

L 10 KR 17/22

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
10
1. Instanz
SG Duisburg (NRW)
Aktenzeichen
S 15 KR 1999/20
Datum
20.07.2021
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 10 KR 17/22
Datum
22.11.2023
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 12 KR 9/24 R
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Duisburg vom 20.07.2021 wird zurückgewiesen.

Kosten sind auch im zweiten Rechtszug nicht zu erstatten.

Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten um die Mitgliedschaft der Klägerin in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Die am 00.00.0000 geborene Klägerin war in der Vergangenheit, seit 01.12.1964, bei der Beklagten, einer gesetzlichen Krankenkasse, als Beschäftigte versichert. Seit dem 01.04.1966 war sie bei einem in Deutschland ansässigen Tourismusunternehmen als Reiseleiterin tätig. Ihr Arbeitgeber fusionierte am 01.02.1984 mit der in der Schweiz ansässigen Y. AG (Y. AG). Bei dieser war die Klägerin bis zum Renteneintritt als Reiseleiterin beschäftigt und weltweit an den unterschiedlichsten Orten eingesetzt. Ihr Arbeitsvertrag war nach eigenen Angaben aufgrund der Verlegung des Firmensitzes nicht geändert worden. Die Klägerin wohnte auch während ihrer Berufstätigkeit immer in Deutschland.

Zum 31.01.1984, anlässlich der durch die Fusionierung bedingten Verlegung des Sitzes des Arbeitgebers in die Schweiz, wurde die Klägerin von diesem bei der beklagten Krankenkasse als pflichtversicherte Beschäftigte abgemeldet. Mit Schreiben vom 27.01.1984 bestätigte die Beklagte der Klägerin, dass deren Mitgliedschaft in der GKV am 31.01.1984 „Gemäß Mitteilung Ihres Arbeitgebers vom 27.12.1983“ geendet habe.

Zeitgleich mit der Abmeldung bei der beklagten Krankenkasse versicherte die neue Arbeitgeberin die Klägerin in der Schweiz über einen von ihr abgeschlossenen sog. Gruppenvertrag bei der M. Versicherungs-Gesellschaft AG (M. AG), einem privaten Versicherungsunternehmen (Police-Nr. N01). Versicherungsnehmerin war die Arbeitgeberin, Anspruchsberechtigte die Klägerin. Ausweislich einer von der Klägerin vorgelegten Bestätigung der M. AG war die Klägerin dort für „Heilungskosten als Privatpatient bei Krankheit und Unfall...“ versichert. Die Y. AG erklärte schriftlich unter dem 22.11.2019 und dem 18.12.2019, die Krankenversicherung aufgrund des Gruppenvertrags sei privat gewesen. Mitarbeiter mit Wohnsitz außerhalb der Schweiz hätten dort nicht gesetzlich krankenversichert werden und eine weltweit gültige Kollektivversicherung zugunsten der Reiseleiter habe nur auf privater Ebene zustande kommen können. Der Versicherungsvertrag habe weltweit zugängliche („vollumfänglich“) Heilungskosten bei Unfall und/oder Krankheit beinhaltet. Die Abwicklung sei über die Y. AG erfolgt. Mit Renteneintritt sei die Versicherung „auf eigene Kosten gemäß der vertraglichen Regelungen für sie im Gruppenvertrag weitergeführt“ worden.

Die Y. AG bestätigte mit Schreiben vom 22.11.2019 explizit die „Weiterversicherung nach Vertragsende“. Grundsätzlich sei die Versicherung an einen gültigen Arbeitsvertrag mit der Y. AG gebunden und habe mit der Auflösung des Arbeitsverhältnisses geendet, allerdings „mit der Option auf diese Weiterversicherung“. Es wurde zudem bestätigt, dass die Klägerin auf eigene Kosten versichert sei für

„Heilungskosten als Privatpatient bei Krankheit und Unfall, inkl. Kosten für Zahnbehandlung, Brillen und Kontaktlinsen (Police Nr. N01).

Seit dem 01.05.2004 bezieht die Klägerin, nach Beendigung ihres Beschäftigungsverhältnisses, Altersrente von der Deutschen Rentenversicherung Bund und zudem – seit Juni 2003 – eine sog. „ordentliche Altersrente“ aus der Schweiz sowie Zuwendungen einer Stiftung. Die Gruppen-Versicherung bei der M. AG blieb über das Ende der Beschäftigung hinaus, auch mit Renteneintritt, zunächst bestehen.

Durch die Eröffnung des Insolvenzverfahrens über das Vermögen der Y. AG wurde der Gruppenvertrag mit der M. AG über die Krankheitskostenversicherung u.a. der Klägerin zum 31.12.2019 beendet. Dies kündigte die Y. AG der Klägerin mit Schreiben vom 17.10.2019 an.

Am 04.11.2019 zeigte die Klägerin der Beklagten daraufhin an, dass sie als Rentnerin nicht mehr kranken- und pflegeversichert sein werde. Die letzte Krankenversicherung sei diejenige im Rahmen der Gruppenversicherung bei der M. AG über den vormaligen Arbeitgeber gewesen, wobei sie diese Anzeige als solche „nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) ...“ verstanden wissen wollte.

Die Beklagte lehnte den Antrag mit Bescheid vom 02.12.2019 ab und führte zur Begründung aus, die Voraussetzungen für die sog. Auffang-Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V](#) seien nicht gegeben. Die private Krankenversicherung in der Schweiz sei einer solchen in Deutschland gleichgestellt. Den Widerspruch der Klägerin, zu deren Begründung diese darauf hinwies, es sei anderen Mitarbeiterinnen der Y. AG nach Renteneintritt gelungen, in das System der GKV in Deutschland zurückzukehren, wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 14.10.2020 zurück, nachdem ein entsprechendes Eilverfahren der Klägerin erfolglos geblieben war (SG Duisburg, Beschluss vom 01.09.2020 – S 59 KR 793/20 ER; Beschluss des Senats vom 11.01.2021 – L 10 KR 687/20 B ER –).

Mit ihrer gegen diese Entscheidung am 16.11.2020 beim Sozialgericht Duisburg erhobenen Klage hat die Klägerin insbesondere vorgetragen, der Gruppenversicherungsvertrag bei der M. AG sei eben nicht mit einer privaten Krankenversicherung nach deutschem Recht vergleichbar.

Mit Gerichtsbescheid vom 20.07.2021 hat das SG nach vorheriger Anhörung der Beteiligten unter Bezugnahme auf die Entscheidungen der Beklagten im Verwaltungsverfahren sowie das Ergebnis des Eilrechtsschutzverfahrens die Klage abgewiesen.

Die Klägerin hat gegen den ihr am 28.07.2021 zugestellten Gerichtsbescheid am 27.08.2021 Berufung eingelegt. Sie trägt unter Wiederholung und Vertiefung ihres bisherigen Vorbringens ergänzend vor, sie habe die Versicherung bei der M. AG nicht selbst abgeschlossen und auch nicht angestrebt; ihre Arbeitgeberin habe alleine darüber entschieden. Die Abrechnung der Krankheitskosten sei, anders als bei einer privaten Kasse üblich, nicht mit der M. AG direkt erfolgt, sondern über die Arbeitgeberin abgewickelt worden. Die Klägerin hat zudem u.a. eine Informationsschrift des seinerzeitigen Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) aus dem Jahr 2007 vorgelegt, wonach nach Auffassung des Ministeriums eine durch den Arbeitgeber veranlasste private Krankenversicherung in der Schweiz nicht als Zeit der Versicherung in der privaten Krankenversicherung (PKV) gelte. Zudem bezieht sie sich u.a. auf die „Grundsätzlichen Hinweise des GKV-Spitzenverbandes Auffang-Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) vom 14. Dezember 2018“, wonach im Sinne der Systemabgrenzung nach Beendigung einer Auslandskrankenversicherung keine Zuordnung zur PKV erfolge. Dies gelte auch für Auslands-Gruppenversicherungen, welche deutsche Arbeitgeber für vorübergehende Auslandsaufenthalte ihrer Mitarbeitenden abschließen.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Duisburg vom 20.07.2021 zu ändern und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 02.12.2019 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14.10.2020 zu verurteilen, die Klägerin ab dem 01.01.2020 als gesetzliches Pflichtmitglied, hilfsweise als freiwilliges Mitglied, in die gesetzliche Krankenversicherung aufzunehmen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichts- und Verwaltungsakten Bezug genommen, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist.

Entscheidungsgründe

Die zulässige Berufung ist unbegründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen, denn die Klägerin ist weder in der GKV pflichtversichert noch ist sie freiwilliges Mitglied der beklagten Krankenkasse geworden.

I. Die Klägerin ist weder gegenwärtig noch seit dem 01.01.2020 versicherungspflichtig in der GKV. Die Klägerin ist nicht als Mitglied der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V](#) pflichtversichert in der GKV (*dazu 1.*). Auch die Voraussetzungen der Auffangpflichtversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V](#) (*dazu 2.*) liegen nicht vor. Andere Pflichtversicherungstatbestände

kommen nicht in Betracht.

1. Nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V](#) in der Fassung des Gesundheitsreformgesetzes vom 20.12.1988 ([BGBl. I 1988, 2477](#) bzw. <auch> des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26.03.2007, [BGBl. I 2007, 378](#); zur Gesetzesentwicklung unter Würdigung der Rechtsprechung des BVerfG eingehend Felix in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 4. Aufl., [§ 5 SGB V](#) <Stand: 21.12.2023>, Rn. 9) sind versicherungspflichtig (in der GKV) Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenanspruchs mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte des Zeitraums Mitglied oder nach [§ 10](#) versichert waren.

Die Klägerin erfüllt als Rentenbezieherin zwar die erste Voraussetzung der Vorschrift. Sie war jedoch seit dem 01.12.1964 – der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit – bis zur Stellung des Rentenanspruchs im Jahr 2004 nicht mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte des Zeitraums Mitglied oder nach [§ 10](#) versichert.

a) Die Klägerin war wegen der Verlegung des Sitzes ihrer Arbeitgeberin in die Schweiz bereits seit Februar 1984 nicht mehr Mitglied in der GKV.

Nach [§ 3 Nr. 1 SGB IV](#) in der seinerzeit geltenden Fassung vom 23.12.1976 (a.F.) – i.V.m- [§ 1 Abs. 1 S. 1 SGB IV](#) a.F. – galten die Vorschriften über die Versicherungspflicht in der u.a. Krankenversicherung, soweit sie, wie seinerzeit im Fall der Klägerin, eine Beschäftigung voraussetzten, nur für Personen, die im Geltungsbereich dieses Gesetzbuches beschäftigt waren. Die Klägerin war seit Februar 1984 nicht mehr im Geltungsbereich des SGB IV beschäftigt, da ihr Beschäftigungsort seither in der Schweiz war.

Nach [§ 9 Abs. 1 SGB IV](#) a.F. ist Beschäftigungsort der Ort, an dem die Beschäftigung tatsächlich ausgeübt wird. Ist – wie im Falle der Klägerin in ihrer Tätigkeit als weltweit eingesetzte Reiseleiterin – eine feste Arbeitsstätte nicht vorhanden und wird die Beschäftigung an verschiedenen Orten ausgeübt, gilt als Beschäftigungsort der Ort, an dem der Betrieb seinen Sitz hat. Arbeitgeber der Klägerin war seit dem 01.02.1984 die in der Schweiz ansässige Y. AG.

Die Klägerin ist im Anschluss an die bis 1984 aufgrund ihrer Beschäftigung in Deutschland nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) bestehende Pflichtversicherung auch nicht auf andere Weise Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse geworden. Insbesondere ist zum 01.04.2007 nicht Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) eingetreten, weil die Klägerin zu diesem Zeitpunkt unzweifelhaft über einen anderweitigen, nach den geltenden Vertragsbedingungen und Bescheinigungen der M. AG auch vollumfänglichen Anspruch auf Krankenversicherung im Rahmen des Gruppenvertrages bei der M. AG verfügte.

b) Eine Familienversicherung nach [§ 10 SGB V](#) bestand nie.

2. Nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V](#) (in der vom 01.01.2020 bis 30.06.2020 geltenden Fassung vom 14.12.2019, wortgleich in den Nachfolge-Fassungen der Vorschrift) sind versicherungspflichtig (in der GKV) Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und zuletzt gesetzlich krankenversichert waren.

Die Klägerin hatte zwar wegen des Wegfalls der Krankheitskostenversicherung bei der M. AG zum 31.12.2019 seit dem 01.01.2020 keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall mehr. Sie war jedoch zuletzt nicht gesetzlich, sondern privat krankenversichert. Auf die bis Januar 1984 bestehende gesetzliche Krankenversicherung bei der Beklagten kann wegen des Gruppenversicherungsvertrages bei der M. AG nicht zurückgegriffen werden, denn die Zeit bei der M. AG ist einer Versicherung in der deutschen PKV gleichzustellen.

a) Die von Februar 1984 bis Dezember 2019 bei der M. AG bestehende Versicherung ist trotz Geltung des Territorialitätsprinzips (vgl. [§ 30 SGB I](#)) gemäß Art. 5b der Verordnung – VO (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29.04.2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (VO <EG> 883/2004) einer deutschen Versicherung gleichzustellen (so für einen vergleichbaren Fall auch: LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 13.05.2020 – [L 4 KR 1252/20 ER-B](#) –, juris, Rn. 28).

Der Anwendungsbereich dieser VO ist vorliegend eröffnet. Nach Art. 2 Abs. 1 VO (EG) Nr. 883/2004, welche seit dem 01.04.2012 auch für die Schweiz anwendbar ist (*Anhang II des Abkommens zwischen der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten einerseits und der Schweizerischen Eidgenossenschaft andererseits über die Freizügigkeit – Abkommen –*) gilt die VO für Staatsangehörige eines Mitgliedstaats, Staatenlose und Flüchtlinge mit Wohnort in einem Mitgliedstaat, für die die Rechtsvorschriften eines oder mehrerer Mitgliedstaaten gelten oder galten, sowie für ihre Familienangehörigen und Hinterbliebenen. Die Klägerin ist als Empfängerin von deutschen und schweizerischen Rentenleistungen den Rechtsvorschriften beider Systeme der sozialen Sicherheit unterworfen. Die begehrte Krankenversicherung betrifft einen Zweig der sozialen Sicherheit in Gestalt der Leistungen bei Krankheit, mithin den sachlichen Anwendungsbereich nach Art. 3 Abs. 1a VO (EG) 883/2004. Schließlich betrifft die zu klärende Frage der Berücksichtigung oder Nichtberücksichtigung eines vorherigen Versicherungsverhältnisses in der Schweiz auch einen grenzüberschreitenden Sachverhalt (*Art. 1 Nr. 1 i.V.m. Abschnitt A Nr. 1 des Anhangs II des Abkommens*). Deutschland ist auch zuständiger Mitgliedstaat im Sinne dieser Vorschrift, da auf die Klägerin als ansonsten wirtschaftlich inaktive Bezieherin einer deutschen Rente das Wohnstaatsprinzip Anwendung findet (*Art. 11 Abs. 3e VO (EG) 883/2004*).

Nach Art. 5b VO (EG) 883/2004 berücksichtigt ein Mitgliedstaat die in einem anderen Mitgliedstaat eingetretenen entsprechenden Sachverhalte oder Ereignisse (*hier: die jahrzehntelange, seit 1984 bestehende, private Krankenversicherung in der Schweiz*), als ob sie im eigenen Hoheitsgebiet eingetreten wären, wenn nach den Rechtsvorschriften dieses zuständigen Mitgliedstaats der Eintritt bestimmter Sachverhalte oder Ereignisse Rechtswirkungen hat. Für die Frage, welche Versicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V](#) „zuletzt“ bestanden hat, sind Sachverhalte, die in anderen Mitgliedstaaten verwirklicht wurden, zu berücksichtigen. Daher ist die „zuletzt“ bei der M. AG bestehende private Krankenversicherung als letzte Versicherung unter europarechtlichen Gesichtspunkten zu berücksichtigen. Andernfalls ließe man einen „Systemwechsel“ zu, den die Auffangregelung in [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) gerade vermeiden will (*LSG Baden-Württemberg a.a.O. Rn. 32 m.w.N.*).

Letzterer Gesichtspunkt steht zur Überzeugung des Senats im Einklang mit den Motiven des Gesetzgebers, wenn in der Begründung zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz ([BT-Drs. 16/3100, S. 94](#)) ausgeführt ist: „Bei Auslandsrückkehrern, insbesondere solchen im Rentenalter, richtet sich die Zuordnung zur privaten oder zur gesetzlichen Krankenversicherung nach dem Status, den sie aufgrund ihrer zuletzt

ausgeübten Berufstätigkeit im Ausland gehabt haben.“

Soweit die Klägerin demgegenüber auf eine – den Senat ohnehin nicht bindende – Informationsschrift des BMG hinweist, steht dieser jedenfalls die – maßgebliche – Begründung des Gesetzgebers entgegen. Im Übrigen betrifft diese Veröffentlichung nach ihrer eigenen Überschrift Fälle, in denen Personen aus dem Ausland zugezogen sind. Dies trifft gerade auf die Klägerin, die ihren Wohnort immer in Deutschland hatte und nur ihren Beschäftigungsort im Ausland, nicht zu. Die Informationsschrift steht zudem im engen zeitlichen Zusammenhang zum Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes zum 01.04.2007, mit welchem insbesondere eine allgemeine Krankenversicherungspflicht normiert wurde und soll erkennbar nur Unklarheiten beseitigen, die zu diesem Zeitpunkt bei Personen bestanden, die aus dem Ausland zugezogen waren, aber keine Aussagen zu späteren Sachverhalten machen.

b) Entgegen der Auffassung der Klägerin handelt es sich bei der Versicherung bei der M. AG auch der Sache nach um eine private Versicherung. Eine Einordnung als gesetzliche Versicherung i.S. des SGB V scheidet bereits deshalb aus, weil die M. AG keinen staatlichen Träger – weder in der Schweiz, noch in Deutschland – hat. Die abgedeckten Leistungen entsprachen auch nicht dem Leistungsbild der deutschen GKV, dies bereits deshalb, weil es an dem für die GKV prägenden Sachleistungsprinzip fehlt. Es fand vielmehr, wie für die PKV typisch, jeweils eine Abrechnung im Wege der Kostenerstattung statt. Dass insoweit der Arbeitgeber der Klägerin zwischengeschaltet war und diese nicht direkt mit dem Versicherer abrechnete, begründet keine andere Wertung. Auch bei dem Arbeitgeber handelte es sich erkennbar nicht um eine staatliche Stelle/ einen staatlichen Träger, sondern um eine juristische Person des Privatrechts.

Der Klägerin ist allerdings zuzugestehen, dass nicht sie, sondern ihre Arbeitgeberin, ggf. eigeninitiativ und ohne Rücksprache mit ihr, den Gruppenvertrag mit der M. AG schloss und dass dementsprechend auch nicht die Klägerin, sondern die Arbeitgeberin Versicherungsnehmerin war (*daher auch die Abrechnung der Krankheitskosten über diese*). Dies macht die Versicherung jedoch nicht zu einer gesetzlichen Versicherung.

Die Klägerin hat die Handhabung durch ihre Arbeitgeberin auch jahrzehntelang widerspruchlos hingenommen und – unabhängig davon, ob dies rechtlich möglich gewesen wäre – weder versucht, sich im Februar 1984 in der deutschen GKV freiwillig weiterzuversichern, noch bei Rentenbeginn 2004 oder bei Inkrafttreten der allgemeinen Krankenversicherungspflicht im April 2007 einen Systemwechsel herbeizuführen.

Vielmehr führte sie, was zur Überzeugung des Senats nicht zuletzt von maßgeblicher Bedeutung ist, die Versicherung nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses mit der Y. AG auf eigene Kosten als „Anschlussversicherung“ fort und zahlte die Versicherungsbeiträge.

c) Der Senat vermag auch keinen normativ-rechtlichen Anknüpfungspunkt dafür zu erkennen, die jahrzehntelange vollumfängliche (mithin insbesondere nicht als reine Auslandsrankenversicherung ausgestaltete) privatrechtliche Absicherung im Krankheitsfall, wenn auch (jedenfalls bis zum Ende des Beschäftigungsverhältnisses) nur als Begünstigte und nicht als Versicherungsnehmerin, bei der M. AG mit deren Ende gleichsam als rechtliches „Nullum“ zu betrachten und an die vormalige Mitgliedschaft bei der Beklagten anzuknüpfen, die nur bis Januar 1984 bestand. Dem steht bereits die bewusste Entscheidung der Klägerin für die Fortsetzung der zunächst an das Arbeitsverhältnis geknüpften Kranken- und Unfallversicherung bei der M. AG auf eigene Kosten entgegen.

d) Soweit die Klägerin auf Hinweise der gesetzlichen Krankenkassen sowie des Deutschen Akademischen Austauschdienstes im Internet zur Krankenversicherung bei Rückkehr aus dem Ausland Bezug nimmt, übersieht sie erneut, dass eben keine Auslandsrückkehr i.S. eines Wohnortwechsels vorliegt. Zudem ist der Senat an eventuelle fehlerhafte Hinweise auch der gesetzlichen Krankenkassen naturgemäß nicht gebunden.

Insoweit unterscheidet sich die Situation der Klägerin auch von derjenigen der Reiseleiter/innen, die mit Aufnahme in den Gruppenvertrag ihren Wohnsitz im Ausland genommen hatten. Daher mag es sein, dass viele ihrer Kollegen bzw. Kolleginnen, wie behauptet, in die GKV zurückkehren konnten; ihre Situation war dann vermutlich eine andere. Einen "Anspruch auf Gleichbehandlung im Unrecht" kennt die Rechtsordnung im Übrigen nicht (*etwa BSG, Urteil vom 21.03.2012 – B 6 KA 22/11 R –*, [BSGE 110, 269-287](#), Rn. 69).

II. Über einen Anspruch der Klägerin auf Aufnahme in die freiwillige GKV hat die Beklagte mit den angefochtenen Bescheiden keine Entscheidung getroffen, so dass der entsprechende Klageantrag bereits unzulässig ist. Jedenfalls ist keiner der die freiwillige Versicherung regelnden Tatbestände des [§ 9 Abs. 1 SGB V](#) erfüllt. Die Klägerin selbst trägt der Sache nach hierzu auch nichts vor. Der Fall des Endes einer Versicherungspflicht bzw. einer Familienversicherung liegt nicht vor, sodass auch eine obligatorische Anschlussversicherung nach [§ 188 Abs. 4 SGB V](#) ausscheidet.

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

Der Senat hat die Revision nach [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#) wegen grundsätzlicher Bedeutung der Rechtssache zugelassen.

Rechtskraft
Aus
Saved
2024-08-20