

L 16 KR 509/18

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
16
1. Instanz
SG Köln (NRW)
Aktenzeichen
S 42 KR 160/17
Datum
11.06.2018
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 16 KR 509/18
Datum
12.12.2019
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Köln vom 11.06.2018 wird zurückgewiesen. Der Kläger trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen. Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird auf 38.705,50 Euro festgesetzt.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Zahlung der Kosten eines vollstationären Krankenhausaufenthalts der Beigeladenen; streitig ist, ob die Beigeladene Versicherte der Beklagten (gewesen) ist.

Die am 00.00.1945 geborene Beigeladene, eine deutsche Staatsangehörige, war bis zur dauerhaften Verlegung ihres Wohnsitzes nach Spanien am 28.09.1994 bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert. Anschließend bestand für sie in Spanien bei dem privaten spanischen Versicherungsunternehmen "T N" eine private Krankenvollversicherung. Wegen der Folgen eines Schlaganfalls mit bestehender Demenz wurde sie Anfang Juli 2010 von Angehörigen zur Behandlung und dauerhaften Rückkehr nach Deutschland gebracht, wo sie sich in der Zeit vom 21.07.2010 bis zum 20.01.2011 in vollstationärer psychiatrischer Krankenhausbehandlung im LVR-Klinikum E befand, dessen Träger der Kläger ist.

Versuche der Krankenhausverwaltung, die Kosten der Behandlung von der spanischen Krankenversicherung "Europ Assistance Espana" zu erlangen, wurden nach der nicht begründeten Mitteilung der spanischen Versicherung, dass sie die Kosten nicht begleiche, eingestellt. Der Antrag des Klägers vom Juli 2010 auf Übernahme der Kosten im Rahmen der Nothilfe gemäß [§ 25 SGB XII](#) wurde von der Stadt E unter dem 12.11.2010 abgelehnt. Ein Überprüfungsantrag blieb erfolglos.

Auf den über ihre damalige Betreuerin am 30.10.2010 gestellten Antrag der Beigeladenen, die Durchführung der Auffangpflichtversicherung bei der Beklagten durchzuführen, antwortete die Beklagte unter dem 09.12.2010 wie folgt:

"Antrag auf Mitgliedschaft für Frau S T Sehr geehrte Frau C, Sie stellen im Namen von Frau T einen Antrag auf Mitgliedschaft bei unserer Kasse. Wie Ihnen bereits telefonisch mitgeteilt wurde, können wir diesem Antrag leider nicht entsprechen. Gemäß [§ 5 Abs.1 Nr. 13](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) ist immer die Kasse für die Durchführung der Mitgliedschaft zuständig, bei der zuletzt eine Versicherung bestand. Sie teilten uns mit, dass zuletzt für Frau T eine Mitgliedschaft bei der T, einer privaten spanischen Krankenversicherung, geführt wurde. Da zuletzt innerhalb der EU eine private Krankenversicherung bestand, ist auch nach Rückkehr nach Deutschland wieder ein privates Krankenversicherungsunternehmen zuständig. Eine Aufnahme in die gesetzliche Krankenversicherung ist nicht möglich. Bitte wenden Sie sich an ein privates Krankenversicherungsunternehmen."

Die Beigeladene legte dagegen keinen Widerspruch ein. Sie wurde ab dem 27.12.2010 bei einem privaten Versicherungsunternehmen (H-AG) krankenversichert, nachdem diesem eine Mitgliedschaft von der spanischen Versicherung bestätigt worden war. Die H-AG beglich die Behandlungskosten für den Krankenhausaufenthalt für die Zeit vom 27.12.2010 bis zum 20.01.2011 bis auf einen mit der Beigeladenen vereinbarten Selbstbehalt von 50,00 EUR.

Der Kläger erwirkte sodann bezüglich der noch offenen Behandlungskosten (Zeitraum 21.07.2010 bis 26.12.2010) zuzüglich des von der H-AG nicht gezahlten Eigenanteils einen Vollstreckungsbescheid über 38.705,15 EUR des Amtsgerichts H vom 02.01.2014 gegen die sich auf Mittellosigkeit berufende Beigeladene.

Wegen derselben Forderung wandte sich der Kläger schließlich mit Schreiben vom 28.11.2014 auch an die Beklagte und forderte diese auf, die Durchführung der Auffangpflichtversicherung der Beigeladenen gemäß [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V](#) für die Zeit ab dem 21.07.2010 zu bestätigen und die Übernahme der noch offenen Kosten für den stationären Krankenhausaufenthalt im noch streitigen Teilzeitraum vom 21.07.2010 bis zum 26.12.2010 zu erklären. Die Beklagte lehnte die Kostenübernahme mündlich ab.

Am 29.12.2014 hat der Kläger Klage zum Sozialgericht Köln auf Verurteilung der Beklagten zur Zahlung von insgesamt 38.705,50 EUR erhoben. Er hat die Auffassung vertreten, die Beigeladene sei vom 21.07.2010 bis zum 26.12.2010 gemäß [§ 5 Abs. 1 Satz 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V](#) gesetzlich krankenversichert gewesen. Die sog. Auffangpflichtversicherung sei unabhängig vom Willen der Beteiligten kraft Gesetzes eingetreten. Ihre Durchführung setze auch keine Meldung oder Anzeige des Betroffenen voraus. Dass die Beigeladene keine Beiträge entrichtet habe, führe im vorliegenden Fall nicht zu einem Ruhen ihres Leistungsanspruchs. Denn der streitige Krankenhausaufenthalt sei zur Behandlung einer akuten Erkrankung erforderlich gewesen. Dass die Beigeladene in Spanien privat krankenversichert gewesen sei, stehe der Auffangpflichtversicherung nicht entgegen. Die Beigeladene sei "zuletzt gesetzlich krankenversichert" i.S. des [§ 5 Abs. 1 S. 1 Nr. 13 SGB V](#) gewesen, nämlich bis zum 22.09.1994 bei der Beklagten. Eine (private) Krankenversicherung im Ausland sei nicht zu berücksichtigen. Der Kläger hat sich insoweit auf das Urteil des LSG Saarland vom 16.07.2014 ([L 2 KR 50/11](#)) gestützt.

Die Beklagte hat dem entgegengehalten, dass Versicherungszeiten, die innerhalb der Europäischen Union (EU) zurückgelegt wurden, so zu bewerten seien, als seien sie in Deutschland zurückgelegt worden. Dies gelte auch für die private Krankenversicherung der Beigeladenen bei der T N in Spanien, die damit einer deutschen privaten Krankenversicherung gleichgestellt sei. Dies ergebe sich aus der sog. Sachverhaltsgleichstellung nach Art. 5b der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit vom 29.04.2004 (VO 883/2004/EG).

Die Beigeladene, die sich am Verfahren nicht beteiligt hat, bezieht nach Aktenlage eine Regelaltersrente, erfüllt aber nicht die Voraussetzungen für eine Versicherungspflicht in der Krankenversicherung der Rentner gemäß [§ 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V](#) oder einer Familienversicherung über ihren Ehemann gemäß [§ 10 SGB V](#).

Mit Urteil vom 11.06.2018 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Der Kläger habe gegen die Beklagte keinen Anspruch auf die streitige Vergütung, denn die Beigeladene sei im streitgegenständlichen Zeitraum nicht bei der Beklagten krankenversichert gewesen. Diese habe den Antrag der Beigeladenen auf Durchführung der sog. Auffangpflichtversicherung im hier relevanten Zeitraum ab dem 21.07.2010 gemäß [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V](#) mit bestandskräftigem Bescheid vom 09.12.2010 abgelehnt mit der Folge, dass hierdurch das Rechtsverhältnis zwischen der Beigeladenen und der Beklagten diesbezüglich bindend geregelt worden sei (Hinweis auf [§ 77 SGG](#)). Unabhängig davon lägen aber auch die Voraussetzungen für die Durchführung der Auffangpflichtversicherung bei der Beigeladenen gemäß [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V](#) nicht vor. Denn diese sei bei ihrer Rückkehr aus Spanien im Juli 2010 nicht "zuletzt gesetzlich krankenversichert" i.S. des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V](#) gewesen, sondern privat krankenversichert. Die spanische private Krankenversicherung sei einer deutschen privaten Krankenversicherung gleichzustellen. Das folge aus der Tatbestandsangleichung des Art. 5b VO 883/2004/EG, welcher nach Art. 91 VO 883/2004/EG ab Inkrafttreten der zugehörigen Durchführungsverordnung (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16.09.2009 (VO 987/2009/EG) zum 01.05.2010 gelte und auf den vorliegenden Sachverhalt dementsprechend Anwendung finde. Für die Prüfung der Frage, ob die Beigeladene bei ihrer Rückkehr nach Deutschland im Juli 2010 "zuletzt gesetzlich krankenversichert" i.S. des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V](#) war, habe die Tatbestandsangleichung zur Folge, dass eine private Krankenversicherung im EU-Ausland (hier: Spanien) der Durchführung der Auffangpflichtversicherung entgegenstehe (Hinweis auf LSG Hessen, Beschluss vom 19.07.2011 - 180/11 B ER; LSG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 03.11.2016 - [L 5 KR 213/16](#) - und Just, in: Becker/Kingreen, SGB V, Kommentar, 5. Auflage 2017, § 5 Rn. 67). Den Ausführungen des LSG Saarland (Urteil vom 16.07.2014.), wonach die Rechtswirkung des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) als rein nationalem Sachverhalt einer Tatbestandsangleichung nicht zugänglich sei, sei nicht zu folgen. Weder sei zu erkennen, dass die Anwendung der Tatbestandsangleichung im vorliegenden Fall zu einem sachlich nicht zu rechtfertigenden Ergebnis führe, noch bestehe eine freizügigkeitshemmende Wirkung. Den Betroffenen stehe seit dem 01.01.2009 gemäß [§ 12 Abs. 2](#) Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) der Weg in den am Leistungsumfang der GKV orientierten Basisstarif der privaten Krankenversicherung offen.

Gegen das am 20.07.2018 zugestellte Urteil hat der Kläger am 03.08.2018 Berufung eingelegt. Zur Begründung führt er aus: Eine Bindungswirkung des Schreibens der Beklagten vom 09.12.2010 sei weder gegenüber der Beigeladenen noch gegenüber ihr eingetreten. Das Schreiben stelle schon keinen Verwaltungsakt dar, weil die Beklagte darin lediglich schildere, warum aus ihrer Sicht die Durchführung einer Mitgliedschaft in der deutschen GKV ausscheide. Auf den konkreten Antrag der Beigeladenen bzw. deren Betreuerin gehe die Beklagte im Schreiben nicht ein. Auch sei keine Rechtsbehelfsbelehrung erfolgt. Selbst wenn ein Verwaltungsakt ergangen wäre, könne nach seiner Auffassung eine Bindungswirkung nach [§ 77 SGG](#) ihm gegenüber nicht eingetreten sein. Die Versicherteneigenschaft trete unmittelbar kraft Gesetzes ein. Die Entscheidung über die Versicherteneigenschaft durch Verwaltungsakt seitens der Beklagten unterlaufe den Sinn und Zweck des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#). Im Übrigen sei anerkannt, dass die Bindungswirkung des [§ 77 SGG](#) unter bestimmten Umständen durchbrochen werden könne (Hinweis auf LSG Hamburg, Urteil vom 10.03.2010 - [L 5 AL 2/07](#)). Entgegen der Auffassung des Sozialgerichts sei die Beigeladene auch nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) versichert gewesen (erneute Bezugnahme auf LSG Saarland, Urteil vom 16.07.2014). Es handele sich bei [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) um einen rein nationalen Tatbestand. Das Sozialgericht habe auch verkannt, dass seine Auslegung freizügigkeitshemmend sei.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Köln vom 11.06.2018 zu ändern und die Beklagte zu verurteilen, an ihn 38.705,50 Euro nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz ab dem 29.12.2014 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verteidigt das angefochtene Urteil. Ihr Schreiben vom 09.12.2010 erfülle die Anforderungen an einen Verwaltungsakt, insbesondere bestehe eine Regelungswirkung. Die Bindungswirkung des [§ 77 SGG](#) sowie die auch vom Kläger zu beachtenden Tatbestandswirkung des

Verwaltungsaktes vom 09.12.2010 sei auch nicht ausnahmsweise durchbrochen. Von einem offensichtlich fehlerhaften Verwaltungsakt könne nicht die Rede sein. Im Übrigen existiere auch obergerichtliche Rechtsprechung, die anders als das saarländische LSG entschieden habe. (Hinweis auf Beschluss des sächsischen LSG vom 08.03.2010 - L [1 KR 93/09](#) B ER). Die Auffassung des LSG für das Saarland, wonach die Tatbestandsgleichstellung nicht zu ungerechtfertigten Ergebnissen führen dürfe, könne inhaltlich nicht überzeugen. Ein Kostenerstattungsanspruch bestehe nach alledem nicht, weil die Beigeladene im streitigen Behandlungszeitraum nicht bei ihr versichert gewesen sei.

Die Beigeladene stellt keinen Antrag.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf Inhalt der Streitakten und der Verwaltungsakten des Klägers, der Gegenstand der mündlichen Warnung gewesen ist, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte in Abwesenheit der Beigeladenen verhandeln und entscheiden, weil in der ordnungsgemäß zugestellten Ladung auf diese Möglichkeit hingewiesen worden ist und Anlass zur Vertagung nicht bestanden hat.

Die zulässige Berufung des Klägers ist nicht begründet. Das Sozialgericht hat seine allgemeine Leistungsklage zu Recht abgewiesen. Der Kläger hat gegen die Beklagte keinen Anspruch auf Vergütung der im Zeitraum vom 21.07.2010 bis zum 26.12.2010 in seinem Krankenhaus erfolgten vollstationären Behandlung der Beigeladenen.

Als Grundlage für den geltend gemachten Anspruch kommt allein [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. § 7 Satz 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz und § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz sowie der Anlage 1 des Fallpauschalenkatalogs der G-DRG-Version 2010 und dem Sicherstellungsvertrag in Betracht. Danach entsteht die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten (BSG, st. Rspr., vgl. nur Urteil vom 16.05.2012 - [B 3 KR 14/11 R](#), juris), wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und i. S. d. [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich ist. Der Behandlungspflicht der zugelassenen Krankenhäuser nach [§ 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) steht ein Vergütungsanspruch gegenüber. Der Zahlungsanspruch des Krankenhauses korrespondiert in aller Regel mit dem Anspruch des Versicherten auf Krankenhausbehandlung.

Ein Krankenhausbehandlungsanspruch der Beigeladenen und dem entsprechend auch ein Vergütungsanspruch des Klägers gegen die Beklagte konnte nicht entstehen, weil die Beigeladene im streitigen Zeitraum nicht Versicherte der Beklagten gewesen ist.

Letzteres hat diese bereits mit Bescheid vom 09.12.2010 gegenüber der Beigeladenen entschieden. Entgegen der Auffassung des Klägers handelt sich bei dem genannten Schreiben um einen Verwaltungsakt. Dieser ist gemäß [§ 31 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) jede Verfügung, Entscheidung oder andere hoheitliche Maßnahme, die eine Behörde zur Regelung eines Einzelfalles auf dem Gebiet des öffentlichen Rechts trifft und die auf unmittelbare Rechtswirkung nach außen gerichtet ist. Auch wenn die für einen Verwaltungsakt nicht konstitutive (vgl. Senat, Urteil vom 28.11.2019 - L 16 KR 638/18) Rechtsbehelfsbelehrung fehlt, ist doch für den maßgeblichen Empfängerhorizont der Beigeladenen klar zu erkennen gewesen, dass in ihrem Einzelfall über den Status als Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung als Materie des öffentlichen Versicherungsrechts von der Beklagten eine Regelung mit verbindlicher Außenwirkung zwischen ihnen getroffen werden sollte.

Auch wenn die mangels Erfüllung der Voraussetzungen des [§ 5 Abs. 1 Nr. 11](#) hier allein in Betracht kommende Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V](#) kraft Gesetzes eintritt (BSG, Urteil vom 27.01.2010 - [B 12 KR 2/09 R](#), Rn. 13, juris; Felix in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. (Stand: 14.01.2020), § 5, Rn. 92), war die Beklagte zu dieser (negativen) Statusentscheidung befugt, ohne dass der Kläger hieran zu beteiligen war (BSG, Urteil vom 24.03. 2016 - [B 12 KR 6/14 R](#) -, SozR 4-2500 § 5 Nr. 27, juris).

Diesen Verwaltungsakt hat die Beigeladene nicht angefochten, so dass er gemäß [§ 77 SGG](#) Bindungswirkung zwischen den damaligen Beteiligten des Verwaltungsverfahrens (jetzige Beigeladene und Beklagte) hat. Der Kläger ist zwar nicht Beteiligter ([§ 12 SGB X](#)) jenes Verwaltungsverfahrens gewesen, gleichwohl hat die Entscheidung der Beklagten ihm gegenüber Drittwirkung, weil diese im Rahmen ihrer hoheitlichen Befugnisse und auch nicht unter offensichtlichem Verstoß gegen geltendes Recht erfolgt ist (vgl. Jansen SGG, 4. Aufl. 2012 § 141 Rn. 42 ; z.B. Nichtbestehen eines Versicherungsverhältnisses in der Krankenversicherung, BSG, Urteil vom 24.09.1996 - [1 RK 1/96](#) -, [BSGE 79, 128-132](#), [SozR 3-1300 § 111 Nr 5](#) m.w.N.; anders bei Erstattungsansprüchen nach [§ 102](#) ff. SGB X, weil es sich dabei um originäre, nicht von der Rechtsposition des Leistungsberechtigten abgeleitete Ansprüche handele, BSG, Urteil vom 20.03.2018 - [B 2 U 16/16 R](#); Urteil vom 13.12.2016 - [B 1 KR 29/15 R](#) -, beide unter juris). Dem Kläger hätte es daher zur Durchsetzung seiner Rechtsauffassung obliegen, auf die Beigeladene im Rahmen derer Mitwirkungspflichten ([§§ 60](#) ff. SGB I) dahin einzuwirken, bei der Beklagten einen Überprüfungsantrag ([§ 44 SGB X](#)) bezüglich des bestandskräftigen Statusbescheides zu stellen (vgl. BSG, Urteil vom 24.03.2016, a.a.O., Rn. 29).

Unabhängig davon steht es zur Überzeugung des Senats fest, dass die Voraussetzungen des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V](#) im Zeitpunkt der Wiedereinreise der Beigeladenen in die Bundesrepublik Deutschland im Juli 2010 nicht erfüllt waren.

Nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V](#) sind versicherungspflichtig Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und zuletzt gesetzlich krankenversichert waren.

Hier ist bereits in Zweifel zu ziehen, ob die Beigeladene tatsächlich "keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall" (zu diesem Begriff BSG, Urteil vom 06.10.2010 - [B 12 KR 25/09 R](#) -, Rn. 13, juris) hatte, als sie sich in die Behandlung durch das Krankenhaus des Klägers begab. Denn für die Beigeladene hatte unmittelbar zuvor unzweifelhaft eine private Krankenversicherung in Spanien bestanden und anhand der Akten lässt sich ein nachvollziehbarer Tatbestand für eine Beendigung dieser Versicherung nicht entnehmen. Die insuffizienten und letztlich erfolglosen Versuche des Krankenhauses, eine spanische Krankenversicherung in die Pflicht zu nehmen, haben jedenfalls einen solchen Sachverhalt nicht herausgearbeitet (zur das Krankenhaus treffenden Beweislast s. LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 11.05.2017 - [L 9 KR 494/14](#) -, juris), wobei offen bleiben kann, ob man sich überhaupt an die richtige Versicherung gewandt hat.

Bestand aber Versicherungsschutz aus einer spanischen Krankenversicherung, existierte eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall, die bereits den Eintritt der Versicherungspflicht nach [§ 15 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) ausschloss (vgl. BSG, Urteil vom 20.03.2013 - [B 12 KR 14/11 R](#) -, juris).

Auch wenn man aber unterstellt, dass für die Beigeladene aus der spanischen Krankenversicherung keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall (mehr) bestanden hat, scheidet eine Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V](#) jedenfalls deshalb aus, weil die Beigeladene nicht zuletzt gesetzlich krankenversichert gewesen ist. Die spanische private Versicherung der Beigeladenen ist nämlich die letzte maßgebliche Krankenversicherung im Sinne des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V](#).

Nach Art. 5 Buchst. b der VO(EG) 883/2004, die am 01.05.2010 in Kraft getreten ist (mit dem Inkrafttreten der Durchführungsverordnung Nr. 987/2009 vom 16.09.2009 zur VO(EG) 883/2002) gilt, sofern in dieser Verordnung nichts anderes bestimmt ist, unter Berücksichtigung der besonderen Durchführungsbestimmungen: Hat nach den Rechtsvorschriften des zuständigen Mitgliedstaates der Eintritt bestimmter Sachverhalte oder Ereignisse Rechtswirkungen, so berücksichtigt dieser Mitgliedstaat die in einem anderen Mitgliedstaat eingetretenen entsprechenden Sachverhalte oder Ereignisse, als ob sie im eigenen Hoheitsgebiet eingetreten wären.

Zur Überzeugung des Senats kann jedenfalls unter der Geltung des hier anwendbaren Art. 5 Buchst. a der VO(EG) 883/2004, nicht zweifelhaft sein, dass eine Gleichstellung der Tatbestände in Spanien (hier spanische private Vollversicherung) zu erfolgen hat (vgl. Schuler in Fuchs, Europäisches Sozialrecht, 7. Aufl. 2018, Art. 5 VO(EG) 883/04 Rn. 11; Hessisches LSG, Beschluss vom 19.07.2011 - [L 1 KR 180/11 B ER](#) -, juris). Das hat bereits das Sozialgericht im angefochtenen Urteil ausführlich und überzeugend ausgeführt, so dass der Senat gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) zur Vermeidung von Wiederholungen auf dessen Entscheidungsgründe Bezug nimmt.

Der Berufungsvortrag des Klägers ist nicht geeignet, den sorgfältig begründeten Rechtsstandpunkt des Sozialgerichts in Frage zu ziehen. Vielmehr ist darauf hinzuweisen, dass namentlich das Urteil des saarländischen LSG, auf das sich der Kläger unverändert stützen möchte, auch den erkennenden Senat nicht zu überzeugen vermag. Die Argumentation des LSG für das Saarland, das sich auf den Erwägungsgrund Nr.12 der Verordnung bezieht ("Im Lichte der Verhältnismäßigkeit sollte sichergestellt werden, dass der Grundsatz der Gleichstellung von Sachverhalten oder Ereignissen nicht zu sachlich nicht zu rechtfertigenden Ergebnissen oder zum Zusammentreffen von Leistungen gleicher Art für denselben Zeitraum führt") und ein ungerechtfertigtes Ergebnis annimmt, wenn eine Pflichtversicherung nach [§ 5 Abs.1 Nr. 13 Buchst. a SGB V](#) an einer zwischenzeitlich im EU-Ausland erfolgten Privatversicherung scheitert, ist ersichtlich zu vordergründig. Denn der Versicherte, der lange als Privatpatient im Ausland gelebt hat, möchte u.U. auch in Deutschland weiter privat versichert bleiben, was ihm gegebenenfalls nach dem Standpunkt des saarländischen LSG zu verwehren wäre. Ob im Einzelfall das Ergebnis der Gleichstellung der Versicherungstatbestände gewünscht ist, kann aber nicht für die Frage der grundsätzlichen Gleichstellung von Auslandssachverhalten nach Art. 5 der VO(EG) 883/2004 maßgeblich sein. Das gilt hier umso mehr, als der Kläger letztlich möchte, dass seine Auffassung von dem, was aus seiner Sicht als Leistungserbringer günstig ist, zugrundegelegt wird. Zu Recht kritisieren Heinert/Wendtland (ZESAR 2015,414 - 421) die Entscheidung des LSG für das Saarland und weisen darauf hin, dass dessen Urteil gegen die herrschende Meinung ergangen ist (a.a.O. Fn. 27 mit Hinweisen u.a. auf die Entscheidungen des EuGH zum Kinderbetreuungsgeld bzw. zu Kindererziehungszeiten in den Sachen Klöppel ([C-507/06](#)) und Elsen ([C-135/99](#)), beide bereits zur VO 1408/71 EG). Eine Beeinträchtigung der Freizügigkeit, wie sie der Kläger behauptet, sieht der Senat durch die Tatbestandsangleichung nicht, denn nicht an den Aufenthalt im Ausland wird angeknüpft, sondern an die Art der dort durchgeführten Krankenversicherung (vgl. Heinert/Wendtland a.a.O. S. 421). Im Übrigen hat das Sozialgericht zutreffend darauf hingewiesen, dass den Betroffenen seit dem 01.01.2009 gemäß [§ 12 Abs. 2 VAG](#) der Weg in den am Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung orientierten Basistarif der privaten Krankenversicherung offensteht.

Der Senat weist schließlich darauf hin, dass sich der Kläger mit seinem Vortrag, die Beigeladene sei Versicherte der Beklagten (gewesen), in Widerspruch zu der Tatsache setzt, dass er wegen derselben Behandlungskosten bereits gegenüber der Beigeladenen selbst vorgegangen ist, denn eine solche unmittelbare Inanspruchnahme der Patientin setzt voraus, dass sie nicht Versicherte gewesen ist. Ferner erschließt sich nicht, wie der Kläger erklären könnte, dass die Beigeladene nach ihrer Wiedereinreise erst in der GKV versichert war und trotz (angeblicher) Versicherungspflicht in der GKV nach [§ 13 Abs. 1 Nr.13 Buchst. a SGB V](#) ab 27.12.2010 Versicherte der privaten Krankenversicherung hätte werden können. Ersichtlich hat der Kläger ohne weiteres hingenommen, dass die H-AG das Versicherungsverhältnis erst ab Vorlage der Bestätigung der spanischen Vorversicherung hat beginnen lassen und entsprechend Behandlungskosten übernommen hat, obwohl die gesetzliche Verpflichtung zum Abschluss einer Krankheitskostenversicherung gemäß [§ 193 Abs. 3 VVG](#) - fehlenden Krankenversicherungsschutz aus der spanischen Krankenversicherung unterstellt (s.o.) - ab Begründung des Wohnsitzes im Inland bestanden hat.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 2 VwGO](#).

Gründe, die Revision zuzulassen ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)), sind nicht gegeben.

Die Streitwertfestsetzung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§§ 63, 52 Abs. 3, 47 Abs. 1 Satz 1 GKG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2020-06-22