

Gericht:	BSG 6a. Senat	Normen:	§ 5 Abs 1 Nr 13 Buchst b SGB
Entscheidungsdatum:	10.12.2025		5, § 5 Abs 8a SGB 5, § 176
Aktenzeichen:	B 6a KR 2/25 R		SGB 5, § 186 Abs 11 SGB 5, §
ECLI:	ECLI:DE:BSG:2025:101225UB6aKR225R0		188 Abs 4 SGB 5, § 193 Abs
Dokumenttyp:	Urteil		3 S 1 VVG 2008, § 193 Abs 5
			S 1 VVG 2008

Krankenversicherung - Auffangpflichtversicherung - geistige Behinderung - keine Erwerbstätigkeit - Versorgung in einer Einrichtung der Behindertenhilfe - Betreuungsvertrag - keine hinreichende anderweitige Absicherung im Krankheitsfall

Ein der Auffangpflichtversicherung entgegenstehender anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall setzt voraus, dass neben der Zugehörigkeit zu einem Sicherungssystem, das im Wesentlichen den Mindestanforderungen an eine Absicherung in der deutschen privaten Krankenversicherung entspricht, auch eine dauerhafte Erbringung von Leistungen im Krankheitsfall gewährleistet ist.

Verfahrensgang

vorgehend SG Kassel, 23. November 2022, Az: S 2 KR 345/18, Urteil

vorgehend Hessisches Landessozialgericht, 3. April 2025, Az: L 8 KR 155/23, Urteil

Tenor

Die Revision der Beklagten gegen das Urteil des Hessischen Landessozialgerichts vom 3. April 2025 wird zurückgewiesen.

Die Beklagten haben die außergerichtlichen Kosten des Klägers auch im Revisionsverfahren zu erstatten.

Tatbestand

- 1 Die Beteiligten streiten über die Durchführung einer Auffangpflichtversicherung für den Kläger bei der zu 1. beklagten Krankenkasse und dessen Mitgliedschaft bei der zu 2. beklagten Pflegekasse.

- 2 Der 1960 geborene Kläger, bei dem eine schwere geistige Behinderung besteht, lebt seit 1968 in einer Einrichtung der Behindertenhilfe des beigeladenen, als privater Verein organisierten diakonischen Unternehmens. Vor Aufnahme in diese Einrichtung schlossen die Eltern des damals minderjährigen Klägers mit dem Träger der Einrichtung - dem Rechtsvorgänger des Beigeladenen - einen Betreuungsvertrag. Danach verpflichtete sich dieser gegen Zahlung eines Betrages von 94 600 DM "zur Abfindung aller Ansprüche" dazu, den Kläger "bis an sein Lebensende nach den allgemein anerkannten Grundsätzen der modernen Sozialhilfe und Heilpädagogik zu betreuen und ihm alle in der Anstalt üblichen Leistungen zu gewähren, die zu seinem Wohle dienen, einschließlich der evtl. notwendig werdenden Aufnahme und Behandlung in einer Spe-

zialklinik" (*Vertrag vom 25.4.1968*). Im Rahmen einer zivilrechtlichen Auseinandersetzung zwischen dem Kläger und dem Beigeladenen entschied das OLG Frankfurt/Main zwischenzeitlich, dass der Beigeladene einen Anspruch auf Anpassung des Vertrages nach den Grundsätzen der Störung der Geschäftsgrundlage (§ 313 BGB) und hieraus einen Anspruch auf Zahlung eines weiteren Betrages iHv 254 188,84 Euro gegen den Kläger habe. Aufgrund der eingetretenen erheblichen Veränderungen der bei Vertragsschluss zugrunde gelegten gemeinsamen Vorstellungen, insbesondere der Lebenserwartung des Klägers und der Entwicklung der Pflegekosten sei vorliegend wegen der besonderen Umstände des Einzelfalls von einer Äquivalenzstörung des Vertrages auszugehen (*Urteil vom 28.1.2022 - 1 O 37/16*).

- 3 Der damalige Betreuer des Klägers stellte 2013 einen Antrag auf Aufnahme des Klägers in die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung. Er gab hierbei gegenüber den Beklagten an, dass der Kläger bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert gewesen sei. Entstandene Kosten im Fall einer Erkrankung seien durch den Beigeladenen übernommen worden. Kontakte zu den Eltern des Klägers bestünden seit Jahrzehnten nicht mehr. Angaben, ob und wo diese krankenversichert gewesen seien, könnten daher nicht erfolgen. Die Beklagte zu 1. lehnte die Aufnahme des Klägers in die gesetzliche Kranken- und soziale Pflegeversicherung ab (*Bescheid vom 11.4.2014, Widerspruchsbescheid vom 9.9.2015*). Die hiergegen erhobene Klage des Klägers ist ohne Erfolg geblieben (*Urteil des SG vom 23.11.2022*). Zwar sei davon auszugehen, dass der Kläger bis zur Aufnahme in die Einrichtung im Jahr 1968 nicht krankenversichert gewesen sei. Der mit dem Beigeladenen geschlossene Betreuungsvertrag begründe indes einen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall. Eine Auffangpflichtversicherung iS des § 5 Abs 1 Nr 13 SGB V sei damit ausgeschlossen.
- 4 Auf die Berufung des Klägers hat das LSG das Urteil des SG sowie die Bescheide der Beklagten aufgehoben und die Versicherung des Klägers in der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung der Beklagten ab 1.4.2007 festgestellt (*Urteil vom 3.4.2025*). Entgegen der Annahme des SG verfüge der Kläger nicht über einen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall. Ein solcher folge nicht aus dem 1968 geschlossenen Betreuungsvertrag. Zwar sei es überwiegend wahrscheinlich, dass die Eltern des Klägers damit erreichen wollten, zukünftig nicht mehr mit Kosten für die Versorgung ihres Sohnes belastet zu werden. Selbst wenn aber durch den "einmaligen Einkauf" letztlich unbegrenzter Leistungen die Einstandspflicht für die gesundheitliche Fürsorge des Klägers auf den Beigeladenen übergegangen wäre, stünde dies dem Eintritt der gesetzlichen Auffangpflichtversicherung nicht entgegen. Die Konzeption des § 5 Abs 1 Nr 13 SGB V schließe eine anderweitige Absicherung durch eine Vereinbarung zwischen Privaten aus, die - wie hier - weder der Versicherungswirtschaft angehörten, noch Versicherungsleistungen im Rahmen eines gesetzlich anerkannten institutionellen Rahmens erbringen würden. Der Kläger sei auch niemals Empfänger laufender Sozialhilfeleistungen gewesen. Nach den Grundsätzen der objektiven Beweislast sei zudem davon auszugehen, dass er zu keinem Zeitpunkt gesetzlich oder privat krankenversichert gewesen sei. So habe die Mutter des Klägers angegeben, dass der verstorbene Vater des Klägers nicht gesetzlich oder privat krankenversichert gewesen sei. Der von ihm privat bezahlte Hausarzt habe bei Bedarf auch die gemeinsamen Kinder behandelt.
- 5 Die Beklagten rügen mit ihrer Revision die Verletzung von § 5 Abs 1 Nr 13 SGB V. Die Voraussetzungen einer Auffangpflichtversicherung seien nicht erfüllt. Der gesetzlich nicht abschließend definierte Begriff der anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall umfasse auch Ansprüche auf Leistungen im Krankheitsfall, wie sie durch den Betreuungsvertrag begründet worden seien. Sinn und Zweck dieses zwischen den Eltern des Klägers und dem Rechtsvorgänger des Beigeladenen geschlossenen Vertrages sei die Gewährleistung der vollumfänglichen Versorgung des Klägers bis an sein Lebensende. Hierzu gehöre auch seine medizinische Versorgung.
- 6 Die Beklagten beantragen,

das Urteil des Hessischen LSG vom 3.4.2025 aufzuheben und die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

- 7 Der Kläger beantragt,
die Revision zurückzuweisen.
- 8 Zutreffend habe das LSG festgestellt, dass kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall bestehe. Der Beigeladene sei satzungsmäßig im Rahmen der Behindertenhilfe tätig und betreibe kein Versicherungsgeschäft mit einem entsprechenden Versicherungskollektiv und den damit verbundenen institutionellen Sicherungen nach dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG) und dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG). Zutreffend habe das LSG zudem erkannt, dass die finanzielle Solvenz des Klägers nicht zu seiner Versicherungsfreiheit führe, wenn - wie hier - die Ausnahmetatbestände in § 5 Abs 5 SGB V oder § 6 Abs 1 oder 2 SGB V nicht erfüllt seien.
- 9 Der Beigeladene, der keinen Antrag stellt, hält das Urteil des LSG für zutreffend.

Entscheidungsgründe

- 10 Die zulässige Revision der Beklagten ist nicht begründet. Das LSG hat das erstinstanzliche Urteil und die entgegenstehenden Bescheide der Beklagten zu Recht aufgehoben und zutreffend festgestellt, dass der Kläger seit 1.4.2007 nach § 5 Abs 1 Nr 13 Buchst b SGB V der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) unterliegt und nach § 174 Abs 3 iVm § 173 Abs 1 SGB V bei der Beklagten zu 1. gesetzlich krankenversichert und bei der Beklagten zu 2. nach § 20 Abs 1 Satz 1 und 2 Nr 12 iVm § 48 SGB XI sozial pflegeversichert ist.
- 11 A. Nach § 5 Abs 1 Nr 13 SGB V (*eingefügt mWv 1.4.2007 durch Art 1 Nr 2 Buchst a cc des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung <GKV-WSG> vom 26.3.2007, BGBl I 378*) in seiner bis heute unverändert geltenden Fassung sind seit dem 1.4.2007 in der GKV versicherungspflichtig Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und zuletzt gesetzlich krankenversichert (*Buchst a*) oder bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, sie gehören zu den in § 5 Abs 5 SGB V genannten hauptberuflich Selbstständigen oder zu den nach § 6 Abs 1 oder 2 SGB V versicherungsfreien Personen oder hätten bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland zu ihnen gehört (*Buchst b*). § 186 Abs 11 SGB V regelt den Beginn der Mitgliedschaft bei Personen, die nach § 5 Abs 1 Nr 13 SGB V versicherungspflichtig sind. Nach Satz 1 beginnt deren Mitgliedschaft mit dem ersten Tag ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall im Inland. Satz 3 legt fest, dass die Mitgliedschaft für Personen, die am 1.4.2007 keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben, an diesem Tage beginnt.
- 12 Das LSG ist unter Beachtung dieser rechtlichen Vorgaben rechtsfehlerfrei zu dem Ergebnis gelangt, dass am 1.4.2007 - dem hier insoweit maßgebenden Beurteilungszeitpunkt (*BSG Urteil vom 20.3.2013 - B 12 KR 8/10 R - BSGE 113, 134 = SozR 4-2500 § 5 Nr 17, RdNr 16; BSG Urteil vom 3.7.2013 - B 12 KR 2/11 R - SozR 4-2500 § 5 Nr 20 RdNr 15; vgl auch BSG Urteil vom 6.10.2010 - B 12 KR 25/09 R - BSGE 107, 26 = SozR 4-2500 § 5 Nr 12, RdNr 16*) - die Voraussetzungen der Krankenversicherungspflicht nach § 5 Abs 1 Nr 13 Buchst b SGB V vorlagen. Der Kläger war bisher weder gesetzlich noch privat krankenversichert (*dazu 1*). Der zwischen den El-

tern des Klägers und dem Rechtsvorgänger des Beigeladenen abgeschlossene Vertrag vermittelt keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall (*dazu 2*). Die Versicherungspflicht war auch nicht durch den Empfang laufender Leistungen nach dem SGB XII ausgeschlossen (*dazu 3*). Es greift auch kein anderer Ausschlussgrund; insbesondere steht die Vermögenssituation des Klägers der Versicherungspflicht nicht entgegen (*dazu 4*).

- 13 1. Nach den Feststellungen des LSG war der Kläger bis zum 1.4.2007 zu keinem Zeitpunkt gesetzlich oder privat krankenversichert. Auch die Beteiligten gehen davon nunmehr übereinstimmend aus. Die Beklagten berufen sich im Revisionsverfahren allein auf das Vorliegen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall.
- 14 2. Ein "anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall" - und damit ein Ausschluss der Krankenversicherungspflicht nach § 5 Abs 1 Nr 13 SGB V - folgt nicht aus dem zwischen den Eltern des Klägers und dem Rechtsvorgänger des Beigeladenen geschlossenen Betreuungsvertrag. Zwar können unter Berücksichtigung des Regelungsziels des § 5 Abs 1 Nr 13 SGB V und § 193 Abs 3 Satz 1 VVG (*dazu a*) grundsätzlich auch Absicherungen außerhalb einer gesetzlichen oder privaten Versicherung die Auffangpflichtversicherung verdrängen, da diese als nachrangig einzuordnen und der Begriff der anderweitigen Absicherung weit zu verstehen ist (*dazu b*). Ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall iS des § 5 Abs 1 Nr 13 SGB V erfordert aber jedenfalls die Zugehörigkeit zu einem Sicherungssystem, durch das eine entsprechende Entlastung von den im Krankheitsfall entstehenden Aufwendungen erfolgen soll. Hinsichtlich des Leistungsumfangs kommt es hierbei darauf an, dass ein die Voraussetzungen des § 193 Abs 3 Satz 1 VVG erfüllendes Sicherungsniveau erreicht wird; zudem muss das Sicherungssystem grundsätzlich auch die Gewähr für eine dauerhafte Erbringung von Leistungen im Krankheitsfall bieten. Der zwischen den Eltern des Klägers und dem Rechtsvorgänger des Beigeladenen geschlossene Betreuungsvertrag erfüllt diese Voraussetzungen nicht (*dazu c*).
- 15 a) Die Regelung des § 5 Abs 1 Nr 13 SGB V ist Bestandteil des mit dem GKV-WSG eingeleiteten Strukturprinzips, für alle Einwohner Deutschlands einen Versicherungsschutz in der GKV oder in der privaten Krankenversicherung (PKV) zu gewährleisten (*vgl. Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD <im Folgenden Fraktionsentwurf> zum GKV-WSG, BT-Drucks 16/3100 S 86 zu II 1*). Damit korrespondiert die mit Wirkung zum 1.1.2009 für nicht in der GKV versicherte oder versicherungspflichtige Personen angeordnete allgemeine Krankenversicherungspflicht nach § 193 Abs 3 Satz 1 VVG (*idF des Art 11 Abs 1, Art 12 Abs 2 des Gesetzes zur Reform des Versicherungsvertragsrechts vom 23.11.2007, BGBl I 2631*). Danach ist jede Person mit Wohnsitz im Inland verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten. Der Versicherer ist hingegen nach § 193 Abs 5 Satz 1 VVG (*idF des Art 2 Abs 49 Nr 5 Buchst c des Gesetzes zur Modernisierung der Finanzaufsicht über Versicherungen vom 1.4.2015, BGBl I 434*) verpflichtet, die Versicherung im Basistarif nach § 152 VAG zu gewähren. Auch die Pflicht zum Abschluss eines privaten Krankheitskostenversicherungsvertrages soll dazu beitragen, Krankenversicherungsschutz grundsätzlich - entweder in der GKV oder in der PKV - für alle in Deutschland lebenden Menschen im Sinne einer ausreichenden Versorgung im "Bedarfsfall" ohne notwendigen Rückgriff auf steuerfinanzierte staatliche Leistungen zu bezahlbaren Konditionen herzustellen (*BSG Urteil vom 10.12.2019 - B 12 KR 20/18 R - BSGE 129, 265 = SozR 4-2500 § 188 Nr 1, RdNr 13; BT-Drucks 16/4247 S 66 f zu Art 43 Nr 01 Abs 5*). Im Zusammenhang damit steht auch die 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*) eingeführte Regelung des § 188 Abs 4 SGB V (sog obligatorische Anschlussversicherung), die - wie § 5 Abs 1 Nr 13 SGB V - an das negative Tatbestands-

merkmal (vgl. *BSG Urteil vom 21.12.2011 - B 12 KR 13/10 R - SozR 4-2500 § 5 Nr 15 RdNr 14; BSG Urteil vom 20.3.2013 - B 12 KR 14/11 R - BSGE 113, 160 = SozR 4-2500 § 5 Nr 18*) des anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall anknüpft (vgl. Satz 2 und 3).

- 16 b) Die Auffangpflichtversicherung nach § 5 Abs 1 Nr 13 SGB V greift erst dann ein, wenn alle anderen denkbaren Absicherungsmöglichkeiten ausscheiden. Es handelt sich um eine nachrangige bzw. subsidiäre Versicherung (*BSG Urteil vom 27.1.2010 - B 12 KR 2/09 R - SozR 4-2500 § 5 Nr 10 RdNr 17; BSG Urteil vom 6.10.2010 - B 12 KR 25/09 R - BSGE 107, 26 = SozR 4-2500 § 5 Nr 12, RdNr 24; BSG Urteil vom 12.1.2011 - B 12 KR 11/09 R - BSGE 107, 177 = SozR 4-2500 § 5 Nr 13, RdNr 12; BSG Urteil vom 10.3.2022 - B 1 KR 30/20 R - BSGE 134, 6 = SozR 4-2500 § 188 Nr 4, RdNr 17; vgl. auch Felix, MedR 2023, 264, 265*) für Personen, die anderenfalls die im Krankheitsfall entstehenden Aufwendungen selbst tragen müssten (*Fraktionsentwurf zum GKV-WSG, BT-Drucks 16/3100 S 94 zu Art 1 Nr 2 Buchst a Doppelbuchst bb und cc*). Der Begriff des "anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall" in § 5 Abs 1 Nr 13 SGB V (*zum Gleichlauf mit dem Begriff in § 188 Abs 4 SGB V etwa BSG Urteile vom 29.6.2021 - B 12 KR 33/19 R - BSGE 132, 237 = SozR 4-2500 § 188 Nr 2, RdNr 18 und B 12 KR 35/19 R - juris RdNr 17; vgl. aber BSG Urteil vom 10.3.2022 - B 1 KR 30/20 R - BSGE 134, 6 = SozR 4-2500 § 188 Nr 4, RdNr 19, 27 ff zu Leistungen nach § 4 AsylbLG*) ist dementsprechend weit zu verstehen: Dem Eintritt der Versicherungspflicht nach § 5 Abs 1 Nr 13 SGB V kann nicht nur ein anderweitiger Versicherungsschutz in der gesetzlichen Krankenversicherung oder ein solcher in der privaten Krankenversicherung entgegenstehen, sondern es können grundsätzlich auch Absicherungen außerhalb einer Versicherung diesen Versicherungspflichttatbestand verdrängen (*BSG Urteil vom 12.1.2011 - B 12 KR 11/09 R - BSGE 107, 177 = SozR 4-2500 § 5 Nr 13, RdNr 19; BSG Urteil vom 6.10.2010 - B 12 KR 25/09 R - BSGE 107, 26 = SozR 4-2500 § 5 Nr 12, RdNr 13; BSG Urteil vom 27.1.2010 - B 12 KR 2/09 R - SozR 4-2500 § 5 Nr 10 RdNr 14; vgl. auch Gerlach in Hauck/Noftz, SGB V, Stand Januar 2025, § 5 RdNr 608; Just in Becker/Kingreen, SGB V, 9. Aufl 2024, § 5 RdNr 64*). So hat das BSG zB als anderweitige Absicherung Sondersysteme wie die Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (*BSG Urteil vom 12.1.2011 - B 12 KR 11/09 R - BSGE 107,177 = SozR 4-2500 § 5 Nr 13*) oder eine Gesundheitsfürsorge (TRICARE) für amerikanische Soldaten und deren Angehörige (*BSG Urteil vom 20.3.2013 - B 12 KR 14/11 R - BSGE 113, 160 = SozR 4-2500 § 5 Nr 18*) bewertet.
- 17 § 5 Abs 8a SGB V (*idF des GKV-WSG vom 26.3.2007; vgl. Art 4 Nr 1 <§ 5 Abs 8a SGB V> des Regierungsentwurfs eines Leistungsrechtsanpassungsgesetzes vom 19.11.2025*) verdeutlicht dieses Verständnis. Die Norm benennt einzelne Tatbestände einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall und konkretisiert insoweit § 5 Abs 1 Nr 13 SGB V, ist aber nicht abschließend (*BSG Urteil vom 6.10.2010 - B 12 KR 25/09 R - BSGE 107, 26 = SozR 4-2500 § 5 Nr 12, RdNr 13; BSG Urteil vom 12.1.2011 - B 12 KR 11/09 R - BSGE 107, 177 = SozR 4-2500 § 5 Nr 13, RdNr 19; BSG Urteil vom 21.12.2011 - B 12 KR 13/10 R - SozR 4-2500 § 5 Nr 15 RdNr 14*). Danach ist nicht versicherungspflichtig, wer nach § 5 Abs 1 Nr 1 bis 12 SGB V versicherungspflichtig, als freiwilliges Mitglied oder nach § 10 SGB V versichert ist. Dies gilt entsprechend für Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten (*heute gemäß § 5 Abs 1 Nr 13 SGB V idF des Terminservice- und Versorgungsgesetzes <TSVG> vom 10.5.2019, BGBl I 646: Teil 2 des Neunten Buches*) und Siebten Kapitel des SGB XII sowie für Empfänger laufender Leistungen nach § 2 AsylbLG. Als anderweitige Absicherung werden eine (weitere) Vielzahl von Leistungen bei Krankheit, wie beispielsweise Ansprüche auf Hilfe bei Krankheit nach § 40 SGB VIII, § 264 SGB V und § 48 SGB XII (*zu § 48 SGB XII vgl. BSG Urteil vom 21.12.2011 - B 12 KR 13/10 R - SozR 4-2500 § 5 Nr 15 RdNr 14*), Ansprüche aus Sondersystemen der freien Heilfürsorge, Ansprüche nach dem Bundesversorgungsgesetz und dem Bundesentschädigungsgesetz in den Gesetzesmaterialien benannt. Auch Personen, für die aufgrund über- und zwischenstaatlichen Rechts ein Anspruch auf Sachleistungen besteht, verfügen danach über eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall (*vgl. Begründung zu Art 1 Nr 2 Buchst a Doppelbuchst bb und cc des Fraktionsentwurfs eines GKV-WSG, BT-Drucks 16/3100 S 94*).

- 18 c) Eine außerhalb der GKV oder PKV liegende Absicherung erfüllt die Voraussetzungen aber nur, wenn mit ihr eine dem Regelungsziel von § 5 Abs 1 Nr 13 SGB V (*dazu RdNr 15*) entsprechende Entlastung von den im Krankheitsfall entstehenden Aufwendungen erfolgt (*BSG Urteil vom 20.3.2013 - B 12 KR 14/11 R - BSGE 113, 160 = SozR 4-2500 § 5 Nr 18, RdNr 14; vgl auch BSG Urteil vom 10.12.2019 - B 12 KR 20/18 R - BSGE 129, 265 = SozR 4-2500 § 188 Nr 1, RdNr 12 zu § 188 Abs 4 Satz 2 SGB V: "Erfordernis einer vollständigen Absicherung entstehender Krankheitskosten"*). Hieran fehlt es im Hinblick auf den streitigen Betreuungsvertrag.
- 19 aa) Ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall erfordert zum einen die Zugehörigkeit zu einem Sicherungssystem, das hinsichtlich des Leistungsniveaus jedenfalls den Mindestanforderungen an eine Krankheitskostenversicherung in der deutschen privaten Krankenversicherung entspricht. Maßgeblich ist ein die Voraussetzungen des § 193 Abs 3 Satz 1 VVG erfüllendes Sicherungsniveau (*BSG Urteil vom 20.3.2013 - B 12 KR 14/11 R - BSGE 113, 160 = SozR 4-2500 § 5 Nr 18, RdNr 13 ff; BSG Urteil vom 10.12.2019 - B 12 KR 20/18 R - BSGE 129, 265 = SozR 4-2500 § 188 Nr 1, RdNr 15; BSG Urteil vom 2.4.2025 - B 1 KR 10/24 R - juris RdNr 15, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen; vgl auch BSG Urteil vom 7.6.2018 - B 12 KR 17/17 R - BSGE 126, 56 = SozR 4-2400 § 7a Nr 9, RdNr 20 zur artgleichen Eigenvorsorge nach § 7a Abs 6 Satz 1 Nr 2 SGB IV*). Nach dieser Norm muss eine der Versicherungspflicht genügende Krankheitskostenversicherung mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung (nicht für Zahnbehandlungen oder Zahnersatz, auch keine Absicherung von Pflegeleistungen) umfassen, bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5000 Euro begrenzt sind. Ein solches Sicherungsniveau gewährleistet der Betreuungsvertrag ersichtlich nicht. Der Beigeladene ist - nach den Feststellungen des LSG - ein diakonischer Träger von Einrichtungen der Behindertenhilfe in der Rechtsform eines eingetragenen Vereins. Der zwischen seinem Rechtsvorgänger und den Eltern des Klägers geschlossene Betreuungsvertrag regelt dementsprechend im Wesentlichen die Versorgung des Klägers in der Einrichtung der Behindertenhilfe des Beigeladenen ("nach den allgemein anerkannten Grundsätzen der modernen Sozialhilfe und Heilpädagogik zu betreuen und ihm alle in der Anstalt üblichen Leistungen zu gewähren"). Eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung iS des § 193 Abs 3 Satz 1 VVG ist im Vertrag nicht vorgesehen und ergibt sich jedenfalls mit der erforderlichen Klarheit auch nicht aus der Formulierung "eventuell notwendig werdende Aufnahme und Behandlung in einer Spezialklinik", welche allenfalls auf Teilleistungen medizinischer Versorgung gerichtet ist. Es bleibt völlig offen, wie Einstandspflichten definiert werden, etwa im Falle einer - unabhängig von bereits bestehenden behinderungsbedingten Einschränkungen - eintretenden schweren Erkrankung des Klägers, die mit hohen Behandlungskosten einherginge.
- 20 bb) Zum anderen erfordert ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung die Gewähr für eine dauerhafte Erbringung von Leistungen im Krankheitsfall. Dies setzt ein tragfähiges Finanzierungs- und Sicherungskonzept voraus.
- 21 (1) Die Auffangversicherung (§ 5 Abs 1 Nr 13 SGB V) und die allgemeine Krankenversicherungspflicht (§ 193 Abs 3 VVG) zielen - wie dargestellt - auf eine umfassende Absicherung gegen Krankheitskosten aller Einwohner Deutschlands sowie die Vermeidung von Kostenrisiken für die Allgemeinheit (*vgl BSG Urteil vom 10.12.2019 - B 12 KR 20/18 R - BSGE 129, 265 = SozR 4-2500 § 188 Nr 1, RdNr 15*). Dementsprechend sind zwingend Mindestanforderungen an die (dauerhafte) Leistungsfähigkeit der "alternativen Absicherungen" zu stellen. Auch der Vergleich mit klassischen Krankenversicherungen und die beispielhafte Aufzählung anderweitiger Absicherungen in § 5 Abs 8a SGB V sowie in den Gesetzesmaterialien zum GKV-WSG (*dazu bereits RdNr 17*) bestätigt die Notwendigkeit eines entsprechenden Schutzniveaus. Für die gesetzlichen Krankenkassen sind zahlreiche Vorgaben zur Organisation (§§ 143 ff SGB V, einschließlich Regelungen zu Folgen von Schließung, Auflösung und Insolvenz) und Finanzierung (§§ 220 SGB V ff) sowie zur Prüfung der Krankenkassen und ihrer Verbände (§ 274 SGB V) normiert. Zwar sind Kran-

kenkassen und ihre Verbände gemäß §§ 160, 162 SGB V insolvenzfähig und eine Krankenkasse wird nach § 159 Abs 1 SGB V von der Aufsichtsbehörde geschlossen, wenn ihre Leistungsfähigkeit auf Dauer nicht mehr gewährleistet ist. Die Absicherung der Versicherten wird dadurch aber nicht in Frage gestellt, sondern ua durch die Ermöglichung des Kassenwechsels (*vgl § 175 SGB V*) und durch besondere Hinweispflichten des Vorstands einer geschlossenen Kasse (*§ 165 Abs 2 Satz 5 ff SGB V*) gewährleistet (*vgl BSG Urteil vom 12.3.2013 - B 1 A 1/12 R - BSGE 113, 107 = SozR 4-1500 § 54 Nr 32 RdNr 14*). Vergleichbare Vorgaben zu Organisation und Prüfung gelten für private Krankenversicherungen (*vgl zB die Vorgaben zur Finanziellen Ausstattung §§ 74 ff VAG; Vorgaben für substitutive private Krankenversicherung §§ 146 ff VAG; vgl auch Verordnung über die Übertragung von Aufgaben und Befugnissen eines Sicherungsfonds für die Krankenversicherung an die Medicator AG vom 11.5.2006, BGBl I, 1171*). Diese unterliegen der staatlichen Aufsicht durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), welche den gesamten Geschäftsbetrieb im Bereich der privaten Krankenversicherung überwacht, auch um sicherzustellen, dass die Krankenversicherungen zahlungsfähig bleiben (*vgl § 294 VAG*). Soweit nach Einschätzung des Gesetzgebers auch der Empfang bestimmter Sozialleistungen oder Ansprüche aus Sondersystemen eine entsprechende Absicherung begründen, sind diese Fallgruppen dadurch gekennzeichnet, dass die Leistungen von staatlichen Stellen bzw Körperschaften des öffentlichen Rechts erbracht werden, sodass auch in diesen Fällen keine Bedenken im Hinblick auf eine dauerhafte Leistungserbringung bestehen.

- 22 (2) Bestätigt wird das Erfordernis einer dauerhaften Leistungsfähigkeit durch die Bestandschutzregelung für Solidargemeinschaften in § 176 SGB V (*idF des Gesetzes zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege <DVPMG> vom 3.6.2021, BGBl I 1309*). Mit dieser Regelung hat der Gesetzgeber die Berücksichtigung von neu gegründeten Solidargemeinschaften für die Zukunft ausgeschlossen und zugleich klargestellt, dass auch eine Mitgliedschaft in einer privat organisierten Solidargemeinschaft, die nachweislich am 20.1.2021 bereits bestanden hat und seit ihrer Gründung ununterbrochen fortgeführt wurde, im Gesundheitswesen als anderweitige Absicherung nur dann noch in Betracht kommt, wenn sie ihre dauerhafte Leistungsfähigkeit mittels eines alle fünf Jahre beim Bundesministerium für Gesundheit (BMG) einzureichenden versicherungsmathematischen Gutachtens nachweist (*zu den Einzelheiten vgl § 176 Abs 1 iVm Abs 3 SGB V*).
- 23 (3) Von einer dauerhaften Leistungsfähigkeit der Beigeladenen in diesem Sinne kann hier nicht ausgegangen werden. Dass der Betreuungsvertrag einen Versicherungsvertrag darstellt (*vgl § 1 VVG*) liegt ebenso fern wie die Qualifikation des Beigeladenen als Versicherungsunternehmen (*vgl § 341 Abs 1 HGB, § 1 Abs 1, § 7 Nr 33 VAG*). Auch ein anderer institutioneller Rahmen, der Gewähr für die dauerhafte Erbringung von Leistungen im Krankheitsfall bietet, ist durch die streitige privatrechtliche Vereinbarung nicht geschaffen worden. Der Betreuungsvertrag, der - wie bereits ausgeführt - im Wesentlichen die Versorgung des Klägers in der Einrichtung der Behindertenhilfe des Beigeladenen sicherstellen sollte, bietet nicht die gleiche Sicherheit (Garantie) wie eine private Krankenversicherung oder die Gewährung von Krankheitsleistungen durch einen Sozialleistungsträger oder Träger von Sondersystemen, die nach der Gesetzeslage als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall einzustufen sind. Das LSG hat im Ergebnis zutreffend auch (übernommene) Unterhaltspflichten nicht als ausreichend für eine andere Absicherung im Krankheitsfall iS des § 5 Abs 1 Nr 13 SGB V bewertet.
- 24 3. Die Auffangpflichtversicherung ist nach den bindenden Feststellungen des LSG überdies nicht durch einen vorrangigen Bezug laufender Sozialhilfe- oder Eingliederungshilfeleistungen ausgeschlossen. Wie bereits ausgeführt, sind nach § 5 Abs 8a Satz 2 SGB V (*hier noch zum Stichtag 1.4.2007 idF des GKV-WSG*) diejenigen Personen von der Auffangpflichtversicherung ausgenommen, die Empfänger laufender Sozialhilfeleistungen nach dem 3. ("Hilfe zum Lebensunterhalt"), 4. ("Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung"), 6. Kapitel (*heute Teil 2 SGB IX "Besondere Leistungen zur selbstbestimmten Lebensführung für Menschen mit Behinderungen <Eingliederungshilferecht>, idF des TSVG*) und 7. Kapitel ("Hilfe zur Pflege") des SGB XII sind. Für den die Auffangpflichtversicherung ausschließenden "Empfang" laufender Leistungen

kommt es insoweit auf den vom Sozialhilfeträger durch Verwaltungsakt (bestimmten) zuerkannten Leistungsanspruch an (*BSG Urteil vom 6.10.2010 - B 12 KR 25/09 R - BSGE 107, 26 = SozR 4-2500 § 5 Nr 12*). Der Kläger war nach den Feststellungen des LSG niemals Empfänger laufender Sozialhilfeleistungen. Einen Antrag in 1974 hatte der Landeswohlfahrtsverband abschlägig beschieden. Eine weitere Bescheidung zu Sozialhilfe- oder Eingliederungshilfeleistungen hat das LSG nicht festgestellt.

- 25 4. Der Kläger war weder hauptberuflich selbständig tätig noch greift für ihn ein Versicherungsbefreiungstatbestand nach § 6 Abs 1 oder 2 SGB V. Der Auffangpflichtversicherung steht auch nicht entgegen, dass der Kläger über Einkünfte aus Kapitalvermögen verfügt. Für den Eintritt der Versicherungspflicht sind die Vermögensverhältnisse der zu versichernden Person ohne Relevanz, wie das LSG zutreffend ausgeführt hat.
- 26 B. Die Kostenentscheidung folgt aus § 193 SGG.

© Ein Service des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz
sowie des Bundesamts für Justiz - <https://www.rechtsprechung-im-internet.de>