

L 5 KR 5046/09

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 14 KR 3452/09
Datum
13.10.2009
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KR 5046/09
Datum
16.06.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 12 KR 13/10 R
Datum
-

Kategorie
Urteil
Leitsätze

Der für die Auslegung des Merkmals "zuletzt krankenversichert" in [§ 5 Abs.1 Nr. 13](#) Buchstabe a SGB V ausschlaggebende Systembezug zur gesetzlichen Krankenversicherung besteht auch dann, wenn zwischen der absicherungslosen Zeit und der Versicherungszeit in der gesetzlichen Krankenversicherung ein Zeitraum liegt, während dem der Betreffende im Krankheitsfall nach Maßgabe des Sozialhilferechts (vgl. [§§ 264 SGB V](#), [48 SGB 12](#)) oder des Strafvollzugsrechts (§§ 56 ff StVollzG) abgesichert war.

Revision anhängig unter [B 12 KR 13/10 R](#)

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 13.10.2009 wird zurückgewiesen.

Die Beklagte hat dem Kläger auch die außergerichtlichen Kosten des Berufungsverfahrens zu erstatten. Im Übrigen sind Kosten nicht zu erstatten.

Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Versicherungspflicht des Klägers zur gesetzlichen Kranken- und zur sozialen Pflegeversicherung im Rahmen der sog. Auffangversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) bzw. [§§ 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12](#) Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI).

Der 1963 geborene Kläger, der seit Oktober 2004 eine Rente wegen voller Erwerbsminderung auf Dauer bezieht (monatlicher Zahlbetrag ab 1.7.2008: 244,00 EUR), verbüßte vom 3.3. bis 3.12.2008 eine Haftstrafe wegen eines Drogendelikt in der JVA H. (zunächst Untersuchungshaft ab 3.3.2008). Von dort wurde er in das Therapiezentrum Br. in Buggingen, einer Einrichtung zur stationären Behandlung von Abhängigkeitskrankheiten, entlassen, wo er (zuletzt) mit Hauptwohnsitz gemeldet war. Seit Juni 2009 ist sein Aufenthalt unbekannt.

Vom 20.6. bis 9.8.2006 war der Kläger als Teilnehmer an einer berufsfördernden Maßnahme des Rentenversicherungsträgers bei der Beklagten pflichtversichert. Danach erhielt er vom 10.8.2006 bis 2.3.2008 laufende Hilfe zum Lebensunterhalt ([§§ 27 ff. Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch, SGB XII](#)) von der Beigeladenen (Sozialhilfeträger); in dieser Zeit übernahm die Beklagte (auftragshalber, [§ 264 SGB V](#)) zunächst die Leistungen der Krankenbehandlung ([§ 48 SGB XII](#)) gegen Kostenerstattung durch den Sozialhilfeträger. Während der Haftzeit (3.3.2008 bis 3.12.2008) bestand Anspruch auf Krankenbehandlung im Rahmen der Gesundheitsfürsorge nach dem Strafvollzugsgesetz (§§ 56 ff. StVollzG). Nach der Haftentlassung am 3.12.2008 hielt sich der Kläger bis 20.6.2009 im Therapiezentrum Br. auf; die Beklagte übernahm die entsprechenden Kosten erneut (bis 6.3.2009) für den beigeladenen Sozialhilfeträger gegen Kostenerstattung. Laufende Leistungen nach dem SGB XII bezog der Kläger in dieser Zeit nicht, weil der Lebensbedarf des Klägers durch die Leistungen des Therapiezentrams und seine Erwerbsminderungsrente gedeckt war (Schreiben der Beigeladenen - Abteilung Sozialleistungen - vom 16.4.2009 sowie Schriftsätze vom 7.4. und 6.5.2010).

Am 18.3.2009 gab der Kläger eine Anzeige zur Pflichtversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) und [§ 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI](#) ab. Er gab u.a. an, bis 6.3.2009 habe das Sozialamt die Kosten im Fall der Krankheit getragen.

Mit Bescheid vom 25.3.2009 lehnte die Beklagte die Feststellung der Mitgliedschaft bei ihr ab. Der Kläger sei zuletzt über die freie Heilfürsorge versichert gewesen. Dabei handele es sich nicht um eine gesetzliche Versicherung, weshalb sie den Kläger nicht im Rahmen

der Auffangversicherung (wieder) aufnehmen müsse.

Zur Begründung des dagegen eingelegten Widerspruchs trug der Kläger vor, bei ihm bestehe gem. [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) Versicherungspflicht zur gesetzlichen Krankenversicherung, weil er derzeit im Krankheitsfall nicht abgesichert und zuletzt (bei der Beklagten) gesetzlich krankenversichert gewesen sei. Maßgeblich sei die zuletzt bestehende Versicherung, hier also die während der Haftzeit (3.3. bis 3.12.2008) gewährte Gesundheitsfürsorge nach Maßgabe des StVollzG; während dieser Zeit habe seine Krankenversicherung geruht. Die Gesundheitsfürsorge sei weder der gesetzlichen noch der privaten Krankenversicherung zuzuordnen. Deswegen müsse auf die vor der Haftzeit bestehende Versicherung abgestellt werden. Unerheblich sei, dass ihm der Sozialhilfeträger Leistungen der Krankenhilfe gewährt habe, da er dadurch nicht krankenversichert gewesen sei.

Im Schreiben der Beigeladenen (Abteilung Sozialleistungen, Verwaltungsakte S. 17) vom 16.4.2009 ist ausgeführt, seit 1.7.2008 habe man keine laufenden Sozialhilfeleistungen mehr gewährt und die während der Inhaftierung des Klägers zu Unrecht gewährten Leistungen (1.4. bis 30.6.2008) zurückgefordert. Der aktuelle Lebensunterhalt des Klägers im Therapiezentrum Br. sei durch dessen Rente gedeckt. Der Kläger sei gem. [§ 264 Abs. 5 SGB V](#) abgemeldet worden, da seit Beginn der Haft kein Bedarf nach Krankenhilfe (nach Maßgabe des SGB XII) mehr bestanden habe; die Gesundheitsversorgung sei durch Heilfürsorge gem. §§ 56 ff. StVollzG gesichert gewesen. Man habe von der Inhaftierung des Klägers allerdings erst Ende Mai 2008 erfahren und diesen versehentlich erst ab 6.3.2009 abgemeldet ([§ 264 SGB V](#)). In der Abmeldung sei allerdings der 3.3.2008 als Abmeldedatum genannt. Für die als unzuständiger Träger erbrachten Krankenhilfeleistungen werde ein Erstattungsanspruch ab 3.12.2008 aus der Pflichtversicherung des Klägers geltend gemacht. Da die Ausschlussatbestände nach [§ 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V](#) nicht vorlägen und eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall nicht bestehe, seien die Voraussetzungen für eine Versicherungspflicht gem. [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) erfüllt.

Am 7.4.2009 suchte der Kläger beim Sozialgericht Freiburg um vorläufigen Rechtsschutz nach. Mit Beschluss vom 5.5.2009 (S 14 KR 1754/09 ER) gab das Sozialgericht der Beklagten im Wege der einstweiligen Anordnung auf, dem Kläger vorläufig Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zu erbringen; bei summarischer Prüfung bestehe zu ihr wahrscheinlich ein Versicherungspflichtverhältnis.

Mit Widerspruchsbescheid vom 16.6.2009 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Zur Begründung führte sie aus, nach dem Versichertenverzeichnis sei der Kläger bei ihr zuletzt vom 20.6. bis 9.8.2006 als Teilnehmer einer berufsfördernden Maßnahme des Rentenversicherungsträgers pflichtversichert gewesen. Danach gebe es keine Versicherungszeiten mehr. Deswegen sei er nicht bei ihr (im Rahmen der Auffangversicherung) kranken- und pflegeversichert.

Gem. [§ 5 Abs. 1 Nr. 13a SGB V](#) seien Personen versicherungspflichtig, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall hätten und zuletzt gesetzlich krankenversichert gewesen seien. Die Mitgliedschaft beginne mit dem ersten Tag ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall im Inland ([§ 186 Abs. 11 SGB V](#)). Entsprechendes gelte für die Pflegeversicherung ([§ 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI](#)). Nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) Versicherungspflichtige würden bei der Krankenkasse Mitglied, bei der sie zuletzt versichert gewesen seien.

Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) trete jedoch nur dann ein, wenn der Betreffende zuletzt gesetzlich krankenversichert gewesen sei. Nach Auffassung des Sozialgerichts Aachen (Beschluss vom 31.3.2008, - [S 20 SO 25/08 ER](#) -) müsse der Zeit ohne Absicherung im Krankheitsfall eine Versicherung bei einer gesetzlichen Krankenkasse unmittelbar vorausgegangen sein. Wie lange diese zurückliege und wie lange sie bestanden habe, sei ebenso wenig von Belang wie der Grund für ihre Beendigung. Der Versicherungstatbestand des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13a SGB V](#) werde nur von Personen erfüllt, die nach dem Ausscheiden aus der gesetzlichen Krankenversicherung gänzlich ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall geblieben seien. Habe zwischen dem Ausscheiden aus der gesetzlichen Krankenversicherung und der begehrten Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13a SGB V](#) eine anderweitige Absicherung bestanden, sei das Merkmal "zuletzt gesetzlich krankenversichert" nicht erfüllt. Das Sozialgericht Nürnberg habe ebenfalls entschieden, dass die letzte Krankheitsabsicherung vor der Zeit der Nichtabsicherung maßgeblich sei. Die gesetzliche Krankenversicherung müsse (unmittelbar) die zeitlich letzte Versicherung vor dem Eintritt einer Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) sein (Urt. vom 10.9.2008, - [S 7 KR 530/07](#) - (SG-Akte S. 14); vgl. auch Wilke/Koch, Die Gesundheitsreform 2007, Rdnr. 54).

Der Kläger sei bei ihr zuletzt bis 9.8.2006 gesetzlich krankenversichert gewesen. Bis zur Inhaftierung am 3.3.2008 habe er Anspruch auf Krankenbehandlung nach dem SGB XII und während der Haftzeit nach Maßgabe des § 58 StVollzG gehabt. Nach der Haftentlassung habe Krankenversicherungsschutz nicht mehr bestanden. Versicherungspflicht gem. [§ 5 Abs. 1 Nr. 13a SGB V](#) trete ab 3.12.2008 (Haftentlassung) nicht ein, da der Kläger wegen des Anspruchs auf Krankenbehandlung (§ 58 StVollzG) zuletzt nicht krankenversichert gewesen sei. Allerdings habe das LSG Baden-Württemberg in einem ähnlich gelagerten Fall wohl Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) angenommen (Beschluss vom 25.2.2009, - [L 11 KR 497/09 ER-B](#) -). Dem habe jedoch ein anderer Sachverhalt zu Grunde gelegen. Der Antragsteller dieses Verfahrens sei bis zur Inhaftierung gesetzlich krankenversichert gewesen. Nach Auffassung des LSG Baden-Württemberg (a. a. O.) sei unschädlich, wenn nach dem Ende des gesetzlichen Krankenversicherungsverhältnisses zeitweise ein Zustand bestanden habe, in dem der Betreffende nicht privat krankenversichert gewesen sei, jedoch über einen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall verfügt habe. Das Tatbestandsmerkmal "zuletzt gesetzlich krankenversichert" schließe damit Personen, die zuvor Leistungen der Gesundheitsfürsorge nach dem StVollzG bezogen hätten, von der Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13a SGB V](#) nicht aus. Der Kläger sei vor der Inhaftierung aber nicht gesetzlich krankenversichert gewesen. Das zu ihr bestehende (letzte) Versicherungsverhältnis habe vielmehr bereits 19 Monate vor Haftantritt geendet. Bei dieser Fallgestaltung könne von einer zeitweisen Unterbrechung der gesetzlichen Krankenversicherung keine Rede sein. Seit 2006 gehöre der Kläger nicht mehr zum Kreis der gesetzlich Krankenversicherten. Damit bestehe ab 3.12.2008 eine Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) nicht.

Am 14.7.2009 erhob der Kläger Klage beim Sozialgericht Freiburg. Zur Begründung wiederholte er sein Vorbringen im Widerspruchsverfahren.

Mit Urteil vom 13.10.2009 hob das Sozialgericht den Bescheid der Beklagten vom 25.3.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 16.6.2009 auf und stellte fest, dass der Kläger seit 4.12.2008 pflichtversichertes Mitglied der Beklagten ist. Die als kombinierte Anfechtungs- und Feststellungsklage zulässige Klage sei begründet. Der Kläger sei gem. [§ 5 Abs. 1 Nr. 13a SGB V](#) bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert. Nach dieser Vorschrift seien Personen versicherungspflichtig, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im

Krankheitsfall hätten und zuletzt krankenversichert gewesen seien. Das sei beim Kläger der Fall. Nach der Haftentlassung könne er weder Heilfürsorge nach dem StVollzG noch Leistungen der Beklagten zu Lasten des Sozialhilfeträgers beanspruchen; Sozialhilfe oder Grundsicherung im Alter bzw. bei Erwerbsminderung nach Maßgabe des SGB XII stehe dem Kläger nicht zu, weshalb die Pflichtversicherung nicht gem. [§ 5 Abs. 8a SGB V](#) nicht ausgeschlossen sei.

Der Kläger sei (im Jahr 2006) bei der Beklagten "zuletzt" i. S. d. [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) gesetzlich krankenversichert gewesen. Das zwischenzeitliche Bestehen anderer Ansprüche auf Absicherung im Krankheitsfall - Krankenhilfe wegen Bezugs von Sozialhilfe bzw. Gesundheitsfürsorge während der Haftzeit - sei unschädlich. Vielmehr komme es allein darauf an, dass kein Versicherungsverhältnis mit einem Träger der privaten Krankenversicherung zu Stande gekommen sei. Nach der Rechtsprechung des LSG Baden-Württemberg (Beschluss vom 25.2.2009, - [L 11 KR 497/09 ER-B](#) -) sollten nur Personen vom Schutz der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen sein, die zu dieser bislang keinen Bezug gehabt hätten, wie etwa Beamte und privat krankenversicherte Selbstständige (vgl. [BT-Drs. 16/3100, S. 94](#)). Dieser Personenkreis sei der neu geschaffenen Verpflichtung zum Abschluss eines privaten Krankenversicherungsvertrages zum sog. Basistarif zuzuordnen. Die Regelung in [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) diene lediglich der Abgrenzung der Krankenversicherungssysteme (gesetzliche und private Krankenversicherung) im Hinblick auf Personen ohne anderweitige Absicherung im Krankheitsfall. Schon nach dem Gesetzeswortlaut komme es auf den gegenwärtigen Zustand an. Die Pflichtversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) werde durch jegliche anderweitige Absicherung, wie etwa Beihilfeansprüche oder Ansprüche auf freie Heilfürsorge, ausgeschlossen. Bestehe eine derartige Absicherung gegenwärtig nicht, müsse auf die letzte Versicherung abgestellt werden, die gleichsam wiederauflebe bzw. fortgeführt werde. Zuletzt privat Krankenversicherte erhielten einen Zugang zum Basistarif der privaten Krankenversicherung. Demgegenüber solle mit [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) keine Abgrenzung zu einer weiteren Personengruppe geschaffen werden, auch nicht zu solchen Personen, die bereits gesetzlich oder privat krankenversichert gewesen seien, während einer Zwischenzeit aber über eine andere Absicherung im Krankheitsfall (Heilfürsorge oder Krankenhilfe) verfügt hätten. Dies würde dem Zweck des Gesetzes, das eine Bürgerversicherung für jedermann habe schaffen wollen, zuwiderlaufen. Gem. [§ 184 Abs. 11 SGB V](#) beginne die Mitgliedschaft des Klägers bei der Beklagten am 4.12.2006. Selbst wenn inzwischen wieder ein Anspruch auf ergänzende Leistungen nach dem SGB XII bestehen sollte, wäre die Versicherungspflicht nicht mehr ausgeschlossen ([§ 190 Abs. 13 Satz 2 SGB V](#)). Das Urteil wurde am 16.10.2009 zur Post gegeben.

Am 30.10.2009 hat die Beklagte Berufung eingelegt. Zur Begründung wiederholt sie die Gründe des Widerspruchsbescheids. [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) verlange, dass es sich bei der gesetzlichen Krankenversicherung um die zeitlich letzte Absicherung im Krankheitsfall vor dem etwaigen Zustandekommen eines Versicherungsverhältnisses nach dieser Vorschrift gehandelt habe (vgl. auch Baier, in Krauskopf, Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung, § 5 Rdnr. 80). Vor seiner Inhaftierung sei der Kläger aber nicht gesetzlich krankenversichert gewesen. Das Versicherungsverhältnis zu ihr habe vielmehr schon 19 Monate vorher geendet. Bis zur Inhaftierung habe Krankenversicherungsschutz nach dem SGB XII bestanden; dabei wäre es ohne Inhaftierung des Klägers auch geblieben. Ziel der Neuregelung in [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) sei nicht gewesen, Lasten von Bund, Ländern und Gemeinden auf die gesetzlichen Krankenkassen abzuwälzen.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 13.10.2009 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er verteidigt das angefochtene Urteil.

Die Beigeladene stellt keinen Antrag.

Sie hat auf Nachfrage des Senats mitgeteilt, der Kläger erhalte derzeit keine Grundsicherungsleistungen nach dem SGB XII; die Leistungen seien ab 1.7.2008 eingestellt worden. Nach der Haftentlassung am 3.12.2008 habe der Kläger keinen Anspruch auf Leistungen der Grundsicherung bei Erwerbsminderung gehabt, da er über ausreichendes Renteneinkommen verfüge, um seinen Bedarf während der stationären Therapie zu decken.

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

Entscheidungsgründe:

Die gem. [§§ 143, 144, 151 SGG](#) statthafte und auch sonst zulässige Berufung der Beklagten ist nicht begründet. Das Sozialgericht, dessen Entscheidung für seine örtliche Zuständigkeit im Rechtsmittelverfahren gem. [§ 98 SGG](#) i.V.m. [§ 17a Abs. 5 GVG](#) nicht zu überprüfen ist (vgl. dazu Meyer-Ladewig, Sozialgerichtsgesetz Kommentar, 9. Aufl. § 98 Rn 7), hat zu Recht festgestellt, dass der Kläger seit 4.12.2008 pflichtversichertes Mitglied der Beklagten ist; er ist bei ihr gesetzlich krankenversichert und bei der Pflegekasse der Beklagten pflegeversichert.

I. Rechtsgrundlage für das Bestehen von Versicherungspflicht zur gesetzlichen Krankenversicherung ist der (hier allein in Betracht kommende) Versicherungspflichttatbestand des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) (in der seit 1.4.2007 geltenden Fassung des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) vom 26.3.2007, [BGBl I S. 378](#)), ergänzt durch die Bestimmung des [§ 5 Abs. 8a SGB V](#). Der Beginn der Versicherungspflicht, die Mitgliedschaft des Versicherten und das Anzeigeverfahren sind in [§§ 186 Abs. 11, 174 Abs. 5 SGB V](#) geregelt. Für die soziale Pflegeversicherung gilt Entsprechendes gem. [§ 20 Abs. 1 Satz 1](#) und 2 Nr. 12 SGB XI.

1. Gem. [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) sind Personen versicherungspflichtig, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und (a) zuletzt gesetzlich krankenversichert waren oder (b) bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in [§ 6 Abs. 1](#) und 2 SGB V genannten (versicherungsfreien) Personen gehören oder bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit

im Inland gehört hätten.

Die Beteiligten streiten im Kern um die Auslegung des Merkmals "zuletzt gesetzlich krankenversichert" in [§ 5 Abs. 1 Nr. 13a SGB V](#). Die Beklagte meint – der Rechtsauffassung der (vormaligen) Krankenkassenspitzenverbände folgend – die Versicherungszeit in der gesetzlichen Krankenversicherung müsse der Zeit ohne Absicherung im Krankheitsfall zeitlich unmittelbar vorausgegangen sein; andernfalls komme die Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung nicht in Betracht. Das trifft jedoch nicht zu. Hierfür sind folgende Erwägungen des Senats maßgeblich:

Mit der Einführung der Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) hat der Gesetzgeber auf die wachsende Zahl der Menschen ohne Absicherung im Krankheitsfall (im Jahr 2003 schätzungsweise 188.000 Personen) reagiert. Da dieser Zustand für nicht hinnehmbar erachtet wurde, sollten diese Personen in die Versicherungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung einbezogen werden, wenn sie zuletzt krankenversichert waren, oder, sofern sie bisher nicht gesetzlich krankenversichert gewesen sind, zu dem Personenkreis gehören, der nach der in [§§ 5 und 6 SGB V](#) zum Ausdruck gekommenen gesetzgeberischen Wertentscheidung der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen ist. Ohne Anspruch auf anderweitige Absicherung im Krankheitsfall sind insbesondere die nicht gesetzlich oder privat krankenversicherten Personen, die keinen Anspruch auf Hilfe bei Krankheit nach [§ 40 Sozialgesetzbuch Achtes Buch \(SGB VIII – Kinder- und Jugendhilfe\)](#), [§ 48 SGB XII](#), [§ 264 SGB V](#), auf Gesundheitsfürsorge nach dem StVollzG oder auf sonstige Gesundheitsfürsorge haben, die nicht beihilfeberechtigt sind, keinem Sondersystem wie der freien Heilfürsorge angehören und auch keinen Anspruch auf Krankenbehandlung nach dem Bundesversorgungsgesetz, dem Bundesentschädigungsgesetz oder vergleichbaren gesetzlichen Regelungen haben. In die Versicherungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung werden auch Personen einbezogen, die nicht zuletzt gesetzlich oder privat krankenversichert gewesen sind, wenn sie zu dem Personenkreis gehören, der seinem Status nach der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen ist. Das gilt daher insbesondere nicht für Beamte, beamtenähnlich abgesicherte Personen sowie für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige, die nach [§ 5 Abs. 5](#) bzw. [6 Abs. 1 SGB V](#) keinen Zugang zur Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung haben. Diese Personen werden der privaten Krankenversicherung zugeordnet. Bei der Feststellung, ob zuletzt eine gesetzliche oder eine private Krankenversicherung oder keine von diesen Absicherungen im Krankheitsfall bestanden hat, haben die Krankenkassen alle ihnen zur Verfügung stehenden Erkenntnismöglichkeiten auszuschöpfen (so die Begründung zur Einführung des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) im Entwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum GKV-WSG, [BT-Drs. 16/3100 S. 94](#)).

Danach besteht die Zielsetzung des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) darin, als Auffangversicherung bzw. Bürgerversicherung einen lückenlosen Schutz im Krankheitsfall sicherzustellen; in Deutschland soll niemand ohne diesen Schutz bleiben (BT-Drs., a. a. O.). Der Krankenversicherungsschutz wird durch ein vielfältig gegliedertes System gewährleistet, das auf die beiden Säulen der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung gegründet ist. Diesen wesentlichen Trägern sollen Personen ohne Absicherung im Krankheitsfall zugewiesen werden. Sie werden entweder in die gesetzliche Krankenversicherung einbezogen oder der privaten Krankenversicherung zugeordnet. Dort konnten sie bis zum 31.12.2008 den Abschluss eines Versicherungsvertrags im sog. Standardtarif beanspruchen, der den Übergang in den Basistarif der privaten Krankenversicherung ab 1.1.2009 ermöglichen soll (vgl. KassKomm-Peters, SGB V [§ 315](#) Rdnr. 3 ff.; [BT-Drs. 16/4247 S. 58](#)); insoweit unterliegen die privaten Krankenversicherer ab diesem Zeitpunkt einem Kontrahierungszwang (vgl. [§ 12 Abs. 1b](#) Versicherungsaufsichtsgesetz, VAG, und [§ 193 Abs. 5](#) Versicherungsvertragsgesetz, VVG; hierzu näher Langheid, NJW 2007, 3745, 3748). Das Merkmal "zuletzt krankenversichert" in [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) soll deswegen (nur) abgrenzen, wer dem System der gesetzlichen und wer dem System der privaten Krankenversicherung zugehörend soll. In der Begründung des Gesetzentwurfs zur Einführung des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) kommt das nach Auffassung des Senats hinreichend deutlich zum Ausdruck. So wird in die gesetzliche Krankenversicherung einbezogen, wer zuletzt gesetzlich krankenversichert war oder nach der Wertungsentscheidung in [§§ 5 und 6 SGB V](#) der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen ist. Der privaten Krankenversicherung wird zugewiesen, wer seinem Status nach nicht der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen ist, wie Beamte oder beamtenähnlich abgesicherte Personen bzw. hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige, die nach [§ 6 Abs. 1](#) bzw. [§ 5 Abs. 5 SGB V](#) keinen Zugang zur Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung haben (BT-Drs., a. a. O.). Der Gesetzgeber wollte die Menschen ohne Absicherung im Krankheitsfall möglichst lückenlos auf die Systeme der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung verteilen, eine dritte Personengruppe, die keinem der beiden Säulen des Krankenversicherungsschutzes zuzuordnen ist, jedoch nicht schaffen.

Im Hinblick darauf ist der Begriff "zuletzt" in [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) nicht in einem eng (formal) zeitlichen, sondern in einem eher sachbezogenen (materiellen) Sinn zu verstehen. Die Auffangversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) knüpft an den (konkreten) Systembezug bzw. an den aus den Vorschriften über die Versicherungspflicht bzw. Versicherungsfreiheit ([§§ 5, 6 SGB V](#)) folgenden (abstrakten) Versicherungsstatus der Person ohne Absicherung im Krankheitsfall an. Wer im System der gesetzlichen Krankenversicherung versichert war und deswegen zu diesem einen konkreten sachlichen Bezug aufweist ([§ 5 Abs. 1 Nr. 13a SGB V](#)), kehrt nach der absicherungslosen Zeit in dieses System zurück. Wer weder privat noch gesetzlich krankenversichert war ([§ 5 Abs. 1 Nr. 13b SGB V](#)), wird den Krankenversicherungssystemen nach seinem (abstrakten) gesetzlichen Versicherungsstatus zugeordnet (vgl. auch BT-Drs. a. a. O.). Deswegen ist das System der privaten Krankenversicherung insbesondere für versicherungsfreie Beamte ([§ 6 Abs. 2 SGB V](#)) oder für nicht versicherungspflichtige hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige ([§ 5 Abs. 5 SGB V](#)) zuständig; den genannten Personen ist der Zugang zum System der gesetzlichen Krankenversicherung verwehrt.

Die Richtigkeit der vom Senat befürworteten Auslegung des Merkmals "zuletzt gesetzlich krankenversichert" in [§ 5 Abs. 1 Nr. 13a SGB V](#) wird durch eine Folgenbetrachtung bestätigt. Personen mit (konkreten) Versicherungszeiten in der gesetzlichen Krankenversicherung haben dieses System in aller Regel durch Beiträge mitfinanziert. Für absicherungslose Personen, die nur wegen ihres (abstrakten) Versicherungsstatus der gesetzlichen Krankenversicherung zugeordnet sind, gilt das nicht. Damit ergäbe sich ein Wertungswiderspruch, wenn man dem letztgenannten Personenkreis die Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung eröffnen, dem erstgenannten hingegen die Rückkehr dorthin deswegen verwehren würde, weil zwischen der absicherungslosen Zeit und der vormaligen Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung ein Zeitraum anderweitiger Absicherung (etwa nach sozialhilferechtlichen Grundsätzen) liegt (vgl. auch LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 20.10.2008, - [L 5 B 75/08 KR ER](#) -).

Entgegen der Auffassung der (seinerzeit noch bestehenden) Spitzenverbände der Krankenkassen in deren Gemeinsamen Rundschreiben vom 20.3.2007: Krankenversicherung und Pflegeversicherung der bisher Nichtversicherten nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) zum 1.4.2007 (dort S. 14) muss es sich bei der Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht um die "zeitlich letzte" Versicherung vor dem möglichen Zustandekommen einer Versicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) handeln (so auch: LSG Baden-Württemberg, Beschl. v.

25.2.2009, - [L 11 KR 497/09 ER-B](#) -; LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 20.10.2008, - [L 5 B 75/08 KR ER](#) -; SG Aachen, Beschl. v. 22.5.2009, - [S 15 KR 35/09 ER](#) -; KassKomm-Peters, SGB V § 5 Rdnr. 166; anderer Ansicht: Baier, in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung - Pflegeversicherung, SGB V § 5 Rdnr. 80; SG Aachen, Beschl. v. 31.3.2008, - [S 20 SO 25/08 ER](#) -; SG Nürnberg, Ur. v. 10.9.2008, - S 7 KR 530/07 -). Der für die Auslegung des Merkmals "zuletzt gesetzlich krankenversichert" in [§ 5 Abs. 1 Nr. 13a SGB V](#) ausschlaggebende konkrete Systembezug zur gesetzlichen Krankenversicherung besteht vielmehr auch dann, wenn zwischen der absicherungslosen Zeit und der Versicherungszeit in der gesetzlichen Krankenversicherung ein Zeitraum liegt, während dem der Betreffende im Krankheitsfall nach Maßgabe des Sozialhilferechts (vgl. [§§ 264 SGB V](#), [48 SGB XII](#)) oder des Strafvollzugsrechts (vgl. [§§ 56 ff. StVollzG](#)) abgesichert war.

2. Die den Versicherungspflichttatbestand des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) ergänzende Bestimmung in [§ 5 Abs. 8a SGB V](#) schließt die Versicherungspflicht für bestimmte Fälle aus und konkretisiert damit zugleich das Merkmal "anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall" in [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#). Danach ist nicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) versicherungspflichtig, wer nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 1 bis 12 SGB V](#) versicherungspflichtig, freiwilliges Mitglied oder nach [§ 10 SGB V](#) (Familienversicherung) versichert ist (Satz 1). Das gilt entsprechend für Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des SGB XII (insbesondere Sozialhilfe, Grundsicherung im Alter bzw. bei Erwerbsminderung) und für Empfänger laufender Leistungen nach § 2 Asylbewerberleistungsgesetz (Satz 2), wobei unbeachtlich ist, wenn der Anspruch auf diese Leistungen für weniger als einen Monat unterbrochen wird (Satz 3). Der Anspruch auf Leistungen nach [§ 19 Abs. 2 SGB V](#) (nachgehender Leistungsanspruch für einen Monat nach Beendigung der Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung) gilt nicht als Absicherung im Krankheitsfall i. S. [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#), sofern im Anschluss daran kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall besteht (Satz 4).

Für die Ausschlussvorschrift in [§ 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V](#) sind nach dem klaren Gesetzeswortlaut nur laufende Leistungen nach den Kapiteln 3, 4, 6 und 7 des SGB XII, nicht jedoch einmalige oder fallweise Leistungen, wie die Gewährung von Hilfe bei Krankheit nach [§ 48 SGB XII](#), von Belang. Außerdem ist das 5. Kapitel des SGB XII, das mit den §§ 47 bis 52 die Hilfe bei Krankheit regelt, von [§ 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V](#) gerade nicht in Bezug genommen worden. Das ist nicht als "Redaktionsversehen" abzutun oder mit einem aus [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) hergeleiteten vermeintlichen Grundsatz der Vorrangigkeit von Krankenbehandlungsleistungen, welche in Verfahren nach [§ 264 SGB V](#) erbracht werden, zu überspielen. Ursprünglich sollte [§ 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V](#) nämlich weiter gefasst werden und Empfänger "von Leistungen nach dem Dritten bis Neunten Kapitel des Zwölften Buches" bzw. Empfänger laufender Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes erfassen. Im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens wurde dann Satz 2 des [§ 5 Abs. 8a SGB V](#) dahin verändert, dass es an Stelle von Empfänger von Leistungen, Empfänger laufender Leistungen hieß und in der Bestimmung der Leistungen die Formulierung nach dem Dritten bis Neunten Kapitel des Zwölften Buches in nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches umgewandelt wurde. Dies weist die der Ausschussempfehlung des 14. Ausschusses beigegebene Gegenüberstellung von Entwurf und veränderter Entwurfsfassung nach den Beschlüssen des 14. Ausschusses eindeutig aus, wobei die Worte "laufender" und "Vierten, Sechsten und Siebten" (Kapitel des Zwölften Buches) fettgedruckt sind (vgl. Ausschussempfehlung GKV-WSG, abgedruckt bei Hauck/Noftz, SGB XII, Sozialhilfekommentar Band III Materialien M 110 a). Die Ausschussempfehlung ist dann auch im Gesetzgebungsverfahren übernommen worden. Der für die Bestimmung der Nachrangigkeit einschlägige Abs. 8a des [§ 5 SGB V](#) besagt somit in seinem Satz 2 eindeutig, dass nur beim Bezug laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des SGB XII und für Empfänger laufender Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes der Träger dieser Leistungen für die Absicherung im Krankheitsfall verantwortlich bzw. kostenpflichtig bleibt. Daraus folgt im Umkehrschluss, dass bei alleiniger Gewährung von Krankenhilfe nach [§ 48 SGB XII](#) kein anderweitiger Krankenversicherungsschutz im Sinne von [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) besteht (so LSG Hessen, Beschl. v. 7.2.2008, - [L 8 KR 218/07 ER](#) -; anders KassKomm-Peters SGB V § 5 Rdnr. 163; Felix, in jurisPK-SGB V § 5 Rdnr. 89; offen gelassen von LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 28.7.2008, - [L 5 B 57/08 KR ER](#) -). Da die Vorschrift des [§ 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V](#) außerdem den grundsätzlichen Nachrang der Hilfeleistungen nach dem SGB XII (vgl. [§ 2 SGB XII](#)); auch LSG Nordrhein-Westfalen, Ur. v. 17.9.2009, - [L 16 \(5\) KR 206/08](#) -) durchbricht, ist sie als Ausnahmeregelung ohnehin eher eng am Wortlaut orientiert auszulegen. Maßgeblich ist schließlich nicht nur der tatsächliche Empfang der Leistungen. Der Leistungsgewährung muss vielmehr ein entsprechender Leistungsanspruch zugrunde liegen; folgerichtig ist in der [§ 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V](#) ergänzenden Bestimmung des [§ 5 Abs. 8a Satz 3 SGB V](#) auch nicht von der Unterbrechung des Leistungsempfangs bzw. der Leistungsgewährung, sondern von der Unterbrechung des Leistungsanspruchs die Rede.

Gem. [§ 186 Abs. 11 SGB V](#) beginnt die - kraft Gesetzes eintretende (eingehend: SG Aachen, Ur. v. 24.11.2009, - [20 SO 95/08](#) -) - Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) mit dem ersten Tag ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall; entsprechendes gilt für die Pflegeversicherung ([§ 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI](#)). Die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Versicherten werden gem. [§ 174 Abs. 5 SGB V](#) Mitglied der Krankenkasse, bei der sie zuletzt versichert waren. Dieser müssen sie das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht anzeigen ([§ 186 Abs. 11 Satz 4 SGB V](#)).

II.

Hiervon ausgehend erweist sich der Bescheid vom 25.3.2009 (Widerspruchsbescheid vom 16.6.2009) als rechtswidrig. Die Beklagte hat darin die Feststellung der Mitgliedschaft des Klägers zu Unrecht abgelehnt. Dieser war vielmehr seit 4.12.2008 bei ihr gem. [§ 5 Abs. 1 Nr. 13a SGB V](#) gesetzlich krankenversichert und bei der Pflegekasse der Beklagten pflegeversichert ([§ 20 Abs. 1 Satz 1](#) und 2 Nr. 12 SGB XI).

1. Nach der Entlassung aus der Strafhaft am 3.12.2006 hatte der Kläger keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall. Insbesondere endete zu diesem Zeitpunkt der bis dahin bestehende Anspruch auf Gesundheitsfürsorge nach Maßgabe des StVollzG. Sonstige Ansprüche auf Absicherung im Krankheitsfall sind weder ersichtlich noch geltend gemacht. Dass der Sozialhilfeträger die Kosten für den Aufenthalt des Klägers im Therapiezentrum "Br." im Wege der Krankenhilfe gem. [§ 48 SGB XII](#) getragen hat, schließt die Versicherungspflicht gem. [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) nach dem Gesagten nicht aus, da es sich dabei nicht um die Gewährung laufender Leistungen nach den in [§ 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V](#) genannten Kapiteln des SGB XII handelt.

2. Der Kläger war auch (bei der Beklagten) zuletzt krankenversichert i. S. d. [§ 5 Abs. 1 Nr. 13a SGB V](#). Er hatte vom 20.6. bis 9.8.2006 eine berufsfördernde Maßnahme des Rentenversicherungsträgers absolviert und damit als Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben den Versicherungspflichttatbestand des [§ 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V](#) erfüllt. Dadurch ist der für die Anwendung des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13a SGB V](#) notwendige konkrete Systembezug zur gesetzlichen Krankenversicherung begründet. Die Kürze der Versicherungszeit steht dem nicht entgegen. Das Gesetz stellt in [§ 5 Abs. 1 Nr. 13a SGB V](#) nur auf einen (konkreten) Bezug zur gesetzlichen Krankenversicherung ab. Ist

dieser, wie hier, vorhanden, kehrt die nicht abgesicherte Person in die gesetzliche Krankenversicherung zurück. Einschränkende Merkmale, wie eine bestimmte Mindestdauer der Mitgliedschaft, sind nicht (jedenfalls nicht explizit) festgelegt. Ob und mit welchen Rechtsfolgen man ggf. (implizit) auf die Wertung des [§ 5 Abs. 8a Satz 3 SGB V](#) zurückgreifen könnte, der die weniger als einen Monat andauernde Unterbrechung eines Anspruchs auf laufende Leistungen nach dem SGB XII für unbeachtlich erklärt und die Krankheitskosten des Betroffenen deswegen weiterhin dem Sozialhilfeträger (Staat) und nicht der gesetzlichen Krankenversicherung zuordnet, mag dahin stehen. Die Versicherungspflichtzeit des Klägers war länger, sie dauerte über 1 ½ Monate (20.6. bis 9.8.2006). Unbeachtlich ist auch, dass der Kläger selbst Beiträge nicht gezahlt hat, diese vielmehr vom Rehabilitationsträger aufgebracht wurden (vgl. [§§ 251 Abs. 1, 252 Abs. 1 SGB V](#)); das Gesetz stellt auf die Beitragszahlung nicht ab. Schließlich kommt es nach dem Gesagten nicht darauf an, dass zwischen der Versicherungszeit in der gesetzlichen Krankenversicherung und der absicherungslosen Zeit ein Zeitraum liegt, während dem der Kläger im Krankheitsfall nach sozialhilferechtlichen Grundsätzen (als Bezieher laufender Sozialhilfeleistungen ab 9.8.2006 bis zur Inhaftierung am 3.3.2008) bzw. nach dem StVollzG (während der Strafhaft vom 3. 3. bis 3.12.2008) abgesichert war.

3. Die Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13a SGB V](#) ist nicht gem. [§ 5 Abs. 8a SGB V](#) ausgeschlossen. Ein Versicherungspflichttatbestand nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 1 bis 12 SGB V](#) ist nicht erfüllt; die Versicherungspflicht als Teilnehmer einer berufsfördernden Maßnahme des Rentenversicherungsträgers (vom 20.6. bis 9.8.2006) nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V](#) hatte gem. [§ 190 Abs. 7 SGB V](#) mit Ablauf der Maßnahme geendet. Der Kläger ist nicht freiwilliges Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse und auch nicht nach [§ 10 SGB V](#) familienversichert ([§ 5 Abs. 8a Satz 1 SGB V](#)). Nach der Haftentlassung am 3.12.2008 war er auch nicht mehr i. S. d. [§ 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V](#) Empfänger laufender Leistungen nach dem SGB XII; die Leistungsgewährung war zum 1.7.2008 eingestellt worden (Schriftsatz der Beigeladenen vom 7.4.2010). Da der Bedarf des Klägers während des Aufenthalts im Therapiezentrum "Br." vom 3.12.2008 bis 20.6.2009 durch seine Erwerbsminderungsrente und die Leistungen des Therapiezentrums Br. gedeckt war, bestand auch ein Anspruch auf laufende Hilfe zum Lebensunterhalt ([§§ 27 ff. SGB XII](#)) oder auf Grundsicherung bei Erwerbsminderung ([§§ 41 ff. SGB XII](#)) nicht (vgl. Schriftsatz der Beigeladenen vom 6.5.2010). Die Gewährung von ("isolierter") Hilfe bei Krankheit ([§ 48 SGB XII](#)) stellt keine laufende Leistung i. S. d. [§ 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V](#) bzw. nach den dort genannten Kapiteln des SGB XII dar; das 5. Kapitel des SGB XII ([§§ 47 bis 52](#)) ist ausdrücklich nicht aufgeführt. Rechtlich ohne Belang ist insoweit, ob die Krankenhilfe unmittelbar vom Sozialhilfeträger ([§ 48 Satz 1 SGB XII](#)) oder von der Krankenkasse gegen Aufwendersersatz durch den Sozialhilfeträger ([§ 48 Satz 2 SGB XII](#) i. V. m. 264 SGB V) erbracht wird; auch im letzteren Fall handelt es sich der Sache nach um Krankenhilfe nach dem 5. Kapitel des SGB XII. Der Anspruch auf laufende Leistungen (ergänzende Sozialhilfe) war nicht weniger als einen Monat unterbrochen ([§ 5 Abs. 8a Satz 3 SGB V](#)), nachdem sich der Kläger zunächst neun Monate in Strafhaft und in unmittelbarem Anschluss daran über ein halbes Jahr im Therapiezentrum Br. aufhielt. Sollte der Kläger künftig wieder laufende Leistungen nach dem SGB XII beziehen, würde dadurch die Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) nicht beseitigt ([§ 190 Abs. 13 Satz 2 SGB V](#)).

4. Die Versicherungspflicht begann mit dem ersten Tag ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall, also mit dem 4.12.2008 (Tag nach der Haftentlassung des Klägers). Der Kläger ist gem. [§ 174 Abs. 5 SGB V](#) (wieder) Mitglied der Beklagten geworden. Entsprechendes gilt für die Pflegeversicherung bzw. die Pflegekasse der Beklagten.

Damit fallen die Krankheitskosten des Klägers künftig der Beklagten zur Last. Dem kann sie nicht entgegenhalten, der Sozialhilfeträger werde von der Kostenlast letztendlich nur deswegen befreit, weil der Kläger nach der Versicherungspflichtzeit als Teilnehmer an einer Rehabilitationsmaßnahme nicht sogleich wieder in den Bezug laufender Sozialhilfe zurückgekehrt, sondern im Anschluss an eine Strafhaft einen - vom Sozialhilfeträger im Wege der ("isolierter") Krankenhilfe finanzierten, aber nicht mit laufenden Sozialhilfeleistungen unterstützen - mehrmonatigen Aufenthalt in einer Therapieeinrichtung absolviert hat. Das ist Folge der gesetzlichen Vorschriften, die eine weitere Kostenzuordnung an den Sozialhilfeträger nicht erlauben. Mit dem in [§ 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V](#) statuierten Vorrang laufender Leistungen nach den im einzelnen aufgeführten Kapiteln des SGB XII wollte der Gesetzgeber zwar verhindern, dass durch die Auffangversicherung bestehende (Sozialhilfe-)Lasten auf die Krankenkassen verschoben werden. Deswegen muss der Sozialhilfeträger weiterhin für die Krankenbehandlung der bei ihm im laufenden Leistungsbezug stehenden Personen aufkommen (vgl. dazu [BT-Drs. 16/3100 S. 95](#)). Das gilt freilich nicht, wenn - wie hier - die gesetzlichen Voraussetzungen des [§ 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V](#) nicht erfüllt sind, weil dem Betroffenen "reine" Krankenhilfe nach dem 5. Kapitel des SGB XII gewährt wurde. Bei früherer Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung gehen "reine" Krankenhilfefälle in die Zuständigkeit der Krankenkasse über (LSG Hessen, Beschl. v. 7.2.2008, - [L 8 KR 218/07 ER](#) -).

III. Das Sozialgericht hat der Klage zu Recht stattgegeben, weshalb die Berufung der Beklagten erfolglos bleiben muss. Hierauf und auf [§ 193 SGG](#) beruht die Kostenentscheidung.

Die Revision wird wegen grundsätzlicher Bedeutung der Rechtssache zugelassen ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2011-02-07