

L 5 KR 2180/15

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Konstanz (BWB)
Aktenzeichen
S 2 KR 2453/12
Datum
16.04.2015
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KR 2180/15
Datum
17.05.2017
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum
-

Kategorie
Urteil

Auf die Berufung des Klägers wird das Urteil des Sozialgerichts Konstanz vom 16.04.2015 aufgehoben. Der Bescheid der Beklagten vom 14.06.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 27.08.2012 wird aufgehoben. Es wird festgestellt, dass der Kläger über den 30.09.2011 hinaus freiwilliges Mitglied der Beklagten ist.

Die Beklagte hat dem Kläger die außergerichtlichen Kosten beider Rechtszüge zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die (weitere) Durchführung der Krankenversicherung bei der Beklagten.

Der 1966 (in S.) geborene Kläger steht unter Betreuung; er ist (voll) erwerbsgemindert ohne Rentenbezug. Die Beigeladene zu 2) war bis 09.08.2012 zur Betreuerin des Klägers bestellt.

Ab 01.12.2010 war der Kläger bei der Beklagten freiwillig krankenversichert (zuvor seit 01.03.2007 Pflichtversicherung wegen Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM)). Er bezog im Rahmen ambulant betreuten Wohnens Leistungen der Eingliederungshilfe nach Maßgabe des Sozialgesetzbuchs Zwölftes Buch (SGB XII) vom Beigeladenen zu 1). Außerdem erhielt er Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsunfähigkeit von der Stadt R. (Sozialamt); diese übernahm auch die Beiträge des Klägers zur freiwilligen Krankenversicherung.

Vom 30.04.2011 bis 24.10.2011 war der Kläger im Z. f. P. S. (Z., forensische Abteilung) untergebracht ([§ 126a](#) Strafprozessordnung, StPO). Während dieser Zeit hatte er Anspruch auf Leistungen der Gesundheitsfürsorge nach §§ 56 ff. Strafvollzugsgesetz (StVollzG). In der Bescheinigung des Z. vom 25.10.2011 heißt es hierzu, während der Zeit der Unterbringung habe die Mitgliedschaft des Klägers bei der Krankenkasse geruht.

Mit Schreiben vom 22.07.2011 teilte die Beigeladene zu 2) der Beklagten die Unterbringung des Klägers im Z. ab 30.04.2011 mit. Der Kläger beziehe von der Stadt R. Grundsicherungsleistungen (letztmals für Juni 2011). Am 21.11.2010 habe sie bei der Stadt R. die Übernahme der freiwilligen Krankenversicherungsbeiträge des Klägers beantragt; sie gehe davon aus, dass die Beklagte die Beiträge erhalten habe. Die Stadt R. (Sozialamt) habe sie gebeten zu klären, ob der Kläger weiterhin krankenversichert sein müsse oder ob die Leistungen der Gesundheitsfürsorge (§§ 56 ff. StVollzG) ausreichten. Gemäß [§ 16 Abs. 1 Nr. 4](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) ruhe der Leistungsanspruch, solange der Kläger gemäß [§ 126a StPO](#) im Z. untergebracht sei.

Am 25.07.2011 führte die Beigeladene zu 2) mit einem Mitarbeiter der Beklagten (Herr K.) ein Telefongespräch, das die Krankenversicherung des Klägers zum Gegenstand hatte. In dem von der Beklagten (Herr K.) hierüber angefertigten Aktenvermerk heißt es (u.a.), der Kläger befinde sich seit 30.04.2011 in der forensischen Psychiatrie. Die freiwillige Versicherung könne unter Einhaltung der Kündigungsfrist (aktuell bis 30.09.2011) beendet werden. Nach dem Ende der Absicherung im Krankheitsfall nach [§ 126a StPO](#) bestehe die Möglichkeit der Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#). Der Sachverhalt sei mit der Beigeladenen zu 2) besprochen worden.

Mit Schreiben vom 29.07.2011 (Betreff: Beendigung der freiwilligen Versicherung) führte die Beigeladene zu 2) aus, da der Kläger seit 30.04.2011 gemäß [§ 126a StPO](#) vorläufig im Z. untergebracht sei und er nach § 56 StVollzG Anspruch auf Gesundheitsfürsorge habe, werde die freiwillige Mitgliedschaft zum nächstmöglichen Termin gekündigt. Es werde um Bestätigung gebeten, dass der Kläger nach der Entlassung aus dem Z. wieder bei der Beklagten versichert werden könne.

Mit Schreiben vom 01.08.2011 bestätigte die Beklagte den Eingang des Kündigungsschreibens vom 29.07.2011; die Kündigung werde zum 30.09.2011 wirksam. Nach Ende des Anspruchs auf Gesundheitsfürsorge nach §§ 56 ff. StVollzG ergebe sich für den Kläger die Versicherungspflicht zur Kranken- und Pflegeversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) und [§ 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 Sozialgesetzbuch Elftes Buch \(SGB XI - Auffangversicherung\)](#), sofern zu diesem Zeitpunkt kein anderweitiger Krankenversicherungsschutz bestehe.

Am 26.10.2011 gab die Beigeladene zu 2) bei der Beklagten eine (formularmäßige) Anzeige zur Durchführung der Pflichtversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) und [§ 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI](#) für den (am 24.10.2011 aus dem Z. entlassenen) Kläger ab. Auf der Anzeige ist vermerkt, es seien Leistungen nach dem SGB XII beantragt. Die Auffangversicherung wurde vom 25.10.2011 bis 30.11.2011 durchgeführt.

Mit (an den Kläger gerichtetem) Bescheid vom 28.10.2011 setzte die Beklagte die Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge des Klägers (zur Auffangversicherung) ab 25.10.2011 fest. Die Beiträge würden beim Beigeladenen zu 1) angefordert. Mit (an die Beigeladene zu 2)) gerichtetem Bescheid vom 15.12.2011 wurden die Beiträge für die Zeit ab 01.01.2012 (neu) festgesetzt.

Mit Schreiben vom 28.10.2011 teilte die Beklagte dem Beigeladenen zu 1) mit, der Kläger sei seit 25.10.2011 als freiwilliges Mitglied versichert. Es werde um Rücksendung der Erklärung zur Übernahme der Beiträge gebeten.

In einer an den Kläger gerichteten Mitgliedsbescheinigung der Beklagten vom 14.12.2011 sind seine Mitgliedszeiten wie folgt aufgeführt:

25.10.2011 bis 30.11.2011 nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) 01.05.2011 bis 30.09.2011 nach [§ 9 SGB V](#) 01.12.2010 bis 30.04.2011 nach [§ 9 SGB V](#) 01.03.2007 bis 30.11.2010 nach [§ 5 Abs. 1 SGB V](#)

Vom 01.12.2011 bis 31.05.2012 wurde der Kläger erneut im Z. untergebracht (Bescheinigung des Z. vom 04.06.2012). Mit Schreiben vom 14.12.2011 teilte die Beklagte der Beigeladenen zu 2) mit, die Versicherungspflicht des Klägers zur Auffangversicherung habe zum 30.11.2011 geendet.

Mit Schreiben vom 09.12.2011 übersandte die Beigeladene zu 2) der Beklagten die Bescheinigung des Z. vom 07.12.2011. Es werde um Bestätigung gebeten, dass das Versicherungsverhältnis beendet sei. In der Bescheinigung des Z. vom 07.12.2011 heißt es, der Kläger werde seit 01.12.2011 stationär behandelt; ab diesem Zeitpunkt sei seine medizinische Versorgung über die Gesundheitsfürsorge abgedeckt.

In einer E-Mail des Beigeladenen zu 1) an die Beigeladene zu 2) vom 07.12.2011 heißt es, mit dem Ende der Eingliederungshilfe zum 06.12.2011 ende auch die Übernahme der Beiträge zur freiwilligen Krankenversicherung des Klägers. Es müsste aber möglich sein, beim Sozialamt (der Stadt R.), von dem der Kläger vor Monaten Grundsicherungsleistungen bezogen habe, für die Zeit der Unterbringung (u.a.) die Gewährung von Krankenversicherung zu beantragen.

Mit Schreiben vom 13.05.2012 teilte die Beigeladene zu 2) der Beklagten mit, der Kläger werde voraussichtlich am 31.05.2012 oder 01.06.2012 aus dem Z. entlassen; es werde beantragt, ihn ab der Entlassung wieder bei der Beklagten zu versichern.

Mit Bescheid vom 22.05.2012 bewilligte der Beigeladene zu 1) dem Kläger Leistungen der vollstationären Eingliederungshilfe und der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (einschließlich der Übernahme von Beiträgen zur freiwilligen Krankenversicherung) ab 01.06.2012 (Änderungsbescheid vom 04.09.2012: Leitungsbeginn 04.06.2012).

Mit Schreiben vom 04.06.2012 beantragte die Beigeladene zu 2) bei der Beklagten die (erneute) Durchführung der Versicherung des Klägers nach der Entlassung aus dem Z. (ab 01.06.2012).

Mit Bescheid vom 14.06.2012 stellte die Beklagte fest, dass der Kläger nicht versicherungspflichtig nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) (und [§ 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI](#)) ist. Er habe Anspruch auf die Gewährung von Grundsicherungsleistungen durch den zuständigen Sozialhilfeträger.

Mit E-Mail vom 14.06.2012 beantragte der Beigeladene zu 1) unter Hinweis auf die Regelung in [§ 95 SGB XII](#) bei der Beklagten die Durchführung der freiwilligen Versicherung für den Kläger; die Beiträge würden übernommen.

Mit Schreiben vom 15.06.2012 teilte die Beklagte der Beigeladenen zu 2) - zur Entwicklung des Versicherungsstatus des Klägers - mit, der Kläger sei bis 30.11.2010 über die WfbM und danach während des Bezugs von Sozialhilfe freiwillig versichert gewesen. Die freiwillige Versicherung sei im Hinblick auf die Unterbringung des Klägers im Z. zum 30.11.2011 beendet worden. Für eine (erneute) freiwillige Versicherung seien eine anerkannte Vorversicherungszeit von 12 Monaten ohne Unterbrechung oder von insgesamt 24 Monaten in den letzten 5 Jahren und ein Antrag auf Durchführung der freiwilligen Versicherung innerhalb von 3 Monaten nach Ende der Vorversicherungszeit erforderlich. Es bestehe somit keine Möglichkeit zur freiwilligen Versicherung, bis durch Neubeginn einer Vorversicherungszeit (z.B. versicherungspflichtige Beschäftigung) wieder eine freiwillige Mitgliedschaft anschließbar werde. Versicherungspflicht zur Auffangversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) bestehe nicht. Die Auffangversicherung sei gegenüber anderen Absicherungen im Krankheitsfall, etwa durch Gewährung von Heilfürsorge oder Leistungen der Sozialhilfe (Hilfe bei Krankheit), nachrangig.

Am 19.06.2012 erhob der Kläger (durch die Beigeladene zu 2)) Widerspruch. Zur Begründung wurde vorgetragen, die Beklagte habe ihre Beratungspflicht verletzt; es werde der sozialrechtliche Herstellungsanspruch geltend gemacht. Die Beklagte (Herr K.) habe der Beigeladenen zu 2) bei dem Telefongespräch vom 25.07.2011 mitgeteilt, die freiwillige Versicherung könne zum 30.09.2011 gekündigt werden, da sie, die Beklagte, verpflichtet sei, ihn, den Kläger, nach Entlassung aus dem Z. zu versichern. Daraufhin sei die freiwillige Versicherung mit Schreiben vom 29.07.2011 gekündigt und um Bestätigung gebeten worden, dass er nach der Entlassung aus dem Z. wieder bei der Beklagten versichert werden könne. Die Beklagte habe im Schreiben vom 01.08.2011 erklärt, nach Entlassung aus dem Z. trete Versicherungspflicht zur Auffangversicherung ein, wenn kein anderweitiger Krankenversicherungsschutz bestehe. Obwohl die Beklagte gewusst habe, dass er Grundsicherungsleistungen vom Sozialamt der Stadt R. bezogen habe und die Stadt R. auch die Beiträge direkt an die Beklagte abgeführt habe, habe die Beklagte nicht darauf hingewiesen, dass auch Leistungen der Hilfe bei Krankheit nach Maßgabe des SGB XII als anderweitiger Krankenversicherungsschutz einzustufen seien.

Mit Widerspruchsbescheid vom 27.08.2012 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Versicherungspflicht des Klägers zur Auffangversicherung sei nicht eingetreten, weil ihm durch Bescheid des Beigeladenen zu 1) vom 22.05.2012 vor der (erneuten) Entlassung aus dem Z. Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung bewilligt worden seien (vgl. [§ 5 Abs. 8a SGB V](#)). Die Beigeladene zu 2) sei im Schreiben vom 01.08.2011 darauf hingewiesen worden, dass Versicherungspflicht zur Auffangversicherung nur eintrete, wenn eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall nicht bestehe; damit sei man der Beratungspflicht ausreichend nachgekommen.

Am 27.09.2012 erhob der Kläger (unter Beantragung von Prozesskostenhilfe) Klage beim Sozialgericht Konstanz (SG). Die Beigeladene zu 2) sei von der Beklagten seinerzeit nur telefonisch beraten worden. Eine schriftliche Auskunft zur Frage des Versicherungsschutzes nach Entlassung aus dem Z. sei nicht erteilt worden. Im Kündigungsschreiben vom 29.07.2011 habe sie, ebenso bereits im Schreiben vom 22.07.2011, einen Beratungswunsch geäußert und außerdem um Bestätigung gebeten, dass er, der Kläger, nach der Entlassung aus dem Z. wieder bei der Beklagten versichert werden könne. Im Hinblick darauf und auf das Schreiben der Beklagten vom 01.08.2011 müsse der Krankenversicherungsschutz nach Maßgabe des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs (wie zur Zeit vor der Unterbringung im Z.) hergestellt werden. Außerdem sei die freiwillige Versicherung seinerzeit nicht wirksam gekündigt worden; sie habe nur ruhen sollen. Das "formelle" Kündigungsschreiben der Beigeladenen zu 2) habe nur bewirken sollen, dass die Stadt R. keine freiwilligen Beiträge während der Zeit der Unterbringungszeit leisten solle; im Schreiben vom 22.07.2011 habe die Beigeladene zu 2) auf die Ruhensvorschrift in [§ 16 Abs. 1 Nr. 4 SGB V](#) hingewiesen. Das nur ruhende Versicherungsverhältnis sei nach der Entlassung aus dem Z. wieder aufgelebt. Der Beklagten hätte klar sein müssen, dass eine Kündigung der freiwilligen Versicherung nicht gewollt gewesen sei.

Die Beklagte trat der Klage entgegen. Sie sei der Beigeladenen zu 2) gegenüber ihrer Beratungspflicht nachgekommen. Der Kläger habe seit 01.07.2012 einen anderweitigen Versicherungsschutz.

Mit Beschluss vom 20.11.2013 lud das SG den Beigeladenen zu 1) zum Verfahren bei. Dieser teilte mit, im Bescheid vom 04.09.2012 (ebenso im Bescheid vom 22.05.2012) sei die Übernahme von Beiträgen zur freiwilligen Krankenversicherung verfügt worden; dies sei irrtümlich geschehen, da eine freiwillige Krankenversicherung bei der Beklagten nicht bestanden habe und nicht bestehe.

Mit Beschluss vom 21.01.2013 (- [S 2 KR 2453/12](#) -) lehnte das SG den Prozesskostenhilfeantrag des Klägers ab. Auf die Beschwerde des Klägers hob das Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg mit Beschluss vom 08.10.2013 (- L 5 KR 879/13 B -) den Beschluss des SG vom 21.01.2013 ([a.a.O.](#)) auf und bewilligte dem Kläger Prozesskostenhilfe für das Klageverfahren vor dem SG.

Am 16.10.2014 fand eine Erörterungsverhandlung des SG statt. Das SG vernahm die Beigeladene zu 2) als Zeugin. Diese gab an, sie achte immer auf den Versicherungsschutz der von ihr betreuten Personen; das sei ihr sehr wichtig. Bei dem Telefongespräch mit der Beklagten vom 25.07.2011 habe Herr K. mitgeteilt, auch wenn die freiwillige Krankenversicherung des Klägers gekündigt werde, sei der Kläger nach der Entlassung aus dem Z. versichert. Die Beklagte sei ja verpflichtet, ihn danach wieder zu versichern. Sie könne ruhig kündigen. Sie habe die freiwillige Versicherung des Klägers sodann gekündigt und nochmals um Hinweis gebeten, ob danach eine Versicherung bestehen werde. Als Antwort habe man ihr mitgeteilt, es trete Versicherungspflicht zur Auffangversicherung ein, wenn kein anderer Versicherungsschutz bestehe. Sie sei nicht davon ausgegangen, dass auch eine Absicherung im Krankheitsfall nach dem SGB XII einen anderen Versicherungsschutz in diesem Sinne darstelle, weil dies Hilfe bei Krankheit sei. Der Kläger sei nach der Entlassung aus dem Z. im Rahmen der Auffangversicherung bei der Beklagten versichert gewesen, sei dann aber nach dem 01.12.2012 wieder im Z. untergebracht worden. Die Beklagte habe mitgeteilt, dass die Versicherung geendet habe; sie habe selbst nicht gekündigt. Sie habe angenommen, der Kläger könne nach erneuter Entlassung aus dem Z. wiederum in der Auffangversicherung versichert sein. Auf die Möglichkeit einer freiwilligen Versicherung bei Antrag innerhalb einer Frist von 3 Monaten habe die Beklagte sie nicht hingewiesen. Auch auf die Regelung in [§ 5 Abs. 8a SGB V](#) sei sie nicht hingewiesen worden. Sie habe angenommen, dass nur ein anderweitiger Versicherungsschutz die Auffangversicherung ausschließe, und der Kläger nach der Entlassung aus dem Z. wieder in der Auffangversicherung versichert sei. Am 22.07.2011 habe sie bei der Stadt R. die Übernahme freiwilliger Krankenversicherungsbeiträge beantragt; man habe ihr mitgeteilt, hierfür sei jetzt der Beigeladene zu 1) zuständig. Hätte sie um die Möglichkeit des Beitritts zur freiwilligen Versicherung (binnen einer Frist von 3 Monaten) gewusst, hätte sie den Versicherungsbeitritt für den Kläger erklärt und sich wegen der Übernahme der Beiträge mit dem Beigeladenen zu 1) ins Benehmen gesetzt. Wären die Beiträge nicht übernommen worden, wäre das eben das Risiko des Beigeladenen zu 1) gewesen. Wie lange der Kläger seinerzeit im Z. untergebracht sein würde, sei nur schwer zu bestimmen gewesen; sie sei von einer längeren Unterbringungszeit, etwa von einem Jahr, ausgegangen. Bei dem genannten Telefongespräch habe Herr K. auf [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) nicht hingewiesen. Er habe die Aussage zur Versicherung nach der Entlassung nicht dahingehend relativiert, dass eine Versicherung bei anderweitiger Absicherung des Klägers - auch über das SGB XII - nicht möglich sei.

Für den Beigeladenen zu 1) wurde angegeben, man hätte freiwillige Beiträge des Klägers auch während seiner Unterbringung im Z. nach Ermessen übernehmen können. Es sei immer das Interesse des Beigeladenen zu 1) gewesen, die Versicherung des Klägers weiterzuführen.

Mit Urteil vom 16.04.2015 wies das SG die Klage ab. Zur Begründung führte es aus, der Kläger sei seit 01.06.2012 bei der Beklagten weder freiwillig versichert noch versicherungspflichtig zur Auffangversicherung. Der Beitritt des Klägers zur freiwilligen Versicherung sei nicht fristgerecht binnen 3 Monaten seit Ende des letzten Versicherungspflichtverhältnisses erklärt worden; das letzte Versicherungspflichtverhältnis des Klägers habe gemäß [§ 190 Abs. 13 Nr. 1 SGB V](#) am 30.11.2011 (am Tag) vor der erneuten Unterbringung im Z. mit Anspruch auf Gesundheitsfürsorge gemäß §§ 56 ff. StVollzG geendet. Versicherungspflicht zur Auffangversicherung scheide gemäß [§ 5 Abs. 8a SGB V](#) wegen des Bezugs von Leistungen nach dem 4. und 6. Kapitel des SGB XII aus, da dem Kläger vor der Entlassung aus dem Z. für die Zeit ab 01.06.2012 Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung sowie Leistungen der Eingliederungshilfe bewilligt worden seien. Der Kläger habe ab dem 01.06.2012 Anspruch gegen den Beigeladenen zu 1) auf Leistungen der Hilfe bei Krankheit nach [§ 48 SGB XII](#). Auf den sozialrechtlichen Herstellungsanspruch könne sich der Kläger nicht mit Erfolg berufen. Ob die Beklagte den Kläger bzw. die Beigeladene zu 2) als seine damalige Betreuerin falsch beraten habe und ob dem Kläger angesichts der Gewährung von Krankenhilfeleistungen durch den Beigeladenen zu 1) nach [§ 264 SGB V](#) tatsächlich ein Nachteil entstanden sei, könne offen bleiben. Es sei nämlich schon nicht erwiesen, dass die Beigeladene zu 2) bei richtiger Beratung die freiwillige Versicherung des Klägers nicht gekündigt bzw. rechtzeitig den Beitritt des Klägers zur freiwilligen Versicherung erklärt hätte. Von der Kündigung der freiwilligen Versicherung hätte sie ungeachtet der Unterbringung des Klägers im Z. absehen können, weil der Leistungsanspruch während der Unterbringungszeit gemäß [§ 16 Abs. 1 Nr. 4 SGB V](#) geruht hätte. Beiträge wären weiter zu entrichten gewesen. Gleiches gelte für den Fall, dass die Beigeladene zu 2) den

Beitritt des Klägers zur freiwilligen Versicherung binnen 3 Monaten nach Beginn des zweiten Aufenthalts im Z. erklärt hätte. Die Stadt R. bzw. der Beigeladene zu 1) hätten gemäß [§ 32 Abs. 2 SGB XII](#) nach Ermessen über die Übernahme der Beiträge entscheiden müssen. Hiervon hätte die Entscheidung der Beigeladenen zu 2) abgehangen; das habe sie bei ihrer Vernehmung am 16.10.2014 so angegeben. Wie die Sozialhilfeträger ihr Ermessen ausgeübt hätten, könne im Nachhinein nicht mehr festgestellt werden. Die Unsicherheit folge insbesondere daraus, dass die Dauer der Unterbringung des Klägers im Z. nach Angabe der Beigeladenen zu 2) nicht absehbar gewesen sei. Deshalb könne nicht festgestellt werden, ob der Beigeladene zu 1) seinerzeit die Beiträge zur (freiwilligen) Krankenversicherung trotz Ruhen des Leistungsanspruchs auf nicht absehbare Zeit übernommen hätte, nur um sicherzustellen, dass der Kläger weiterhin bei der Beklagten versichert bleibe. Daran ändere es nichts, dass für den Beigeladenen zu 1) in der Erörterungsverhandlung vom 16.10.2014 erklärt worden sei, die Beiträge würden übernommen; maßgeblich sei die damals bestehende Sachlage. Daher könne nicht ohne Weiteres davon ausgegangen werden, dass der Kläger über den 30.09.2011 hinaus bzw. spätestens ab dem 28.02.2012 bei der Beklagten freiwillig versichert gewesen wäre, hätte man ihn bzw. die Beigeladene zu 2) mutmaßlich richtig und umfänglich beraten. Die Aufnahme des Klägers als freiwilliges Mitglied oder als Pflichtmitglied sei auch nicht zugesichert worden ([§ 34 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch, SGB X](#)).

Gegen das ihm am 28.04.2015 zugestellte Urteil hat der Kläger am 13.05.2015 Berufung eingelegt. Im Hinblick auf die Gründe des im Prozesskostenhilfeverfahren ergangenen Senatsbeschlusses vom 08.10.2013 (a.a.O.) sei von einem Beratungsfehler der Beklagten auszugehen. Man habe die Beigeladene zu 2) nicht darüber aufgeklärt, dass eine freiwillige Versicherung nur in den Grenzen des [§ 9 Abs. 2 SGB V](#) (Dreimonatsfrist für die Erklärung des Versicherungsbeitritts) möglich sei; das gehe aus den Angaben der Beigeladenen zu 2) in der Erörterungsverhandlung des SG klar hervor. Da die Beigeladene zu 2) immer auf den Versicherungsschutz der von ihr betreuten Personen geachtet habe, sei davon auszugehen, dass sie die freiwillige Versicherung bei ordnungsgemäßer Aufklärung nicht gekündigt hätte. Außerdem habe ihre Entscheidung von einer Ermessensentscheidung der zuständigen Sozialhilfeträger (hinsichtlich der weiteren Übernahme freiwilliger Beiträge) wohl nicht abgehangen. Die Sozialhilfeträger seien zu Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit verpflichtet. Die Übernahme freiwilliger Beiträge sei aber in jedem Fall wirtschaftlicher als die Übernahme von Arzt- und Krankenhauskosten, erst recht angesichts des bekannten (schlechten) Gesundheitszustands des Klägers. Die Beigeladene zu 2) habe am 22.07.2011 die Übernahme freiwilliger Beiträge bei der Stadt R. beantragt. Dieser Antrag wirke auch gegen die Beklagte und den Beigeladenen zu 1). Die Stadt R. sei verpflichtet gewesen, den Antrag an den zuständigen Sozialhilfeträger weiterzuleiten; sie hätte sich nicht damit begnügen dürfen, die Beigeladene zu 2) auf ihre (der Stadt R.) Unzuständigkeit hinzuweisen. Das Unterbleiben der Weiterleitung des Antrags dürfe dem Kläger nicht zum Nachteil gereichen. Da die Beklagte um die Unterbringung des Klägers im Z. gewusst habe, hätte sie der Beigeladenen zu 2) mitteilen müssen, dass der Kläger während der Zeit der Unterbringung zwar Anspruch auf Gesundheitsfürsorge habe, für die Aufrechterhaltung der Mitgliedschaft bei ihr aber eine freiwillige Versicherung notwendig sei. Hätte man die Beigeladene zu 2) hierüber unterrichtet, hätte sie sicher den Beitritt des Klägers zur freiwilligen Versicherung erklärt und die Übernahme der Beiträge beim zuständigen Sozialhilfeträger beantragt. Diesem Antrag wäre sicher stattgegeben worden; den Sozialhilfeträgern seien die Risiken im Zusammenhang mit der Auffangversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) bekannt. Die Beigeladene zu 2) habe auch die Bedeutung des [§ 5 Abs. 8a SGB V](#) nicht richtig eingeschätzt. Auf diese Vorschrift sei sie nicht hingewiesen worden. Wäre der Kläger so versichert gewesen, wie es die Beigeladene zu 2) bei ordnungsgemäßer Aufklärung bewerkstelligt hätte, hätte es der Auffangversicherung ab 01.06.2012 nicht bedurft. Das im Schreiben vom 22.07.2011 an die Beklagte herangetragene Auskunftersuchen sei nicht beantwortet worden (vgl. dazu etwa Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 04.09.2013, - [B 12 AL 2/12 R](#) -, in juris). Im Hinblick auf das Schreiben der Beigeladenen zu 2) vom 22.07.2011 hätte die Beklagte die später schriftlich erklärte Kündigung der freiwilligen Versicherung des Klägers nicht annehmen und durch Schreiben vom 01.08.2011 nicht bestätigen dürfen, da der Versicherungsschutz nach Ende der Unterbringung im Z. ungeklärt gewesen sei. Die Beklagte habe gewusst, dass die freiwilligen Beiträge vom zuständigen Sozialhilfeträger (Stadt R.) übernommen worden seien. Die Kündigungsbestätigung vom 01.08.2011 habe daher eine unzulässige Amtshandlung dargestellt, mit der die Beklagte dem Kläger sehenden Auges die Möglichkeit zur freiwilligen (Weiter-)Versicherung genommen habe. Spätestens jetzt hätte auch die Beigeladene zu 2) schriftlich informiert und auf die für den Versicherungsbeitritt geltende 3-Monatsfrist hingewiesen werden müssen. Für den Kläger sei auch ein Nachteil entstanden, da Hilfe bei Krankheit nach [§ 264 SGB V](#) nachteiliger sei als Versicherungsschutz (im Rahmen einer freiwilligen Versicherung). Die Sozialhilfeträger hätten mit Sicherheit die Übernahme freiwilliger Beiträge (auch während der Unterbringungszeit) vorgezogen, da die Kostenbelastung bei Gewährung von Leistungen der Krankenhilfe erheblich höher ausfalle.

Der Kläger beantragt sinngemäß,

das Urteil des Sozialgerichts Konstanz vom 16.04.2015 und den Bescheid der Beklagten vom 14.06.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 27.08.2012 aufzuheben und festzustellen, dass er über den 30.09.2011 hinaus freiwilliges Mitglied, hilfsweise ab 01.06.2012 zur Auffangversicherung versicherungspflichtiges Mitglied der Beklagten ist,

hilfsweise, die Revision zuzulassen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend. Man habe die Beigeladene zu 2) auf ihre Frage, ob nach Ende der Unterbringung des Klägers im Z. eine Versicherung bestehe, auf das Bestehen von Versicherungspflicht zur Auffangversicherung ([§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#)) hingewiesen, wenn anderweitiger Versicherungsschutz nicht vorliege; das sei eine zutreffende Auskunft gewesen. Für den Kläger würden die Kosten der Krankenbehandlung vom Sozialhilfeträger übernommen, weshalb er anderweitig gegen Krankheit abgesichert sei ([§ 264 SGB V](#)). Die Mitgliedschaft des Klägers habe zum 30.11.2011 geendet. Die Frist für den Beitritt zur freiwilligen Versicherung sei somit am 13.05.2012 abgelaufen.

Mit Beschluss vom 05.10.2016 ist die Beigeladene zu 2) zum Verfahren beigeladen worden; der Beigeladene zu 1) fordert von ihr Ersatz der für den Kläger aufzuwendenden Krankenhilfekosten ([§ 264 SGB V](#)) wegen grob fahrlässigen Herbeiführens der Leistungsvoraussetzungen. Die Beigeladene zu 1) hat gegen die hierüber ergangenen Bescheide jeweils Widerspruch eingelegt; die Widerspruchsverfahren ruhen. Die Beigeladene zu 1) hat geltend gemacht, sie habe weder grob noch leicht fahrlässig gehandelt, sich vielmehr frühzeitig mit dem Versicherungsschutz des Klägers befasst, da dieser schwer krank sei und hohe Behandlungskosten verursache. Sie habe sich deswegen mehrfach von der Beklagten beraten lassen; diese habe sie auf die Regelung in [§ 5 Abs. 8a SGB V](#) nicht hingewiesen (Schriftsatz vom

20.01.2016).

Die Beigeladene zu 2) stellt keinen Antrag. Sie trägt vor, man müsse auch die intermittierende Versicherung des Klägers ab 25.10.2011 berücksichtigen. Ihr Schreiben vom 09.12.2011 (Mitteilung der erneuten Unterbringung des Klägers im Z. mit Anspruch auf Heilfürsorge und Vorlage der Bescheinigung des Z. vom 07.12.2011) stelle die Kündigung dieser (zwischenzeitlichen freiwilligen) Versicherung dar. Diese Kündigung habe das Versicherungsverhältnis frühestens zum 29.02.2012 beenden können ([§ 191 Nr. 3 i.V.m. § 175 Abs. 4 SGB V](#)). Der Antrag vom 13.05.2012 auf erneute Durchführung der freiwilligen Versicherung (Versicherungsbeitritt) sei daher fristgerecht gestellt (erklärt) worden. Die Beklagte gehe demgegenüber zu Unrecht vom Bestehen von Versicherungspflicht des Klägers zur Auffangversicherung ab 25.10.2011 aus. In Wahrheit habe sie seinerzeit einen Antrag auf Durchführung der freiwilligen Versicherung gestellt bzw. den Beitritt zur freiwilligen Versicherung erklärt. Die Beklagte habe die freiwillige Mitgliedschaft des Klägers ab 25.10.2011 mit Schreiben vom 28.10.2011 bestätigt. Mit Schreiben vom 13.05.2012 bzw. 19.06.2012 (Widerspruch) habe sie, die Beigeladene zu 2), erneut - fristgerecht - die Durchführung einer freiwilligen Versicherung beantragt bzw. den Beitritt zur freiwilligen Versicherung erklärt. Der Kläger sei daher ab 01.06.2012 bei der Beklagten freiwillig krankenversichert.

Die Beklagte wendet hiergegen ein, die Beigeladene zu 2) habe am 26.10.2011 nicht den Beitritt des Klägers zur freiwilligen Versicherung erklärt, sondern eine Anzeige zur Pflichtversicherung (Auffangversicherung) abgegeben. Diese habe man mit (Beitrags-)Bescheid vom 28.10.2011 bestätigt. Vom 25.11.2011 (gemeint: 25.10.2011) bis 30.11.2011 sei der Kläger versicherungspflichtig zur Auffangversicherung gewesen. Die erneute Kündigung einer freiwilligen Versicherung habe daher nicht stattgefunden; das hierauf bezogene Vorbringen der Beigeladenen zu 2) gehe ins Leere.

Der Beigeladene zu 1) stellt ebenfalls keinen Antrag. Er schließt sich dem Vorbringen der Beigeladenen zu 2) an. Die Beklagte habe gewusst, dass der Kläger von ihm, dem Beigeladenen zu 1), Leistungen beziehe. Sie habe auch um die Problematik der Unterbringung des Klägers im Z. gewusst. Es habe für die Beklagte daher Anlass zur Beratung des Klägers bzw. der Beigeladenen zu 2) bestanden. Bei gegebener Sachlage habe es sich aufgedrängt, dass der Kläger von der Möglichkeit der Weiterversicherung bei der Beklagten nach der Entlassung aus dem Z. Gebrauch machen werde und dass er, der Beigeladene zu 1), auch zur Übernahme der Beiträge bereit sein werde (vgl. LSG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 03.03.2011, - [L 5 KR 108/10](#) -, in juris Rdnr. 4). Davon abgesehen wäre es unter Berücksichtigung des Gebots zur engen Zusammenarbeit der Leistungsträger ([§ 86 SGB X](#)) angezeigt gewesen, mit ihm wegen einer freiwilligen Weiterversicherung des Klägers für die Zeit ab 01.12.2011 bzw. für die Zeit nach der Entlassung aus dem Z. ab 01.06.2012 Kontakt aufzunehmen (LSG Rheinland-Pfalz, a.a.O.). Aus seinem, des Beigeladenen zu 1), per E-Mail am 14.06.2012 gestellten Antrag auf Durchführung einer freiwilligen Versicherung werde deutlich, dass er sein Ermessen im Sinne der Übernahme der Beiträge für eine freiwillige Versicherung ausgeübt habe. Er sei zwar gemäß [§ 95 SGB XII](#) zur Erklärung des Versicherungsbeitritts für den Kläger nicht berechtigt. Aufgrund der Gesamtumstände sei aber davon auszugehen, dass die Beigeladene zu 2) sein Handeln genehmigt habe (vgl. Schellhorn/Hohn/Schneider, SGB XII [§ 95](#) Rdnr. 11). Die Beklagte müsse sich einen Beratungsfehler entgegenhalten lassen, weil sie für den Zeitraum ab 25.10.2011 widersprüchliche Angaben zum Versicherungsstatus des Klägers gemacht habe. Im Schreiben vom 28.10.2011 sei der Kläger noch als "freiwilliges Mitglied" bezeichnet worden. Im Berufungsverfahren gehe die Beklagte demgegenüber vom Bestehen von Versicherungspflicht zur Auffangversicherung während der Zeit vom 25.10.2011 bis 30.11.2011 aus. Das zeige, dass bei Kündigung der freiwilligen Mitgliedschaft des Klägers (durch Schreiben der Beigeladenen zu 2) vom 29.07.2011) keine gefestigte Rechtsauffassung zum Versicherungsstatus des Klägers bestanden habe. Der Kläger sei im Wege des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs so zu stellen, als sei die freiwillige Versicherung seinerzeit nicht gekündigt worden.

Mit Beschluss vom 26.04.2017 ist die Beigeladene zu 3) - Pflegekasse - beigeladen worden; sie stellt ebenfalls keinen Antrag.

Die Beteiligten haben sich mit einer Senatsentscheidung ohne mündliche Verhandlung gemäß [§§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) einverstanden erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf deren Schriftsätze sowie die Akten der Beklagten, des Beigeladenen zu 1), des SG und des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Im Einverständnis der Beteiligten entscheidet der Senat ohne mündliche Verhandlung ([§§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2 SGG](#)).

I. Die Berufung des Klägers ist gemäß [§§ 143, 144 SGG](#) statthaft. Die als kombinierte Anfechtungs- und Feststellungsklage ([§§ 54 Abs. 1 Satz 1, 55 Abs. 1 Nr. 1 SGG](#)) zulässige Klage des Klägers hat die Feststellung des (Fort-)Bestehens seiner (versicherungsrechtlichen, [§§ 186, 188 SGB V](#)) Mitgliedschaft bei der Beklagten - als freiwilliges Mitglied ([§ 9 SGB V](#)), hilfsweise als zur Auffangversicherung ([§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#)) versicherungspflichtiges Mitglied - zum Gegenstand. Die Mitgliedschaft einer Person bei einer Krankenkasse stellt ein Rechtsverhältnis dar, dessen Bestehen oder Nichtbestehen durch Feststellungsklage nach [§ 55 Abs. 1 Nr. 1 SGG](#) geklärt werden kann. Der Kläger hat ein berechtigtes Interesse an der Feststellung der Mitgliedschaft bei der Beklagten ([§ 55 Abs. 1 SGG](#)); die Gewährung von Leistungen der Krankenhilfe durch den Beigeladenen zu 1) ändert daran nichts. Es ist auch ein Verwaltungs- bzw. Vorverfahren durchgeführt worden (zum Erfordernis des Vorverfahrens bei der Feststellungsklage Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG 11. Aufl. 2014 § 55 Rdnr. 3b mit Hinweis auf die Rspr. des BSG). Der Bescheid der Beklagten vom 14.06.2012 und der Widerspruchsbescheid vom 27.08.2012 stellen unmittelbar zwar das (Nicht-)Bestehen von Pflichtmitgliedschaft nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) (ab 01.06.2012) fest. Der Kläger hat mit seinem Widerspruch gegen den Bescheid vom 14.06.2012 der Sache nach aber auch das (Fort-)Bestehen der freiwilligen Mitgliedschaft über den 30.09.2011 hinaus geltend und zum Gegenstand des Verwaltungsverfahrens gemacht; er hat sich gegen die Annahme einer wirksamen Kündigung seiner freiwilligen Mitgliedschaft unter Hinweis auf einen Beratungsfehler der Beklagten bzw. den sozialrechtlichen Herstellungsanspruch gewehrt. Die Berufung ist form- und fristgerecht eingelegt worden und daher auch im Übrigen gemäß [§ 151 SGG](#) zulässig.

II. Die Berufung des Klägers ist begründet. Er ist über den 30.09.2011 hinaus (weiterhin) freiwilliges Mitglied der Beklagten (geblieben). Seine (unstreitig) seit 01.12.2010 bestehende freiwillige Mitgliedschaft ist durch die für ihn von der Beigeladenen zu 2) als Betreuerin unter dem 29.07.2011 abgegebene Erklärung nicht beendet worden. Das Fortbestehen der freiwilligen Mitgliedschaft ist - unter Aufhebung des Bescheids der Beklagten vom 14.06.2012 und des Widerspruchsbescheids vom 27.08.2012 - daher gerichtlich festzustellen.

Gemäß [§ 191 Nr. 3 SGB V](#) endet die freiwillige Mitgliedschaft mit dem Wirksamwerden der Kündigung ([§ 175 Abs. 4 SGB V](#)); die Satzung (der Krankenkasse) kann einen früheren Zeitpunkt bestimmen, wenn das Mitglied die Voraussetzungen einer Versicherung nach [§ 10 SGB V](#) (Familienversicherung) erfüllt.

Die Kündigung wird gemäß [§ 175 Abs. 4 Satz 4 SGB V](#) wirksam, wenn das (kündigende) Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist ([§ 175 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#): Ablauf des übernächsten Kalendermonats) eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist; eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall stellt auch die Gesundheitsfürsorge nach §§ 56 ff. StVollzG dar (vgl. etwa Hauck/Noftz, SGB V [§ 175](#) Rdnr. 43). Die Vorlage der Mitgliedsbescheinigung der anderen (neuen) Krankenkasse oder der Nachweis einer anderweitigen (neuen) Absicherung im Krankheitsfall können wirksam nur bis zum Ablauf der Kündigungsfrist des [§ 175 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) erfolgen (vgl. BSG, Urteil vom 29.06.2016, - [B 12 KR 23/14 R](#) -, in juris Rdnr. 19). Bis zur Vorlage der Mitgliedsbescheinigung der anderen (neuen) Krankenkasse bzw. des Nachweises einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall ist die Kündigung, die eine einseitige empfangsbedürftige Willenserklärung darstellt, schwebend unwirksam (vgl. jurisPK-SGB V/Blöcher, § 175 Rdnr. 53 f.). Bei nicht fristgerechter Vorlage der Mitgliedsbescheinigung bzw. des Nachweises anderweitiger Absicherung im Krankheitsfall wird die Kündigung endgültig unwirksam und die Mitgliedschaft bei der bisherigen Krankenkasse besteht fort (LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 06.12.2012, - [L 11 KR 4671/12](#) -, in juris; Hauck/Noftz, SGB V, § 175 Rdnr. 42).

Die Regelung des [§ 175 Abs. 4 Satz 4 SGB V](#) dient der Gewährleistung einer nahtloser Absicherung im Krankheitsfall (vgl. LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 14.06.2013, - [L 1 KR 48/11](#) -, in juris Rdnr. 33). Es soll sichergestellt sein, dass sich an die Beendigung der Mitgliedschaft bei der bisherigen Krankenkasse nahtlos entweder die Mitgliedschaft bei einer neuen Krankenkasse (1. Alt.) oder eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall (2. Alt.) - bspw. durch Abschluss eines privaten Krankenversicherungsvertrags oder auch durch Gesundheitsfürsorge nach §§ 56 ff. StVollzG - anschließt (vgl. Hauck/Noftz, SGB V [§ 175](#) Rdnr. 43 unter Hinweis auf [BT-Drs. 16/3100 S. 158](#); BSG, Urteil vom 29.06.2016, - [B 12 KR 23/14 R](#) -, in juris Rdnr. 26). Beim Kassenwechsel ([§ 175 Abs. 4 Satz 4](#) 1. Alt. SGB V) ist der Nachweis der Mitgliedschaft bei einer neuen Krankenkasse durch Vorlage einer Mitgliedsbescheinigung dieser Krankenkasse zu führen. Wie der Nachweis einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall ohne Kassenwechsel ([§ 175 Abs. 4 Satz 4](#) 2. Alt. SGB V) zu führen ist, legt das Gesetz nicht fest. Notwendig ist aber ein Beweismittel, dessen Beweiskraft der Mitgliedsbescheinigung der neuen Krankenkasse beim Kassenwechsel entspricht. Die bloße Behauptung des Bestehens einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall oder die bloße Mitteilung des ihr (angeblich) zugrunde liegenden Sachverhalts genügt nicht. Bei Abschluss eines privaten Krankenversicherungsvertrags ist regelmäßig eine Bescheinigung des Versicherungsunternehmens oder der Krankenversicherungsvertrag vorzulegen (LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 14.06.2013, - [L 1 KR 48/11](#) -, in juris Rdnr. 35). Die anderweitige Absicherung im Krankheitsfall durch Gesundheitsfürsorge nach §§ 56 ff. StVollzG ist regelmäßig durch eine entsprechende Bescheinigung der zuständigen (Unterbringungs-)Einrichtung nachzuweisen.

Die Kündigung ist vor Ablauf der Bindungsfrist des [§ 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) grundsätzlich nicht zulässig. Gemäß [§ 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) sind (auch) Versicherungsberechtigte (freiwillig Versicherte) an die Wahl der Krankenkasse mindestens 18 Monate gebunden. Das gilt nicht, wenn die Kündigung erklärt wird, um aus der Gesetzlichen Krankenversicherung auszusteigen, namentlich, um in die private Krankenversicherung zu wechseln ([§ 175 Abs. 4 Satz 8 SGB V](#); vgl. Hauck/Noftz, SGB V [§ 175](#) Rdnr. 9).

Davon ausgehend stellt die Erklärung, die die Beigeladene zu 2) unter dem 29.07.2011 für den Kläger abgegeben hat, eine wirksame Kündigung der (seit 01.12.2010 bestehenden) freiwilligen Mitgliedschaft des Klägers nicht dar. Innerhalb der bis 30.09.2011 laufenden Kündigungsfrist des [§ 175 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) ist der Beklagten ein Nachweis über das Bestehen einer anderweitigen Absicherung des Klägers im Krankheitsfall ([§ 175 Abs. 4 Satz 4](#) 2. Alt. SGB V) nicht vorgelegt worden. Die Beigeladene zu 2) hat der Beklagten lediglich mit Schreiben vom 22.07.2011 mitgeteilt, dass der Kläger ab 30.04.2011 im Z. untergebracht ist und auf die Gewährung von Gesundheitsfürsorge nach §§ 56 ff. StVollzG bzw. das Ruhen des Leistungsanspruchs aus der freiwilligen Versicherung nach [§ 16 Abs. 1 Nr. 4 SGB V](#) hingewiesen. Am 25.07.2011 hat außerdem das Telefongespräch zwischen der Beigeladenen zu 2) und dem Mitarbeiter der Beklagten (Herr K.) über den weiteren Krankenversicherungsschutz des Klägers nach der Entlassung aus dem Z. stattgefunden. Eine Bescheinigung des Z. über die Aufnahme des Klägers und die Gewährung von Gesundheitsfürsorge nach §§ 56 ff. StVollzG oder ein gleichartiger Nachweis anderweitiger Absicherung im Krankheitsfall ist der Beklagten bis zum 30.09.2011 nicht vorgelegt worden. Eine solche Bescheinigung hat das Z. ersichtlich erst unter dem 25.10.2011 ausgestellt. Mangels fristgerecht vorgelegten Nachweises einer anderweitigen Absicherung des Klägers im Krankheitsfall i.S.d. [§ 175 Abs. 4 Satz 4](#) 2. Alt. SGB V hat die unter dem 29.07.2011 abgegebene Erklärung als Kündigung i.S.d. [§ 175 Abs. 4 SGB V](#) daher nicht wirksam werden und die freiwillige Mitgliedschaft des Klägers bei der Beklagten nicht beenden können. Die Kündigungsbestätigung der Beklagten vom 01.08.2011 ist ins Leere gegangen.

Die Beklagte hätte die in Rede stehende Erklärung der Beigeladenen zu 2) vom 29.07.2011 außerdem (gar) nicht als Kündigung der freiwilligen Mitgliedschaft des Klägers behandeln und bestätigen dürfen, unbeschadet dessen, dass die Erklärung (formal) als Kündigung bezeichnet worden ist. Das ergibt die Auslegung nach Maßgabe des [§ 133](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB). Danach ist bei der Auslegung einer Willenserklärung der wirkliche Wille zu erforschen und nicht an dem buchstäblichen Sinne des Ausdrucks zu haften (zur Anwendung des [§ 133 BGB](#) bei Anträgen und zum Grundsatz der "Meistbegünstigung" etwa BSG, Urteil vom 24.04.2015, - [B 4 AS 22/14 R](#) -, in juris Rdnr. 19 m.w.N.). Der Beklagten ist nach Maßgabe aller Umstände des vorliegenden Falles (bei Zugang der Erklärung der Beigeladenen zu 2) vom 29.07.2011) klar gewesen, dass die Beigeladene zu 2) im Hinblick auf die zeitlich begrenzte Unterbringung des Klägers im Z. für dessen lückenlosen Krankenversicherungsschutz bei ihr, der Beklagten, hat Sorge tragen wollen. Das ist dem Schreiben der Beigeladenen zu 2) vom 22.07.2011 unzweifelhaft zu entnehmen und das ist ersichtlich auch Gegenstand des Telefongesprächs der Beigeladenen zu 2) mit dem Mitarbeiter der Beklagten (Herr K.) vom 25.07.2011 gewesen. Die Angaben der Beigeladenen zu 2) in der Erörterungsverhandlung des SG vom 16.10.2014 unterstreichen diese Zielsetzung ihres Handelns, auch wenn dort davon die Rede gewesen ist, die Beklagte müsse den Kläger nach der Entlassung aus dem Z. "wieder" versichern und die Beigeladene zu 2) könne "ruhig kündigen". Nach dem (wirklichen) Willen der Beigeladenen zu 2) hat der auf dem Versicherungsstatus des freiwilligen Mitglieds beruhende Krankenversicherungsschutz des Klägers wegen dessen zeitlich vorübergehender Unterbringung im Z. (ab 30.04.2011) nicht enden und nach der Entlassung auf einem anderen Versicherungsstatus (des zur Auffangversicherung versicherungspflichtigen Mitglieds) beruhend - unter neuen und ggf. (gar) nicht zu erfüllenden Voraussetzungen - neu beginnen, sondern nur "unterbrochen" bzw. ruhend gestellt werden sollen. Dieser (wirkliche) Wille der Beigeladenen zu 2) ist für die Beklagte auch erkennbar gewesen. Die Beigeladene zu 2) hat in der Erklärung vom 29.07.2011 ausdrücklich um Bestätigung gebeten, dass der Kläger nach der Entlassung aus dem Z. wieder bei der Beklagten versichert sein kann. Im Schreiben vom

22.07.2011 hat die Beigeladene zu 2) außerdem auf das Ruhen des Leistungsanspruchs nach § 16 Abs. 1 Nr. 4 StVollzG während der Unterbringung des Klägers mit Anspruch auf Gesundheitsfürsorge gemäß §§ 56 ff. StVollzG verwiesen. Nach § 16 Abs. 1 Nr. 4 StVollzG ruht der Anspruch auf Leistungen (u.a.), solange der Versicherte nach [§ 126a StPO](#) einstweilen untergebracht ist, soweit er Anspruch auf Gesundheitsfürsorge nach dem StVollzG hat; das ist hier unstreitig der Fall gewesen. [§ 240 Abs. 4a SGB V](#) (in der hier noch maßgeblichen Fassung, a.F.) hat für Fallgestaltungen der vorliegenden Art eine Anwartschaftsversicherung der freiwillig Versicherten mit verminderten Beiträgen vorgesehen (vgl. dazu auch jurisPK-SGB V/Bernsdorff, § 240 Rdnr. 46). Gemäß [§ 240 Abs. 4a Satz 1 SGB V](#) (a.F.) ist der Beitragsbemessung des freiwilligen Mitglieds 10 v.H. der monatlichen Bezugsgröße nach [§ 18 Sozialgesetzbuch Viertes Buch \(SGB IV\)](#) zugrunde zu legen gewesen, wenn der Anspruch auf Leistungen während eines Auslandsaufenthalts oder nach [§ 16 Abs. 1 Nr. 3 SGB V](#) (Anspruch auf Heilfürsorge nach dienstrechtlichen Vorschriften oder bei Entwicklungsdienst als Entwicklungshelfer) geruht hat; das hat gemäß [§ 240 Abs. 4a Satz 2](#) 1. Alt. SGB V. a.F. entsprechend gegolten, wenn der Leistungsanspruch nach [§ 16 Abs. 1 SGB V](#) aus anderem Grund (hier nach [§ 16 Abs. 1 Nr. 4 SGB V](#) wegen einstweiliger Unterbringung) für länger als drei Kalendermonate geruht hat. Hierauf hat die Beklagte die Beigeladene zu 2) ersichtlich nicht hingewiesen. Der Senat braucht nicht darüber zu entscheiden, ob darin ein Beratungsfehler liegt, der dazu führt, dass eine etwaige Kündigungserklärung nach Maßgabe des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs (dazu nur etwa BSG, Urteil vom 20.10.2010, - [B 13 R 15/ 10 R](#) -, in juris Rdnr. 39 m.w.N.) als nicht abgegeben zu behandeln wäre. Nach Auffassung des Senats ist die Erklärung der Beigeladenen zu 2) vom 29.07.2011 nicht als (wie vorstehend dargelegt ohnehin nicht wirksam gewordene) Kündigung, sondern als Antrag auf Fortführung der freiwilligen Versicherung des Klägers als Anwartschaftsversicherung bei voraussichtlich länger als drei Monate ruhemdem Leistungsanspruch auszulegen; der Kläger ist bei Zugang des Schreibens der Beigeladenen zu 2) vom 29.07.2011 - wie die Beklagte gewusst hat (Schreiben der Beigeladenen zu 2) vom 22.07.2011) - schon seit 30.04.2011 und damit bereits drei Monate im Z. untergebracht gewesen. Als Antrag auf Fortführung der freiwilligen Versicherung als Anwartschaftsversicherung hätte die Beklagte die genannte Erklärung auch behandeln müssen; sie hätte sie nicht zum Anlass nehmen dürfen, den Kläger in die Leistungsverantwortung des Beigeladenen zu 1) - des Sozialhilfeträgers - zu überführen.

Bei dieser Sach- und Rechtslage kommt es auf Fragen der Bindungsfrist des [§ 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) nicht mehr an.

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

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2017-05-22