehung der obligatorischen Anschlussversicherung hindert, ergibt sich zwar nicht unmittelbar aus dem Wortlaut der Norm, die den Begriff der anderweitigen Absicherung nicht näher beschreibt. Gesetzssystematik und -historie machen aber deutlich, dass die Systementscheidung des [§ 5 Abs 8a Satz 1](#) und 2 SGB V zum Ausschluss der Auffangpflichtversicherung auch im Zusammenhang mit der obligatorischen Anschlussversicherung heranzuziehen ist.

Ä

15

Gemäß [§ 5 Abs 8a Satz 1](#) und 2 SGB V ist nicht nach Abs 1 Nr 13 (auffang-)versicherungspflichtig, wer nach Abs 1 Nr 1 bis 12 versicherungspflichtig, freiwilliges Mitglied, nach [§ 10 SGB V](#) familienversichert oder Empfänger 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, âdie keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall habenâ. Dieses Tatbestandsmerkmal wird mithin durch die Regelungen des [Â§Â 5 AbsÂ 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 VersicherungsverhÃ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 schlieÃen, dass EmpfÃ¤nger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des SGBÂ XII eine âanderweitige 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

16

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 (BT-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 Absatz 1 Nummer 13 SGBÂ V](#) (s.Â [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 SGBÂ XII sollte damit erkennbar nicht

---

verbunden sein.

Ä

17

Zu einem unterschiedlichen Verständnis des Begriffs der â  nderweitigen 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     [L   5   KR 101/19  ](#) â    *juris RdNr   28; anhangig unter* [B   1   KR 30/20   R](#)). Während es nach [     5 Abs   8a Satz   4 SGB   V](#) darauf ankommt, dass keine anderweitige Absicherung â   bestehtâ  , stellt [     188 Abs   4 Satz   3 Alt   2 SGB   V](#) zwar darauf ab, dass die anderweitige Absicherung â   nachgewiesen wirdâ  . Ungeachtet dessen, dass [     5 Abs   8a Satz   4 SGB   V](#) nicht die Auffangversicherungspflicht an sich, sondern lediglich die Absicherung im Krankheitsfall in Gestalt des nachgehenden Leistungsanspruchs nach [     19 Abs   2 SGB   V](#) zum Gegenstand hat, setzt auch der Begriff â   nachgewiesenâ   nichts anderes als das Bestehen einer anderweitigen Absicherung zur Überzeugung der Behörde oder des Gerichts voraus. Daher waren auch weitergehende Regelungen, zB zum Zeitpunkt oder zur Frist eines entsprechenden Nachweises, nicht erforderlich.

Ä

18

c)   Auch [     190 Abs   13 Satz   2 SGB   V](#) (idF des GKV    WSG vom 26.3.2007, [BGBl   I 378](#)) f   hrt nicht zu einer anderen Beurteilung. Danach gilt die in Satz   1 geregelte Beendigung der Mitgliedschaft der in [     5 Abs 1 Nr 13 SGB   V](#) genannten Personen mit Ablauf des Vortages, an dem ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall begründet wird, nicht f   r Mitglieder, die Empfänger von Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des SGB   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 SGB   XII über eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall verfügen. Sie lässt damit eine bereits begründete Auffangversicherungspflicht nicht entfallen, die bei der Klägerin aber gerade nicht eingetreten war.

Ä

19

d)   Damit gehen auch die Regelungen des [     32 SGB   XII](#) nicht ins Leere. Nach dem ab 1.1.2015 geltenden [     32 Abs   1 Satz   1 und Abs   3 SGB   XII](#) idF des GKV    FQWG vom 21.7.2014 ([BGBl   I 1133](#)) werden vom Sozialhilfeträger die Kranken    und Pflegeversicherungsbeiträge f   r Pflichtversicherte iS des [     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 (*BGBIÂ IÂ 3159*) sind angemessene BeitrÃ¤ge fÃ¼r eine Kranken- 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

20

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 schlieÃlich 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 GKVâWSG vom 26.3.2007, *BGBIÂ 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 Versicherungsâ 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 âÂ [BÂ 1Â KR 30/07Â RÂ](#) âÂ [BSGEÂ 101.Â 42](#) =Â [SozR 4â2500 Â§Â 264 NrÂ 1](#), RdNrÂ 10Â ff, vom 28.9.2010 âÂ [BÂ 1Â KR 4/10Â RÂ](#) âÂ [SozR 4â2500 Â§Â 264 NrÂ 3](#) RdNrÂ 12Â f und vom 12.11.2013 âÂ [BÂ 1Â KR 56/12Â RÂ](#) âÂ [SozR 4â2500 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 âÂ [BÂ 8Â SO 23/07Â RÂ](#) âÂ [BSGE 102. 10](#) =Â [SozR 4â2500 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 GKVâWSG vom 26.3.2007, *BGBIÂ IÂ 378*) an, dass den Krankenkassen die ihnen durch die Ãbernahme 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 (*BTâDrucks 15/1525 SÂ 141 zu ArtÂ 1*

---

Nr 152  $\hat{=}$   $\hat{=}$  264  $\hat{=}$  linke Sp 2. Abs; vgl auch [§ 264 Abs 4 Satz 3 SGB V](#), wonach als Versichertenstatus nach [§ 291 Abs 2 Nr 7 SGB V](#) die Statusbezeichnung „Mitglied“ für Sozialhilfeempfänger bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres „gilt“).

Ä

21

Die anderweitige Absicherung der Klägerin scheitert auch nicht daran, dass die Leistungen der Hilfe bei Krankheit nach [§ 48 SGB XII](#) nicht mit den Leistungen des SGB V gleichwertig wären. Dabei kann dahingestellt bleiben, inwieweit der Begriff des „anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall“ iS des [§ 188 Abs 4 Satz 3 Alt 2 SGB V](#) eine Gleichwertigkeit fordert. Für Sozialhilfeempfänger gilt ua [§ 11 Abs 1 SGB V](#) und damit der in dieser Vorschrift normierte Leistungskatalog entsprechend ([§ 264 Abs 4 Satz 1 SGB V](#)). Ihnen stehen dieselben Leistungen wie den Versicherten der GKV zu, auch wenn sie statusrechtlich keine Versicherten sind (vgl. Wenner in Eichenhofer/von Koppenfels  $\hat{=}$  Spies/Wenner, SGB V, 3. Aufl 2018, § 264 RdNr 1). Nach [§ 264 Abs 4 Satz 2 SGB V](#) (idF des Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen sowie zur Änderung weiterer Gesetze vom 21.12.2015, [BGBl I 2408](#)) erhalten die Betroffenen auch eine elektronische Gesundheitskarte.

Ä

22

f) Die anderweitige Absicherung im Krankheitsfall ist auch nachgewiesen worden. Nach den bindenden Feststellungen des LSG hat die Klägerin den Bescheid des Trägers der Sozialhilfe vom 3.1.2017 über die zur anderweitigen Absicherung führende Bewilligung laufender Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Dritten Kapitel des SGB XII für die Zeit ab Januar 2017 zusammen mit ihrer Erklärung zum Beitritt zur freiwilligen Versicherung vom 12.1.2017 der Beklagten vorgelegt. Daher kann offenbleiben, ob  $\hat{=}$  wie die Revision geltend macht  $\hat{=}$  die anderweitige Absicherung im Krankheitsfall vom Betroffenen aktiv nachzuweisen ist.

Ä

23

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

Ä

---

Erstellt am: 14.01.2022

Zuletzt verändert am: 21.12.2024