

B 12 KR 35/19 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Krankenversicherung
1. Instanz
SG Trier (RPF)
Aktenzeichen
S 1 KR 234/17
Datum
08.11.2018
2. Instanz
LSG Rheinland-Pfalz
Aktenzeichen
L 5 KR 311/18
Datum
04.07.2019
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 12 KR 35/19 R
Datum
29.06.2021
Kategorie
Urteil

Die Revision der Klägerin gegen das Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 4. Juli 2019 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Revisionsverfahren nicht zu erstatten.

G r ü n d e :

I

1

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob die Klägerin zum 1.1.2017 freiwilliges Mitglied der beklagten Krankenkasse geworden ist.

2

Die Klägerin hält sich seit 2013 im Bundesgebiet auf. Sie bezog ab 1.8.2016 nach Erhalt einer Aufenthaltserlaubnis Leistungen nach dem SGB II und war deshalb gemäß [§ 5 Abs 1 Nr 2a SGB V](#) (*idF des GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetzes <GKV-FQWG> vom 21.7.2014, [BGBI I 1133](#)*) versicherungspflichtiges Mitglied der Beklagten. Nach Feststellung der vollen Erwerbsminderung für länger als sechs Monate durch ein amtsärztliches Gutachten vom 17.10.2016 wurden die Leistungen nach dem SGB II mit Wirkung zum 31.12.2016 eingestellt. Die Stadt W bewilligte der Klägerin ab 1.1.2017 bis auf Weiteres Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Dritten Kapitel des SGB 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 [§ 9 SGB V](#) erfüllt noch setze sich die Versicherung als obligatorische Anschlussversicherung gemäß [§ 188 Abs 4 SGB V](#) fort.

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 [§ 19 Abs 2 Satz 1 SGB V](#) gehabt. Dem sei eine nachgewiesene anderweitige Absicherung im Krankheitsfall durch den Bezug von Leistungen nach dem SGB XII gefolgt. Das LSG Rheinland-Pfalz hat die Berufung der Klägerin unter Bezugnahme auf die Entscheidungsgründe des SG zurückgewiesen (*Urteil vom 4.7.2019*).

4

Mit ihrer Revision rügt die Klägerin sinngemäß die Verletzung des [§ 188 Abs 4 Satz 1 SGB V](#). Die obligatorische Anschlussversicherung sei nicht ausnahmsweise nach Satz 3 der Norm ausgeschlossen. Der Empfang von Leistungen nach dem Dritten Kapitel des SGB 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 müsse es sich um eine solche handeln, die auf gleicher Stufe mit der vom Gesetzgeber genannten privaten Krankenversicherung (PKV) stehe und sich in das über die GKV und PKV sichergestellte System des Krankenversicherungsschutzes eingliedere. 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.

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.

6

Die Beklagte beantragt,
die Revision der Klägerin zurückzuweisen.

7

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

8

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

II

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 SGB II kam weder kraft Beitritts (*dazu 1.*) noch im Wege der obligatorischen Anschlussversicherung (*dazu 2.*) eine freiwillige Mitgliedschaft in der hier allein streitigen GKV zustande. Nicht zu entscheiden hat der Senat über die soziale Pflegeversicherung (sPV) der Klägerin, die mit ihrer Revision lediglich die Zugehörigkeit zur GKV geltend macht. Damit kann offenbleiben, ob die beklagte Krankenkasse mit dem angefochtenen Verwaltungsakt auch (unzuständig) eine Regelung zur sPV erlassen hat.

10

1. Die Klägerin konnte sich nicht gemäß [§ 9 Abs 1 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) (*idF des Fünften Gesetzes zur Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 22.12.2005, BGBl I 3676*) freiwillig versichern. Danach können Personen, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind, der Versicherung beitreten, wenn sie in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens vierundzwanzig Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens zwölf Monate versichert waren. Diese Vorversicherungszeit ist nach den für den Senat bindenden Feststellungen des LSG ([§ 163 SGG](#)) nicht erfüllt.

11

2. Ab 1.1.2017 ist eine freiwillige Mitgliedschaft auch nicht als obligatorische Anschlussversicherung zustande gekommen. Nach der mit Wirkung zum 1.8.2013 (*durch Art 1 Nr 2b Buchst b, Art 6 des Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung vom 15.7.2013, BGBl I 2423*) eingeführten Regelung des [§ 188 Abs 4 SGB V](#) setzt sich für 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 erklärt innerhalb von zwei Wochen nach Hinweis der Krankenkasse über die Austrittsmöglichkeiten den Austritt (*Satz 1*). Der Austritt wird nur wirksam, wenn das Mitglied das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachweist (*Satz 2*). Personen, deren Versicherungspflicht endet, werden aber dann nicht von der obligatorischen Anschlussversicherung des [§ 188 Abs 4 Satz 1 SGB V](#) erfasst, wenn ua ein Anspruch auf Leistungen nach [§ 19 Abs 2 SGB V](#) besteht, sofern im Anschluss daran das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachgewiesen wird (*Satz 3 Alt 2*). Das ist hier der Fall. Nach dem Ende der Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs 1 Nr 2a SGB V](#) wegen des Bezugs von Arbeitslosengeld II zum 31.12.2016 ([§ 190 Abs 12 SGB V idF des Vierten Gesetzes für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt vom 24.12.2003, BGBl I 2954](#)) verfügte die Klägerin über einen nachgehenden Leistungsanspruch gemäß [§ 19 Abs 2 Satz 1 SGB 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*).

12

a) Endet 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 - B 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 - hier allein in Betracht kommenden - 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 gehört 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 <GKV-WSG> vom 26.3.2007, BGBl I 378](#)). Zu diesen Leistungsbeziehern gehörte die Klägerin.

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-WSG 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 <Stand: 15.6.2020> RdNr 106 f; Ziegler in Kasseler Kommentar, Stand Dezember 2020, § 19 SGB V RdNr 34*).

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.

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 SGB XII ist. Zudem gilt nach [§ 5 Abs 8a Satz 4 SGB V](#) der Anspruch auf Leistungen nach [§ 19 Abs 2 SGB V](#) nicht als Absicherung im Krankheitsfall iS des Abs 1 Nr 13, sofern im Anschluss daran kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall besteht. Die Auffangversicherungspflicht des [§ 5 Abs 1 Nr 13 SGB V](#) tritt nur für Personen ein, "die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben". Dieses Tatbestandsmerkmal wird mithin durch die Regelungen des [§ 5 Abs 8a Satz 1, 2 und 4 SGB V](#) präzisiert. Auch die obligatorische Anschlussversicherung ist nach [§ 188 Abs 4 Satz 1](#) und 3 SGB V ausgeschlossen, wenn ein Versicherungsverhältnis, eine Familienversicherung oder im Anschluss an einen Leistungsanspruch aus [§ 19 Abs 2 SGB V](#) eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall besteht. Rechtssystematisch ist aus der Parallelität der Vorschriften zu schließen, dass Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des SGB XII eine "anderweitige Absicherung im Krankheitsfall" auch iS des [§ 188 Abs 4 Satz 3 Alt 2 SGB V](#) haben (so auch Gerlach in Hauck/Noftz, SGB V, Stand September 2020, § 188 RdNr 29).

16

Nach der im Gesetzgebungsverfahren zum Ausdruck gekommenen Intention steht der Empfang laufender Leistungen nach dem SGB XII sowohl dem Entstehen einer Auffangversicherungspflicht als auch der Begründung einer obligatorischen Anschlussversicherung entgegen. Die Einführung der obligatorischen Anschlussversicherung in [§ 188 Abs 4 SGB V](#) zum 1.8.2013 stand gerade im Zusammenhang mit der Auffangversicherungspflicht. Sie wurde damit begründet (BT-Drucks 17/13947 S 27 f zu Nr 2b Buchst b), dass die Krankenkassen bislang keine Möglichkeit gehabt hätten, die nachrangige Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs 1 Nr 13 SGB V](#) durchzuführen, wenn die betroffenen Personen ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall sich auch auf Aufforderung der Krankenkassen, den weiteren Versicherungsschutz zu klären, nicht bei dieser gemeldet hätten. Ziel war es, der Entstehung von Beitragsrückständen entgegenzuwirken und einen lückenlosen Versicherungsschutz zu gewährleisten, indem die Mitgliedschaft im Wege der obligatorischen Anschlussversicherung ab dem Zeitpunkt durchgeführt wird, an dem die vorangegangene Versicherung bzw Mitgliedschaft geendet hat, ohne dass sich unmittelbar eine weitere, vorrangige Versicherungspflicht angeschlossen hat. Vorrangig sei aber "wie bereits im Rahmen der Versicherungspflicht nach [§ 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V](#) (s. [§ 5 Absatz 8a Satz 4 SGB V](#))" der nachgehende Leistungsanspruch nach [§ 19 Abs 2 SGB V](#), sofern im Anschluss daran eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall nachgewiesen werden könne. Damit ersetzte nach der Vorstellung des Gesetzgebers die obligatorische Anschlussversicherung nach [§ 188 Abs 4 Satz 1 SGB V](#) weitgehend die Auffangpflichtversicherung gemäß [§ 5 Abs 1 Nr 13 SGB V](#). Eine Ausweitung des Versichertenkreises gegenüber der Auffangpflichtversicherung auch auf Empfänger laufender Leistungen nach dem SGB XII sollte damit erkennbar nicht verbunden sein.

17

Zu einem unterschiedlichen Verständnis des Begriffs der "anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall" im Rahmen der Auffangversicherungspflicht einerseits und der obligatorischen Anschlussversicherung andererseits zwingt nicht der abweichende Wortlaut der diese Rechtsinstitute normierenden Vorschriften (vgl hierzu LSG Rheinland-Pfalz Urteil vom 9.7.2020 - [L 5 KR 101/19](#) - juris RdNr 28; anhängig unter [B 1 KR 30/20 R](#)). Während es nach [§ 5 Abs 8a Satz 4 SGB V](#) darauf ankommt, dass keine anderweitige Absicherung "besteht", stellt [§ 188 Abs 4 Satz 3 Alt 2 SGB V](#) zwar darauf ab, dass die anderweitige Absicherung "nachgewiesen wird". 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 "nachgewiesen" 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.

18

c) Auch [§ 190 Abs 13 Satz 2 SGB V](#) (idF des GKV-WStG vom 26.3.2007, [BGBl I 378](#)) führt 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 für 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.

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-FWG vom 21.7.2014 ([BGBl I 1133](#)) werden vom Sozialhilfeträger die Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge für Pflichtversicherte iS des [§ 5 Abs 1 Nr 13 SGB V](#) übernommen. Gemäß in der Zeit vom 1.1.2018 bis 5.12.2019 geltendem [§ 32 Abs 1](#) und 2 Nr 1 und 5 SGB XII idF des Gesetzes zur Ermittlung von Regelbedarfen sowie zur Änderung des Zweiten und des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch vom 22.12.2016 ([BGBl I 3159](#)) sind angemessene Beiträge für eine Kranken- und Pflegeversicherung als Bedarf anzuerkennen, soweit sie ein bestimmtes Einkommen übersteigen, wobei für in der GKV nach [§ 5 Abs 1 Nr 13 SGB V](#) pflichtversicherte oder nach [§ 188 Abs 4 SGB V](#) weiterversicherte Personen der monatliche Beitrag als angemessen gilt. Von diesen Regelungen sind (ua) Personen erfasst, die nach Beginn der nach [§ 190 Abs 13 Satz 2 SGB V](#) (fortgesetzten) Mitgliedschaft oder nach [§ 188 Abs 4 SGB V](#) eingetretenen Weiterversicherung Sozialhilfeleistungen beziehen. Durch sie wird kein Versicherungsverhältnis in der GKV begründet, sondern ein solches vorausgesetzt.

20

e) Dem anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall iS des [§ 188 Abs 4 Satz 3 SGB V](#) durch den Bezug bestimmter Leistungen des SGB XII steht schließlich nicht die Subsidiaritätsregelung des [§ 48 Satz 2 SGB XII](#) entgegen. Danach gehen die Regelungen zur Krankenbehandlung nach [§ 264 SGB V](#) den Leistungen der Hilfe bei Krankheit nach [§ 48 Satz 1 SGB XII](#) vor. Zwar wird gemäß [§ 264 Abs 2 Satz 1 SGB V](#) (idF des GKV-WSG vom 26.3.2007, [BGBl I 378](#)) die Krankenbehandlung ua von Empfängern von Leistungen nach dem Dritten bis Neunten Kapitel des SGB XII, die nicht versichert sind, von der Krankenkasse übernommen. Dadurch wird aber kein Versicherungs- und Mitgliedschaftsverhältnis in der GKV begründet, sondern lediglich die Leistungserbringung durch die jeweils zuständige Krankenkasse geregelt. Dabei kann offenbleiben, ob von einem gesetzlichen Auftragsverhältnis ([§ 93 SGB X](#); so BSG Urteile des 1. Senats vom 17.6.2008 - [B 1 KR 30/07 R](#) - [BSGE 101, 42](#) = [SozR 4-2500 § 264 Nr 1](#), RdNr 10 ff, vom 28.9.2010 - [B 1 KR 4/10 R](#) - [SozR 4-2500 § 264 Nr 3 RdNr 12 f](#) und vom 12.11.2013 - [B 1 KR 56/12 R](#) - [SozR 4-2500 § 264 Nr 4 RdNr 10](#)) oder von einem auftragsähnlichen Verhältnis (so BSG Urteil des 8. Senats vom 28.10.2008 - [B 8 SO 23/07 R](#) - [BSGE 102, 10](#) = [SozR 4-2500 § 264 Nr 2](#), RdNr 23) zwischen Krankenkasse und Sozialhilfeträger auszugehen ist. Jedenfalls führt keine dieser Rechtsbeziehungen dazu, dass allein durch die Leistungserbringung zugunsten der Sozialhilfeempfänger, die "nicht versichert" iS des [§ 264 Abs 2 Satz 1 SGB V](#) sind, kraft Gesetzes nicht nur ein Leistungs-, sondern auch ein Versicherungs- und Mitgliedschaftsverhältnis entsteht. Daher ordnet [§ 264 Abs 7 Satz 1 SGB V](#) (idF des GKV-WSG vom 26.3.2007, [BGBl I 378](#)) an, dass den Krankenkassen die ihnen durch die Übernahme der Krankenbehandlung nach den Abs 2 bis 6 entstehenden Aufwendungen ua von den für die Hilfe zuständigen Trägern der Sozialhilfe vierteljährlich erstattet werden. Sozialhilfeempfänger sind den Versicherten der GKV leistungsrechtlich, nicht aber mitgliedschaftsrechtlich gleichgestellt (*BT-Drucks 15/1525 S 141 zu Art 1 Nr 152 - § 264 - 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").

21

Die anderweitige Absicherung der Klägerin scheidet 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-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.

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 - wie die Revision geltend macht - die anderweitige Absicherung im Krankheitsfall vom Betroffenen aktiv nachzuweisen ist.

23

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

Rechtskraft
Aus
Saved
2022-01-14