

L 9 KR 583/16

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
9
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 182 KR 1369/14
Datum
06.12.2016
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 9 KR 583/16
Datum
08.05.2019
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 06. Dezember 2016 wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt für die Zeit seines Aufenthalts in S ab dem 01. Dezember 2010 die beitragsfreie Mitgliedschaft in der Krankenversicherung und Rückzahlung der bereits erbrachten Beiträge sowie die Kostenerstattung für Leistungen der Zahnbehandlung.

Der Kläger ist am 1948 geboren und bezieht – soweit aktenkundig - seit mindestens Juli 2010 eine Altersrente für schwerbehinderte Menschen durch die Deutsche Rentenversicherung (DRV) Bund. Seitdem ist er auch in der Krankenversicherung der Rentner versichertes Mitglied der Beklagten. Außerdem erhält er Leistungen der betrieblichen Altersversorgung von der Frankfurt am Main und von der Er lebte in den Jahren 2008 bis Mitte 2015 in S (behördliche Rück-Meldung nach Deutschland am 20. November 2015). Die Beklagte unterzog für die Zeit ab dem 01. Dezember 2010 auch die Leistungen der betrieblichen Altersversorgung und der Pensionskasse der Beitragspflicht. Ein gegen die entsprechenden Bescheide geführtes Widerspruchs- und Klage- sowie Berufungsverfahren, welches sich auch auf die Erstattung von Beiträgen bezog, hatte keinen Erfolg (Urteil des 1. Senates des LSG Berlin-Brandenburg vom 11. Juli 2014, [L 1 KR 10/14](#), rechtskräftig).

Mit einer weiteren "negativen Feststellungsklage" (vom 16. Oktober 2014) beehrte der Kläger die Feststellung des Nichtvorliegens einer "Zwangsmitgliedschaft" für die Dauer seines Aufenthaltes in S bei der Beklagten, gegebenenfalls unter der Maßgabe der Beibehaltung des Status einer beitragsfrei gestellten Mitgliedschaft in der Krankenversicherung der Rentner mit der jeweiligen Folge der Beitragsrückerstattung. Er sah sich durch die Erhebung von Beiträgen durch die Beklagte für die Zeit seines Auslandsaufenthaltes in seinen Rechten verletzt. Das Sozialgericht Berlin wies die Klage mit Gerichtsbescheid vom 14. Februar 2017 ab, die dagegen erhobene Berufung wies der Senat mit Urteil vom 10. Januar 2018 zurück (Az.: [L 9 KR 149/17](#)). Zur Begründung wies der Senat darauf hin, die Feststellungsklage sei unzulässig, weil das Versicherungsverhältnis und insbesondere die Beitragsforderung der Beklagten durch Verwaltungsakte geregelt seien, welche sämtlich bestandskräftig seien. Vorrangig hätte der Kläger ihm missliebige Entscheidungen der Beklagten mit der Anfechtungsklage angreifen müssen. Im bereits rechtskräftig abgeschlossenen Verfahren [L 1 KR 10/14](#) habe er dies ohne Erfolg unternommen. Im Übrigen bestehe kein Anhaltspunkt dafür, dass der Kläger im streitigen Zeitraum nicht bei der Beklagten als Rentner pflichtversichert in der Versicherung der Rentner sei. Seine Mitgliedschaft habe er im Zuge eines Kassenwechsels im Jahre 2010 selbst beantragt. An ihrem Fortbestehen ändere sich durch seinen vorübergehenden Auslandsaufenthalt nichts. Bereits der 1. Senat des LSG Berlin-Brandenburg habe den Kläger auf die einschlägige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts dazu hingewiesen. Danach bleibe Pflichtversicherter in der Krankenversicherung der Rentner, wer als Bezieher ausschließlich deutscher Rente in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union verziehe. Das Urteil des Bundessozialgerichts sei ausführlich begründet und würdige sowohl das nationale Recht als die einschlägigen europarechtlichen Vorschriften überzeugend. Auch der vom Kläger geltend gemachte Zahlungsanspruch könne vor diesem Hintergrund nicht bestehen, denn seine Beitragszahlungen seien nicht ohne Rechtsgrund erfolgt.

Mit Schreiben vom 25. August 2013 beantragte der Kläger bei der Beklagten das Einverständnis, die Kosten für in S künftig anfallende, akute und nicht planbare zahnärztliche Behandlungen und für Zahnersatz zur Erstattung einreichen zu dürfen. Es sei bekannt, dass der s Versicherungsträger für Erwachsene keine Leistungen für Zahnbehandlung und Zahnersatz erbringe. Da in den entrichteten Beiträgen des Klägers aber Anteile für diese Leistungen enthalten seien, könnten ihm und seiner Ehefrau diese Leistungen wohnortbezogen nicht abgesprochen werden.

Mit Bescheid vom 28. August 2013 teilte die Beklagte dem Kläger mit, bei einem Aufenthalt außerhalb des Geltungsbereiches des Fünften

Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V) entfalle der Leistungsanspruch; anderes gelte, soweit zwischen- oder überstaatliches Recht Ansprüche bei solchen Aufenthalten begründe. Versicherte zahlten ihre Krankenversicherungsbeiträge an die deutsche Krankenkasse weiter, die Sachleistungen erhielten sie von dem zuständigen ausländischen Träger, wie jeder Versicherte vor Ort. Bei einem Aufenthalt in einem EWR-Staat sehe die entsprechende EG-Verordnung eine sogenannte Einschreibung bei dem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung im Aufenthaltsstaat vor. Leistungen würden nach dem tatsächlichen Aufwand abgerechnet, mit Ausnahme einiger Staaten, die sich für die Beibehaltung der Abrechnung nach Monatspauschalen ausgesprochen hätten. Hierzu gehöre auch S. Ab Beginn der Einschreibung sei die Beklagte daher verpflichtet, sowohl für den Kläger als auch seine Ehefrau je Monat der Betreuungszeit einen festgesetzten Pauschbetrag zu zahlen. Im Hinblick auf den zu entrichtenden Pauschbetrag könnten keine zusätzlichen Erstattungsleistungen auf vorgelegte Rechnungen, z.B. für privatärztliche Behandlungen durch deutsche Ärzte im Ausland, gewährt werden, denn dies käme praktisch einer Doppelzahlung gleich. Das gelte auch für (Sach-) Leistungen, die gegebenenfalls nach dem Recht des Aufenthaltsstaates nicht übernommen oder nicht bezuschusst würden. Die Bestimmungen des [§ 13 Abs. 4 SGB V](#) schlossen explizit eine solche Kostenerstattung aus, wenn Behandlungen in einem anderen Staat auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten seien. Bei einem Aufenthalt in Deutschland stehe dagegen weiterhin ein uneingeschränkter Leistungsanspruch über die Krankenversicherungskarte gegen die Beklagte zu.

Der Kläger erhob am 02. September 2013 Widerspruch. Er verwies u.a. darauf, dass für ihn zwischenzeitlich ein Daueraufenthaltsrecht nach 5 Jahren Aufenthalt in S bestehe, der Gleichbehandlungsanspruch des EU-Rechts bestätige den geltend gemachten Anspruch auf Erstattung der Kosten für zahnärztliche Leistungen. Er übersandte eine Kostenrechnung i.H.v. 40,00 EUR vom 18. Dezember 2013 der über die Reparatur einer herausnehmbaren Vollprothese an den Zähnen 22, 24. Diese Reparatur habe keinen Aufschub geduldet. Außerdem mache er seine Augenarztkosten geltend, für die zurückliegenden Jahre (2011 – 2013), Kostenerstattung in Höhe von 1.500,00 EUR pauschal für Flüge und sonstige Aufwendungen sowie für in S geleistete Aufwendungen in Höhe von 200,00 EUR und die ab 2014 tatsächlich anfallenden Aufwendungen (Schreiben vom 16. Februar 2014). Die in Deutschland Versicherten erhielten diese Leistungen ja auch, andere Kassen gewährten sie seinem Wissen nach auch im Ausland. Es liege eine nicht gerechtfertigte Ungleichbehandlung vor. Die Kostenerstattung sei gerechtfertigt, da medizinische und soziale Gründe vorlägen und eine gleichwertige Versorgung gewährleistet sei. Der Anspruch ergebe sich aus der Patientenmobilitätsrichtlinie (Art. 7). In der steuerfinanzierten spanischen Gesundheitsversorgung seien drastische Leistungseinschnitte vorgenommen worden. Seine Einkünfte unterlägen in Seiner höheren Einkommenssteuer als in Deutschland. Seine Wohnortverlegung sei der Grund, weshalb er europarechtswidrig schlechter gestellt werde als ein EU-Rentner, der in Deutschland wohne. Für eine unaufschiebbare Behandlung sei nur eine Kostenerstattung möglich. Die von S errechneten Pauschbeträge seien im Übrigen zu hoch, außerdem flössen Aufwendungen für Illegale mit ein.

Die Beklagte teilte mit Bescheid vom 07. Januar 2014 mit, eine Erstattung der verauslagten Kosten von 40,00 EUR sei nicht möglich. Mit Widerspruchsbescheid vom 11. Juni 2014 wies sie den Widerspruch zurück. Der Kläger habe keinen Anspruch auf Kostenerstattung für Aufwendungen. Diese Auffassung habe das Bundessozialgericht mit Urteil vom 13. Juli 2004 (Az.: [B 1 KR 33/02 R](#)) bestätigt. Danach verdränge der Sachleistungsanspruch den Kostenerstattungsanspruch aufgrund der passiven Dienstleistungsfreiheit aller EU-Bürger.

Der Kläger hat am 29. Juli 2014 Klage gegen die Beklagte zum Sozialgericht Berlin (SG) erhoben. Die Beitragspflicht sei nicht gerechtfertigt, die deutsche gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung müsse beitragsfrei ruhen. Er habe aufgrund seines dauerhaften Wohnsitzes und seiner Steuerpflicht in Spanien einen anderweitigen Rechtsanspruch auf Absicherung im Krankheitsfall. Die Beklagte hätte ferner dafür zu sorgen, dass dem s Träger vom beitragsfreien Ruhen der deutschen Kranken- und Pflegeversicherung Mitteilung gemacht werde und ab diesem Zeitpunkt der s Träger zuständig sei. Hilfsweise müsse dies ab dem 01. März 2013 erfolgen, denn ab Februar 2013 sei das bedingungslose Daueraufenthaltsrecht begründet worden. Er sei unter anderem durch die erfolgte Doppelverbeitragung gezwungen, seine Immobilie in S zu verkaufen und nach Deutschland zurückzukehren.

Mit Urteil vom 06. Dezember 2016 hat das SG die Klage abgewiesen. Trotz des zwischenzeitlich erfolgten Umzugs des Klägers aus S nach P (S-H) sei das Gericht örtlich zuständig. Die Klage, gerichtet auf das beitragsfreie Ruhen der Mitgliedschaft für die Zeit ab dem 01. Dezember 2010 und Erstattung von Beiträgen sowie gerichtet auf Mitteilung an den s Träger, sei unzulässig, weil es dem Kläger am Rechtsschutzbedürfnis fehle. Ein Verwaltungsverfahren über dieses Begehren habe bislang nicht stattgefunden. Gegenstand des Rechtsstreits könne nur die Frage des Leistungsumfanges in der Krankenversicherung während des Aufenthalts des Klägers in S sein. Nur innerhalb dieses Streitgegenstandes habe sich der Antrag des Klägers im Verwaltungsverfahren bewegt, nur darüber habe die Beklagte im Verwaltungsverfahren auch entschieden. Dem Kläger stehe mit der vorherigen Befassung der Beklagten für sein weitergehendes Begehren ein einfacherer Weg zur Verfügung. Dies gelte umso mehr, als für Anfechtungs- und Verpflichtungsklagen die Durchführung eines Vorverfahrens als Klagevoraussetzung gesetzlich vorgeschrieben sei. Aus diesem Grunde sei auch der hilfsweise gestellte Antrag, das beitragsfreie Ruhen der Mitgliedschaft ab dem 01. März 2013 festzustellen, unzulässig. Ohne dass es hierauf ankäme, dürfte es hinsichtlich des Begehrens, die Mitgliedschaft beitragsfrei ruhen zu lassen, auch an einer Rechtsgrundlage fehlen. Ein Ruhen der Mitgliedschaft ohne Beiträge sei gesetzlich nicht vorgesehen. Der Kläger sei als Bezieher einer deutschen Rente pflichtversichert, daran ändere auch sein Aufenthalt in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union nichts. Sofern er vortrage, die Höhe des von S mit Deutschland abgerechneten Pauschbetrages für seine Versorgung entspreche nicht der durchschnittlichen Höhe der in S erbrachten Sachleistungen, übersehe er, dass die von der Beklagten an den aushelfenden Träger gezahlte Pauschale auch die Aufwendungen des Wohnstaates, hier S, für eventuelle Leistungen in einem Drittstaat erfasse. Sofern die Klage des Klägers dahin zu verstehen sein sollte, festzustellen, dass für die Dauer seines nicht nur vorübergehenden Aufenthaltes in S ihm (und seiner Ehefrau) Sachleistungen nach dem Leistungskatalog der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung zustünden und die Beklagte zu verpflichten sei, Kosten für die Erneuerung/Reparatur der herausnehmbaren Vollprothese in Höhe von 40,00 EUR zu erstatten, sei die Klage zulässig, aber unbegründet. Der Kläger habe keinen Anspruch auf Leistungen nach dem Leistungskatalog der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung. Daher scheide auch eine entsprechende Feststellung im Wege der Feststellungsklage ebenso wie eine Erstattung aufgewendeter Kosten für eine zahnprothetische Versorgung in S aus. Im Übrigen werde auf die Ausführungen der Beklagten im Widerspruchsbescheid verwiesen. Das Gericht weise zur Verdeutlichung nochmals darauf hin, dass auch kein Verstoß gegen höherrangiges europäisches Recht vorliege. Das Bundessozialgericht habe bereits entschieden, dass es Versicherte angesichts des gleichzeitigen Gewinns an Freizügigkeit hinzunehmen hätten, dass ihnen im Ausland weder der Form noch dem Inhalt nach identische Ansprüche zustünden.

Gegen das am 16. Dezember 2016 zugestellte Urteil hat der Kläger am 28. Dezember 2016 Berufung eingelegt, mit der er sein Begehren ausdrücklich ohne Einschränkung weiterverfolgt. Er sei durch die nicht zeitnah erfolgte Gerichtsentscheidung und die in S nicht

ausreichende staatliche Gesundheitsversorgung bei gleichzeitig hoher Beitragsleistung in der gesetzlichen Krankenversicherung unter Verweigerung von Kostenerstattung nach deutschem Leistungskatalog zwischenzeitlich gezwungen gewesen, seinen Wohnsitz in S aufzugeben. Seiner Einkommenssituation habe auch die Unwirtschaftlichkeit/Untragbarkeit von Reisekosten zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in Deutschland entgegen gestanden. Die vom Gericht erwähnte Aufwendung für die Reparatur der Vollprothese von 40,00 EUR sei nur eine von vielen Aufwendungen. Sie habe nur als Beweis gedient. Das vom Gericht zitierte Urteil des Bundessozialgerichts vom 13. Juli 2004 behandle einen nicht identischen Sachverhalt. Es sei nicht nachvollziehbar, warum das System der Kostenerstattung mit einem überhöhten Pauschbetrag arbeite, es liege insoweit ein Abrechnungsbetrug zur Bereicherung vor, der einvernehmlich mit der Beklagten erfolge.

Er beantragt sinngemäß,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 06. Dezember 2016 aufzuheben und

1. die Beklagte unter Aufhebung ihrer Bescheide vom 28. August 2013 und vom 07. Januar 2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11. Juni 2014 zu verurteilen, das Einverständnis zur Erstattung der verauslagten Kosten für die während des Aufenthaltes in S angefallenen Zahnbehandlungen zu erteilen sowie die Kosten für eine Zahnbehandlung gemäß der Rechnung vom 18. Dezember 2013 i.H.v. 40,00 EUR zu erstatten,

2. ein beitragsfreies Ruhen der Mitgliedschaft für die Zeit ab dem 01. Dezember 2010, hilfsweise ab dem 1. März 2013 durchzuführen und die zwangsabgeschöpften Beiträge zurückzuzahlen, wobei eine Verrechnung mit in Anspruch genommenen Leistungskosten jedweder Art aus Ausgleichsersatzgründen (Schadensersatz) zu unterbleiben habe, bis zu einer Wohnsitzrückverlegung in den Geltungsbereich des SGB oder seinem Tode,

sowie

3. die Beklagte zu verpflichten, dem s Träger vom beitragsfreien Ruhen der deutschen Kranken- und Pflegeversicherung Mitteilung zu machen, dass ab diesem Zeitpunkt der zuständige Träger das spanische Gesundheitssystem ist.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Mit einer Entscheidung nach Aktenlage haben sich beide Beteiligten einverstanden erklärt.

Wegen des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird im Übrigen auf den Inhalt der Gerichtsakte und des Verwaltungsvorgangs der Beklagten Bezug genommen, der, soweit wesentlich, Gegenstand der Entscheidungsfindung war.

Entscheidungsgründe:

Der Senat durfte nach Aktenlage entscheiden, die Beteiligten haben ihr Einverständnis erteilt ([§ 126 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz - SGG](#)).

Die zulässige Berufung ist nicht begründet. Das SG hat die Klage des Klägers zu Recht abgewiesen. Er hat weder Anspruch auf Erstattung der verauslagten Kosten für eine Zahnbehandlung i.H.v. 40,00 EUR noch auf eine Kostenerstattung für alle in S während seines Daueraufenthaltes durchgeführten Zahnbehandlungen (auch Zahnersatz), speziell ab dem 25. August 2013, dem Tag der Antragstellung.

Die Klage auf Durchführung oder Feststellung einer beitragsfreien Mitgliedschaft bei der Beklagten für die Zeit seines Aufenthaltes in S ist bereits nicht zulässig.

1. Zulässiger Streitgegenstand in der Berufung ist auch das vor dem SG verfolgte Begehren des Klägers, die Beklagte zu einem Einverständnis zur Kostenerstattung zu verpflichten für die bis zu seinem Umzug 2015 angefallenen Kosten für (ergänzende) Zahnbehandlungs-, einschließlich Zahnersatzleistungen, die nicht vom s Träger der Krankenversicherung übernommen wurden sowie die bereits angefallenen 40,00 EUR zu erstatten (Antrag zu 1.). Dieses Begehren hat die Beklagte mit den angefochtenen Entscheidungen in Gestalt des Widerspruchsbescheides abgelehnt. Das SG hat über diesen Streitgegenstand auch ungeachtet der Tatsache entschieden, dass es in seinem Tatbestand allein die Anträge 2. und 3. aufgeführt hat. Zumindest in den Entscheidungsgründen hat es auch über die Klage auf Erstattung von Kosten für die zahnärztliche Behandlung in S in Höhe von 40,00 EUR sowie über die Frage entschieden, ob ein Anspruch auf Kostenerstattung für Leistungen nach dem Leistungssystem der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, die während des Aufenthaltes in S nach dem s System nicht erbracht wurden.

2. Die Klage des Klägers ist hinsichtlich des Antrages zu 1. unbegründet (a.), im Übrigen bereits unzulässig (b.).

a. Er hat weder Anspruch auf Erstattung von 40,00 EUR für die in S durchgeführte und am 18. Dezember 2013 in Rechnung gestellte zahnärztliche Behandlung noch auf Kostenerstattung für (noch ungenannte) weitere, speziell zahnärztliche Behandlungen (einschließlich Zahnersatz) in S ab Antragstellung im August 2013. Zur Vermeidung von Wiederholungen nimmt der Senat auf den Ausgangs- und Widerspruchsbescheid der Beklagten sowie auf die Begründung der erstinstanzlichen Entscheidung Bezug ([§ 153 Abs. 2 SGG](#); [§ 153 Abs. 1 i.V.m. § 136 Abs. 3 SGG](#)). Die Beklagte und das SG haben zutreffend darauf hingewiesen, dass der Kläger keinen Anspruch auf Kostenerstattung für Sachleistungen hat, die er während seines Aufenthaltes in S in Anspruch genommen hat und die von dem dortigen Leistungsträger, der die sog. Leistungsaushilfe zu bewirken hat, nicht gewährt wurden, weil dessen Leistungsgesetze dies nicht vorsehen. Dazu gehören auch Sachleistungen der Zahnbehandlung einschließlich Zahnersatz.

Zu ergänzen bleibt: Ein Anspruch auf Erstattung der Kosten, insbesondere der Zahnbehandlung des Klägers während seines Aufenthaltes in S, folgt auch nicht aus der Richtlinie 2011/24/EU des Europäischen Parlaments und des Rates über die Ausübung der Patientenrechte in der

grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung vom 09. März 2011 (Patientenmobilitätsrichtlinie).

Grundsätzlich haben Versicherte einen Sachleistungsanspruch ([§ 2 Abs. 1 SGB V](#)), welcher von den Krankenkassen im Inland zu erbringen ist und bei einem Auslandsaufenthalt wegen der territorial begrenzten Verantwortlichkeit der gesetzlichen Krankenversicherung ruht. Die insoweit vorrangigen Systeme der Europäischen Union zur Koordinierung nationaler Leistungsansprüche und zur Harmonisierung der grenzüberschreitenden Patientenmobilität gewähren Versicherten, die sich wie der Kläger in S aufhalten, einen Anspruch auf Sachleistung auf der Grundlage des s Rechts als Sachleistungsaushilfe über die europäische Versicherungskarte (EHIC) gem. Art. 19 VO (EG) Nr. 883/2004 bei Bestimmung von Verfahren und Umfang im Einzelnen nach Art. 25 der Durchführungsverordnung VO (EG) Nr. 987/2009 (dazu Bayerisches LSG, Urteil vom 05. Dezember 2017 - [L 5 KR 508/17](#) -, Rn. 26, juris).

Ansprüche auf Kostenerstattung finden sich bei Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in Mitgliedstaaten der Europäischen Union oder Vertragsstaaten des EWR-Abkommens seit dem 01. Januar 2004 in [§ 13 Abs. 4 und Abs. 5 SGB V](#). Es verstößt nicht gegen die Patientenmobilitätsrichtlinie, dass [§ 13 Abs. 4 SGB V](#) die Möglichkeit, sich Gesundheitsleistungen im EU-Ausland gegen Kostenerstattung zu verschaffen, nur für Versicherte eröffnet, für deren Behandlung die Krankenkassen den Leistungsträgern der Gastländer keine pauschalierte Abrechnung der Kosten für die Leistungsaushilfe schulden, also nicht für sog. Residenten, wie den Kläger. Der Kostenerstattungsanspruch des [§ 13 Abs. 4 SGB V](#) ist selbst "geronnenes europäisches Recht". Er wurde in Umsetzung von EuGH-Rechtsprechung zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung u.a. in Auslegung der VO (EG) Nr. 8201/883/2004 geschaffen (Ulmer in: Eichenhofer/v. Koppenfels-Spies/Wenner, [§ 13 SGB V](#) Rn. 91). Die zeitlich später erlassene Patientenmobilitätsrichtlinie gewährt auch Residenten keinen demgegenüber weitergehenden Kostenerstattungsanspruch. Zum einen hat auch mit dieser Richtlinie die entsprechende Rechtsprechung des EuGH eine positivrechtliche europäische Ausformung, aber keine Änderung erfahren (Ehmann/Karmanski/Kuhn-Zuber, Gesamtkommentar, SGB V [§ 13](#) Rn. 10, beck-online). Zum anderen verpflichtet zwar speziell Art. 7 Abs. 1 der Patientenmobilitätsrichtlinie die Mitgliedstaaten, die Kosten zu erstatten, wenn Leistungen in einem anderen Mitglied-Vertragsstaat in Anspruch genommen werden, auf die im Versicherungsstaat ein Anspruch besteht. Dabei bleiben allerdings die Kostenerstattungs Vorschriften der VO (EG) Nr. 8201/883/2004 ausdrücklich unberührt (vgl. Art. 7 Abs. 1). Diese sollen nicht durch die Patientenmobilitätsrichtlinie ausgehebelt werden. Dies zeigt sich an Art. 7 Abs. 2 lit. a) der Patientenmobilitätsrichtlinie. Dieser regelt speziell für Residenten, für die eine Pauschale an den Träger des Wohnortes gezahlt wird, dass der Träger des Wohnortes auch für die Kostenerstattung zuständig bleibt, wenn die Residenten in einem Drittstaat Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen und dass der Versicherungsmitgliedstaat bei ihrer Rückkehr für die Leistungen zuständig ist (Bieback in: Fuchs, Europäisches Sozialrecht, 7. Aufl. 2018, Richtlinie 2011/24/EU - Patientenrichtlinie Art. 7 Rn. 20).

b. Die Klage ist hinsichtlich der unter 2. und 3. verfolgten Anträge, betreffend die Beitragspflicht des Klägers ab Dezember 2010, bereits unzulässig. Das SG hat zu Recht darauf hingewiesen, dass eine Klage, gerichtet auf die Durchführung oder Feststellung einer beitragsfreien Mitgliedschaft bzw. eines Ruhens der Beiträge für die Zeit ab dem 01. Dezember 2010 oder hilfsweise erst ab dem 01. März 2013, bereits deshalb unzulässig ist, weil es für eine Anfechtungs- und Leistungsklage an einem dafür erforderlichen Verwaltungs- und Vorverfahren fehlt. Die Beklagte hat mit den angegriffenen Entscheidungen vom 28. August 2013 und vom 07. Januar 2014 darüber nicht entschieden. Als Feststellungsklage ist das Begehren unzulässig, weil eine vorrangige Gestaltungsklage (gegen entsprechende Bescheide) statthaft wäre.

Darüber hinaus wäre die Klage unbegründet, denn es ist, worauf der Senat den Kläger bereits in der Entscheidung vom 10. Januar 2018 ([L 9 KR 149/17](#)) hingewiesen hat, kein Anhalt dafür ersichtlich, dass der Kläger in dem streitigen Zeitraum nicht bei der Beklagten als Rentner pflichtversichert war. Auf die Entscheidungsgründe nimmt der Senat insoweit Bezug (Seite 7/8 des Urteils vom 10. Januar 2018). Die Mitgliedschaft und die Verpflichtung zur Entrichtung von Beiträgen für die Zeit ab dem 01. Dezember 2010 ergibt sich zudem aus der Entscheidung des 1. Senates des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg vom 11. Juli 2014 in einem Verfahren, welches der Kläger gegen die Beklagte geführt hat ([L 1 KR 10/14](#)).

Aus dem Vorstehenden folgt, dass der Kläger auch keinen Anspruch darauf hat, dass dem spanischen Träger der Leistungen der Krankenversicherung Mitteilung von einer fehlenden Mitgliedschaft oder einer Mitgliedschaft ohne Beitragszahlung gemacht wird.

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2019-08-09