

L 10 KR 610/20

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
10
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 46 KR 182/17
Datum
24.07.2020
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 10 KR 610/20
Datum
29.03.2023
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 39/23 B
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers zu 2) gegen das Urteil des Sozialgerichts Duisburg vom 24.07.2020 wird zurückgewiesen.

Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Erstattung von in der Zeit vom 14.01.2014 bis 00.00.0000 angefallenen Kosten für die Krankenhausbehandlung der am 00.00.0000 geborenen und 00.00.0000 verstorbenen N., geborene G. (Verstorbene).

Die Kläger sind die Kinder der Verstorbenen.

Die Verstorbene besaß die deutsche Staatsangehörigkeit und ist in Deutschland geboren und aufgewachsen. Vom 01.05.1949 bis 17.03.1951 absolvierte sie eine Schneiderlehre und war in diesem Zeitraum vom 01.05.1949 bis 08.06.1950 bei der S. A. krankenversichert. Bereits ab dem 01.04.1950 begann sie eine Hochschulausbildung und studierte bis zum 16.02.1960 in Z., H. und O. die Fächer Erziehungswissenschaften, Englisch und Deutsch. Vom 01.04.1960 bis 12.11.1963 absolvierte sie ihr Referendariat im Schuldienst in B. und L.. Zwischen dem 15.11.1963 und dem 18.07.1964 wanderte sie nach Südafrika aus, heiratete dort am 00.00.0000 und lebte dort bis zu ihrer Rückkehr nach Deutschland am 13.01.2014. Seit ihrer Rückkehr nach Deutschland lebte sie in der Wohnung des Klägers zu 2). Seit 2005 bezog sie Altersrente aus der Deutschen Rentenversicherung.

Sie litt unter Morbus Raynaud mit schwerster, peripherer arterieller Verschlusskrankheit und befand sich aufgrund der hierdurch bedingten gesundheitlichen Probleme in der Zeit vom 22.01.2014 bis 28.01.2014, 03.02.2014 bis 07.02.2014, 08.03.2014 bis 11.03.2014, 07.04.2014 bis 22.05.2014 und 23.05.2014 bis 00.00.0000 jeweils in stationärer Behandlung. Daneben befand sie sich am 22.05.2014 und 23.05.2014 in Kurzzeitpflege.

Bereits am 13.01.2014 beantragte die Verstorbene die Aufnahme in die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) bei der X. (X.). Hierzu gab sie in einem Fragebogen vom 03.02.2014 an, sie sei vom 00.00.0000 bis Juli 1964 als Familienversicherte in Deutschland über die „I. J.“ privat krankenversichert gewesen. Eine gesetzliche Krankenversicherung habe nicht bestanden. Auch ihre Eltern seien in Deutschland über die „I.-Kasse“ privat krankenversichert gewesen. Mit Bescheiden vom 11./19. 02.2014 lehnte die X. den Antrag ab. Zur Begründung des hiergegen eingelegten Widerspruchs trug die Versicherte vor, sie sei zwar privat krankenversichert gewesen. In ihrer Referendariatszeit sei sie aber auf Probe verbeamtet gewesen und habe sich daher auch privat versichern müssen. Sie habe nie die Wahl gehabt, in die gesetzliche Krankenkasse einzuzahlen.

Am 02.03.2014 beantragte die Verstorbene darüber hinaus die Aufnahme in die Private Krankenversicherung (PKV) im Basistarif bei der Beigeladenen und gab hierbei ebenfalls an, sie sei bis Dezember 1964 familienversichert bzw privat bei der „I. Krankenversicherung“ versichert gewesen. Mit Schreiben vom 27.03.2014 lehnte auch die Beigeladene die Aufnahme der Verstorbenen in ihre Krankenversicherung ab, da kein Nachweis über eine bis Dezember 1964 bestehende private Krankenversicherung vorliege. Die „I. Krankenversicherung“ sei nicht bekannt.

Am 18.02.2014 beantragte die Verstorbene Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) beim Sozialamt der Stadt Y.. Hierzu gab sie fernmündlich an, sie sei aus Südafrika nach Deutschland zurückgekehrt, da sie eine Verletzung am Fuß habe, die in Afrika nicht behandelt bzw operiert werden könne. Sie sei nicht über ihre Rente krankenversichert. Eine Aufnahme in die GKV sei nicht möglich, da sie während einer Ausbildung über ihre Eltern privat versichert gewesen sei. Mit Bescheid vom 10.03.2014 bewilligte die Stadt Y. Leistungen nach dem SGB XII für die Zeit ab 01.02.2014 bis 31.05.2015.

Am 07.04.2014 wurde die Verstorbene aufgrund akuter gesundheitlicher Probleme erneut stationär ins Krankenhaus aufgenommen und stellte am gleichen Tag beim Sozialgericht Duisburg (SG) einen Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung gegen die X. und die Beigeladene mit dem Ziel, die X. und hilfsweise die Beigeladene zu verpflichten, sie seit dem 10.02.2014 vorläufig in die Krankenversicherung aufzunehmen (Az: S 7 KR 310/14 ER).

Am 17.04.2014 beantragte sie einen Behandlungsschein bei der Stadt Y.. Mit Beschlüssen des SG vom gleichen Tage erfolgte die Beiladung der Stadt Y. und deren Verpflichtung, der Verstorbenen im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes Krankenhilfe bis zum 30.06.2014 zu gewähren. Das Krankenversicherungsverhältnis der Versicherten sei ungeklärt. Die abschließende Klärung müsse dem Hauptsacheverfahren vorbehalten bleiben.

Mit Bescheiden vom 29.04.2014 und 07.05.2014 lehnte die Stadt Y. Kostenerstattungsanträge der Verstorbenen vom 22.04.2014 und 30.04.2014 ab, da der Beschluss des SG keine in der Vergangenheit entstandenen Kosten einbeziehe. Mit Bescheid vom 23.05.2014 stellte sie die Leistung der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung ab 01.06.2014 aufgrund verwertbaren Vermögens der Verstorbenen ein. Diese Bescheide wurden bestandskräftig.

Einen am 23.12.2015 durch die Kläger zu 1) und 2) gestellten Überprüfungsantrag gemäß § 44 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) wies die Stadt Y. mit Bescheid vom 05.02.2016/Widerspruchsbescheid vom 30.03.2016 ab, da die Verstorbene weder Leistungsberechtigte noch Bescheidempfangener gewesen seien. Es könne auch keine Sonderrechtsnachfolge im Sinne des § 56 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) anerkannt werden. Gemäß §§ 56, 58 und 59 SGB I könnten lediglich fällige Geldleistungen vererbt werden oder vom Sonderrechtsnachfolger geltend gemacht werden. Vorliegend solle jedoch keine fällige Geldleistung ausgezahlt, sondern eine Ablehnung rückgängig gemacht werden.

Im Rahmen der hiergegen vor dem Sozialgericht Duisburg am 18.04.2016 erhobenen Klage (Az:S 2 SO 204/16) trugen die Kläger vor, sie seien Erben der Verstorbenen geworden und legten hierzu ein Testament vom 17.04.2014 vor.

Mit rechtskräftigem Urteil vom 09.04.2018 wies das SG die Klage ab. Zwar seien die Kläger als Erben der Verstorbenen grundsätzlich berechtigt, einen Überprüfungsantrag zu stellen. Voraussetzung sei jedoch nach § 58 SGB I, dass es sich um fällige Ansprüche auf Geldleistungen handele. Dies sei bei dem Anspruch auf Übernahme der Kosten für eine Krankenhausbehandlung für die Zeit ab 08.03.2014 nicht der Fall. Vielmehr handele es bei dem geltend gemachten Anspruch auf Krankenbehandlung nach § 48 SGB XII gegenüber der Hilfeempfängerin um Hilfe in Form von Sach- und Dienstleistungen. Diese Ansprüche gingen gemäß § 59 SGB I wegen ihrem höchstpersönlichen Charakter nach dem Tod des Berechtigten unter. Selbst wenn die Kläger befugt gewesen seien, einen Überprüfungsantrag zu stellen, habe dieser keine Aussicht auf Erfolg, da die Verstorbene nicht bedürftig gewesen sei. Ein Anspruch auf Kostenübernahme ergebe sich auch nicht aufgrund des Beschlusses des SG in dem Anordnungsverfahren Az:S 7 KR 310/14 ER. Die Beklagte sei ansonsten gehalten eine - mangels Bedürftigkeit - rechtswidrige Leistung zu erbringen, die mit einem Rücknahme- und Erstattungsbescheid nach § 45 SGB X sogleich wieder rückgängig gemacht werden müsse. Zudem seien die im vorliegenden Verfahren geltend gemachten Kosten für die Krankenhausbehandlung für die Zeit ab 08.03.2014 bereits vor Erhebung des einstweiligen

Rechtsschutzverfahrens am 08.04.2014 entstanden.

Bereits mit Schreiben vom 28.07.2016 hatten die Kläger bei der Beklagten die Feststellung beantragt, dass die Verstorbene von Januar 2014 bis zu ihrem Tode pflichtversichert gewesen sei und die Erstattung von Behandlungskosten iHv zunächst 39.037,24 € geltend gemacht. Die Verstorbene sei vom 01.05.1949 bis 08.06.1950 in der S. für den Kreis A. pflichtversichert gewesen. Weitere Nachweise über einen Krankenversicherungsstatus lägen nicht vor. Es liege eine Auffangversicherung gemäß [§ 5 Abs 1 Nr 13](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) vor, die kraft Gesetzes seit Rückkehr der Versicherten nach Deutschland am 14.01.2014 bestanden habe. Anzuknüpfen sei an die letzte in Deutschland bestehende Versicherung. Da diese bei der S. A. im Jahr 1950 bestanden habe, müsse gemäß [§ 174 Abs 5 SGB V](#) die Versicherung bei der Beklagten als deren Rechtsnachfolgerin gewählt werden.

Mit Bescheid vom 23.11.2016 lehnte die Beklagte den Antrag ab. Die Voraussetzungen einer Versicherungspflicht gemäß [§ 5 Abs 1 Nr 13 SGB V](#) seien nicht erfüllt. Ein Kostenerstattungsanspruch aus [§ 56 SGB I](#) oder [§ 13 Abs 3 SGB V](#) bestehe ebenfalls nicht.

Die Verstorbene sei zuletzt vor dem Wegzug ins Ausland nicht gesetzlich krankenversichert gewesen. Nach eigenen Angaben sei sie vielmehr zuletzt über ihre Mutter privat krankenversichert gewesen. In ihrer Referendariatszeit sei sie danach auf Probe verbeamtet gewesen und habe sich daher auch privat versichern müssen. Diese Zeiträume lägen nach der Zeit der Schneiderlehre und der Mitgliedschaft in der S. A.. Darüber hinaus komme die Erstattung der verauslagten Beträge im Rahmen der Sonderrechtsnachfolge gemäß [§ 56 SGB I](#) auch deshalb nicht in Betracht, da sich diese Vorschrift lediglich auf Ansprüche auf Geldleistungen beziehe, während die aufgebrachten Beträge sich auf Rechnungen für Dienst- und Sachleistungen bezögen. Derartige Ansprüche würden gemäß [§ 59 SGB I](#) aber mit dem Tode des Berechtigten erlöschen.

Zur Begründung des hiergegen am 08.12.2016 eingelegten Widerspruchs trugen die Kläger vor, dass Belege für eine bestehende private Krankenversicherung trotz aller Bemühungen nicht hätten gefunden werden können. Der private Krankenversicherer habe deshalb den Abschluss eines privaten Krankenversicherungsvertrages abgelehnt. Nach der beweisbaren Situation sei die Verstorbene zuletzt gesetzlich krankenversichert gewesen, da nur diese Krankenversicherung in Deutschland belegt sei. Der Abschluss einer privaten Krankenversicherung sei in den 1950er und 1960er Jahren nicht notwendig gewesen. Es sei daher durchaus denkbar, dass eine private Krankenversicherung nicht bestanden habe. Es gehe auch nicht um die Geltendmachung von Dienst- oder Sachleistungen. Vielmehr hätten die Kläger die Krankheitskosten übernommen und deshalb einen Geldleistungsanspruch. Für diesen Fall sehe [§ 56 SGB I](#) eine Sonderrechtsnachfolge vor. Der Ehegatte der Verstorbenen sei nie in Deutschland gewesen und komme daher nicht als Berechtigter in Betracht. Jedenfalls seien die Kläger jetzt wieder berechtigt, nachdem auch dieser verstorben sei.

Mit Bescheid vom 25.01.2017 wies die Beklagte den Widerspruch zurück.

Am 16.02.2017 haben die Kläger beim SG Klage erhoben, mit welcher sie die Aufnahme der Verstorbenen für die Zeit ab 14.01.2014 in die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung sowie die Erstattung der vom 14.01.2014 bis 00.00.0000 entstandenen Krankenbehandlungskosten iHv insgesamt 39.733,13 € geltend gemacht haben. Zur Begründung haben sie ausgeführt, sie seien gemäß [§ 56 Abs 1 Nr 2 SGB I](#) als Kinder der Verstorbenen berechtigt, das Verfahren weiterzuführen, weil sie zum Zeitpunkt des Todes mit dieser in einem gemeinsamen Haushalt unter der Anschrift des Klägers zu 2) gelebt hätten.

Sie verfolgten auch Zahlungsansprüche im Sinne des [§ 13 Abs 3 SGB V](#), da die Beklagte Leistungen abgelehnt habe und die Verstorbene bzw die Kläger die Leistungen selbst hätten beschaffen und bezahlen müssen. Versicherungspflicht habe gemäß [§ 5 Abs 1 Nr 13 SGB V](#) bestanden. Es habe kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall vorgelegen. Die Verstorbene habe zwar Leistungen nach dem Vierten Kapitel des SGB XII, nicht jedoch Leistungen der Krankenhilfe erhalten. Zudem seien die Leistungen der Stadt Y. für die Zeit ab 01.06.2014 eingestellt worden. Damit liege der Ausnahmefall des [§ 5 Abs 8a SGB V](#) nicht vor. Es habe sich habe sich letztlich nur das gesetzliche Krankenversicherungsverhältnis in der Zeit vom 01.05.1949 bis 08.06.1950 bei der S. A. ermitteln lassen. Weitere Nachweise über eine gesetzliche oder private Krankenversicherung hätten nicht ermittelt werden können. Entsprechend habe die Beigeladene die Aufnahme der Verstorbenen in die PKV abgelehnt. Nach damaligem Recht sei es auch durchaus möglich gewesen, ohne Krankenversicherungsschutz zu leben. Die Beklagte behaupte insofern ins Blaue hinein, dass die Verstorbene nach dem 17.03.1950 anderweitig krankenversichert gewesen sei. Soweit die Verstorbene selbst vorgetragen habe, sie sei bis zum Zeitpunkt der Übersiedlung nach Südafrika privat krankenversichert gewesen, sei dies zum damaligen Zeitpunkt eine Mutmaßung gewesen. Vielmehr habe sie keine sichere Kenntnis oder gar Nachweise gehabt. [§ 5 Abs 1 Nr 13 SGB V](#) müsse dahingehend ausgelegt werden, dass die Beklagte einen Nachweis für das Bestehen einer privaten Versicherung erbringen müsse. Nach dem Willen des Gesetzgebers solle seit dem 01.04.2007 kein deutscher Staatsangehöriger ohne Krankenversicherungsschutz sein, wenn er sich im Gebiet der Bundesrepublik Deutschland aufhalte. Die gesetzliche Systematik erfordere, dass die Verstorbene entweder im System der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung zu versichern sei. Die Verstorbene sei auch nicht zum Zwecke der Krankenbehandlung eingereist, sondern um zu ihrer Familie zu kommen. Die Krankheit sei zum Zeitpunkt der Einreise erst „relativ klein“ gewesen, habe sich dann aber im Laufe der Monate dramatisch entwickelt.

Die Beklagte hat vorgetragen, dass aufgrund der Einlassung der Verstorbenen im Eilverfahren davon auszugehen sei, dass diese vor ihrer Auswanderung privat krankenversichert gewesen ist. Fraglich sei auch, ob die Kläger als Rechtsnachfolger gemäß [§ 56 SGB I](#) aktivlegitimiert seien. Darüber hinaus sei ein Anspruch gemäß [§ 52a SGB V](#) ausgeschlossen, da die erste ärztliche Behandlung kurz nach der Einreise erfolgt

sei, sodass der Schluss naheliege, dass diese zum Zwecke der Krankenbehandlung erfolgt sei.

Das SG hat die Debeka Krankenversicherungsverein aG durch Beschluss vom 17.02.2020 zum Verfahren beigelegt.

Die Beigeladene hat vorgetragen, dass die Kläger keinen Nachweis für das Bestehen einer privaten Versicherung erbracht hätten. Die dargelegten Umstände sprächen vielmehr für eine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung. Nachweislich sei die Verstorbene zuletzt bei der S. A. gesetzlich versichert gewesen. Die Annahme, dass entweder eine Versicherungspflicht zur GKV oder zur PKV in Betracht komme, lasse zudem unberücksichtigt, dass es daneben mit dem Sozialhilfeträger eine dritte Säule im Sicherungssystem gebe.

Mit Urteil vom 24.07.2020 hat das SG die Klage abgewiesen. Es könne offenbleiben, ob die Kläger gemäß [§ 56 SGB I](#) aktivlegitimiert seien oder der Anspruch gemäß

[§ 52a SGB V](#) ausgeschlossen sei. Einem Anspruch auf Kostenerstattung stehe jedenfalls entgegen, dass ein Versicherungsverhältnis der Verstorbenen gemäß [§ 5 Abs 1 Nr 13 SGB V](#) nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit festgestellt werden könne. Gemäß [§ 5 Abs 1 Nr 13 SGB V](#) seien Personen versicherungspflichtig, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und zuletzt gesetzlich krankenversichert waren (Ziffer a) oder bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren (Ziffer b). Die Versicherungspflicht nach dieser Vorschrift bestehe unabhängig von einem Beitritt oder einer Anzeige kraft Gesetzes. Ein Ausschluss einer entsprechenden Versicherung ergebe sich nicht bereits aus [§ 5 Abs 8a SGB V](#), wonach nicht versicherungspflichtig sei, wer laufende Leistungen nach dem Vierten oder Siebten Kapitel des SGB XII beziehe. Hierbei komme es grundsätzlich auf den tatsächlichen Bezug der Leistung an, nicht darauf, ob ein materieller Anspruch besteht. Die diesbezüglichen Leistungsbescheide seien von Seiten des Sozialamtes der Stadt Y. zumindest für die Zeit ab 01.05.2014 bestandskräftig aufgehoben worden. Darüber hinaus habe auch materiell kein Anspruch auf Leistungen nach dem Vierten Kapitel des SGB XII bestanden. Dass die Verstorbene vor der Wiedereinreise im Jahr 2014 nie eine Krankenversicherung innegehabt habe, hätten weder die Kläger, noch die Verstorbene in dem noch unter eigenem Namen geführten Eilverfahren (Az:S 7 KR 310/14 ER vorgetragen, sodass eine Versicherungspflicht gemäß [§ 5 Abs 1 Nr 13b SGB V](#) ausscheide. Das Gericht könne nicht mit hinreichender Überzeugung feststellen, ob die Verstorbene zuletzt gesetzlich krankenversichert war. Insoweit sei im Rahmen des [§ 5 Abs 1 Nr 13a SGB V](#) bei Rückkehrern aus dem Ausland auf die zuletzt in Deutschland bestehende Versicherung abzustellen.

Die Verstorbene habe in dem og Eilverfahren vorgetragen, dass sie in der Zeit, die sie in Deutschland gelebt habe, über ihre Mutter privat krankenversichert gewesen sei. In der Referendariatszeit sei sie auf Probe verbeamtete gewesen und habe sich privat versichern müssen. Von dem Vortrag hinsichtlich der Existenz einer privaten Krankenversicherung hätten sich die Kläger nunmehr distanziert und vorgetragen, es habe sich damals um eine Mutmaßung gehandelt. Nachweislich stehe lediglich fest, dass während der Schneiderlehre in den Jahren 1949-1950 eine gesetzliche Versicherung bei der Rechtsvorgängerin der Beklagten bestanden habe. Ob ein solches Abweichen vom eigenen Vortrag und Bestreiten mit Nichtwissen im Hinblick auf [§ 138 Abs 4 ZPO](#) zulässig sei, sei zweifelhaft. Die Kammer gehe jedenfalls davon aus, dass sich die tatsächlichen Verhältnisse unmittelbar vor der Ausreise nicht mehr aufklären ließen. Ob die für den Anspruch geltend gemachten maßgeblichen Tatsachen vorliegen oder nicht, entscheide das Gericht nach [§ 128 Abs 1 S 1 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) nach seiner freien, aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens gewonnenen Überzeugung. Soweit die Möglichkeiten zur weiteren Erforschung des Sachverhalts erschöpft seien und sich bestimmte für den geltend gemachten Anspruch relevante Tatsachen nicht zur Überzeugung des Gerichts feststellen lassen würden, würden auch im Sozialrecht die allgemeinen Regeln der objektiven Beweislast greifen. Die Verteilung der (objektiven) Beweislast richte sich nach den gleichen Grundsätzen wie im Zivilprozess, wonach die Folgen der Nichtfeststellbarkeit einer bestimmten Tatsache grundsätzlich derjenige zu tragen habe, der aus dieser Tatsache ein Recht herleiten wolle. Nach den Grundsätzen der Verteilung der objektiven Beweislast gehe die Unbeweisbarkeit einer Tatsache im Zweifel zu Lasten des Beteiligten, der aus ihr eine ihm günstige Rechtsfolge herleite. Nach Auffassung der Kammer bestehe vorliegend keine Beweislastumkehr zugunsten der Kläger dergestalt, dass die Beklagte das Bestehen einer privaten Krankenversicherung zuletzt vor der Ausreise nachweisen müsse. Die Argumentation der Kläger hinsichtlich einer etwaigen Beweislastumkehr beruhe auf der Annahme, dass durch [§ 5 Abs 1 Nr 13 SGB V](#) gewährleistet werden solle, dass im Grundsatz jede Person, die sich ohne Versicherungsschutz in Deutschland aufhalte, entweder Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung oder Mitglied einer privaten Versicherung im Basistarif werden solle. Indes habe der Gesetzgeber keine Beweislastregel eingeführt, welchem System eine Person im Zweifel zugeordnet werden solle. Nach Auffassung der Kammer folge aus der Gesetzessystematik und -begründung auch nicht, dass in die Vorschrift des [§ 5 Abs 1 Nr 13 SGB V](#) eine solche Beweislastregel hinein zu lesen sei. Die Existenz des [§ 5 Abs 8a SGB V](#) zeige vielmehr, dass der Gesetzgeber es durchaus für möglich gehalten habe, dass eine Person keinem der beiden Systeme zwingend zuzuordnen sei. Da es sich bei dem Umstand, dass die Verstorbene zuletzt gesetzlich und damit in der Zeit seit 1951-1964 nicht privat versichert war um eine negative Tatsache handelt, gehe das Gericht allerdings vorliegend von einer abgestuften Darlegungslast aus. Es bestünden aufgrund des unstrittig absolvierten Lehramtsreferendariats unmittelbar vor der Ausreise zumindest konkrete Anhaltspunkte für eine zuletzt bestehende private Versicherung, sodass die Kammer umgekehrt auch nicht davon überzeugt sei, dass die unstrittig im Jahr 1949/1950 während der Schneiderlehre bestehende gesetzliche Versicherung bei der Beklagten die zuletzt innegehabte Versicherung gewesen sei. Auch die Tatsache, dass zuvor ein Studium absolviert wurde, spreche dafür, dass ein Krankenversicherungsverhältnis in irgendeiner Form während des Studiums bestanden haben dürfe. Im Rahmen der abgestuften Darlegungslast- und Beweislast sei es an der Klägerseite vorzutragen, in welcher Form (gesetzlich oder privat) die Verstorbene als ihre Rechtsvorgängerin in Studium und Referendariat krankenversichert war. Denn die Tatsache, mit welchen privaten oder gesetzlichen Versicherungen ein Versicherungsverhältnis in der Vergangenheit bestanden habe, betreffe die eigene Wahrnehmungs- und Verantwortungssphäre des Versicherten. Die Beklagte habe naturgemäß keine Möglichkeiten zu ermitteln, zu welchen privaten Versicherungsunternehmen oder anderen gesetzlichen Krankenkassen die Verstorbene in der Vergangenheit Beziehungen gehabt habe. Aus dem auch im sozialgerichtlichen Verfahren anzuwendenden [§ 138 Abs 4 ZPO](#) folge, dass für solche Tatsachen grundsätzlich der Versicherte darlegungs- und beweispflichtig sei. Von diesen allgemeinen Grundsätzen der Beweislast abzuweichen hätte im Übrigen auch die Folge, dass es der Versicherte durch selektive Herausgabe von Informationen in der Hand hätte, welchem System er im Rahmen des [§ 5 Abs 1 Nr. 13 SGB V](#) zuzuordnen sei. Das gefundene Ergebnis sei auch nicht unbillig. Die Krankenbehandlung der Verstorbenen sei zu jedem Zeitpunkt sichergestellt gewesen. Sofern sie nicht über den Freibeträgen liegendes eigenes Vermögen gehabt

hätte, sei sie Leistungsberechtigte nach dem SGB XII gewesen. Die dies bestätigende Entscheidung des SG vom 10.04.2018 (Az: S 2 SO 204/16) sei rechtskräftig. Es sei der Verstorbenen bzw. den Klägern als Rechtsnachfolgern und Erben zuzumuten gewesen, dieses Vermögen für die Kosten der Krankenbehandlung vorrangig einzusetzen.

Gegen das am 19.08.2020 zugestellte Urteil haben die Kläger am 11.09.2020 Berufung eingelegt. Zur Begründung wiederholen sie ihr bisheriges Vorbringen und tragen ergänzend vor, dass sie gemäß [§ 56 Abs 1 S 1 Nr 2 SGB I](#) aktivlegitimiert seien. Die Verstorbene habe – solange sie nicht im Krankenhaus behandelt werden musste – in der Wohnung des Klägers zu 2) gelebt. Zudem sei sie von den Klägern wesentlich unterhalten worden. Der Ehemann der Verstorbenen habe bis zu seinem Tode am 03.12.2014 in Südafrika gelebt und in Deutschland nicht mit der verstorbenen zusammengewohnt. Die Verstorbene sei auch gemäß [§ 5 Abs 1 Nr 13 SGB V](#) bei der Beklagten pflichtversichert gewesen. Dies ergebe sich aus [§ 5 Abs 1 Nr 13 a SGB V](#), weil die Verstorbene zuletzt bei der Rechtsvorgängerin der Beklagten gesetzlich krankenversichert gewesen sei. Es sei zudem davon auszugehen, dass der Gesetzgeber durch die Schaffung des [§ 5 Abs 1 Nr 13 SGB V](#) einerseits und des [§ 193 Abs 3 und 5 VVG](#) andererseits einen prinzipiell lückenlosen Zugang von deutschen Staatsbürgern zu einem Krankenversicherungsschutz schaffen wollte. Der Aufbau des Gesetzes zwingt zur Entscheidung, ob eine Zuweisung zum System der gesetzlichen Krankenversicherung oder zum System der privaten Krankenversicherung zu erfolgen habe. Diese Frage dürfe nicht offenbleiben. Ansonsten werde der Gesetzeszweck verfehlt. Die Frage der Absicherung im Krankheitsfall dürfe nicht bereits an der Frage scheitern, ob das System der gesetzlichen oder der privaten Krankenversicherung zuständig sei. Ansonsten würden die in [§ 5 Abs 1 Nr 13 SGB V](#) und [§ 193 Abs 3, 5 VVG](#) getroffenen Regelungen, die auf einen umfassenden Versicherungsschutz abzielten, auf ganz eindeutige Fälle „entwertet“. Etwas anderes ergebe sich auch nicht aufgrund der in [§ 5 Abs 8a SGB V](#) getroffenen Regelung. Nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts konkretisiere diese Vorschrift lediglich das Tatbestandsmerkmal „anderweitige Absicherung im Krankheitsfall“ gemäß [§ 5 Abs 1 Nr 1 1. HS SGB V](#). Der Zugang zur gesetzlichen Versicherung gemäß [§ 5 Abs 1 Nr 13 SGB V](#) sei zudem gemäß [§ 5 Abs 8a S 2 SGB V](#) nur für „Empfänger laufender Leistungen“ ausgeschlossen. Ein Empfang von Leistungen liege dann vor, wenn und soweit sie durch einen Verwaltungsakt zuerkannt worden seien. Zwar habe die Stadt Y. mit Bescheid vom 10.03.2014 Leistungen nach dem Vierten Kapitel des SGB XII für die Zeit ab 01.02.2014 bewilligt, diesen Bescheid aber mit Bescheid vom 23.05.2014 für die Zeit ab 01.06.2014 wegen vorhandenen Vermögens wieder aufgehoben. Zudem gelte das Prioritätsprinzip, wonach der zuerst bestehende Schutz bei Krankheit bestehe. Die Klägerin sei bereits am 14.01.2014 nach Deutschland eingereist. Die Stadt Y. habe Leistungen erst ab dem 01.02.2014 gewährt, sodass die Versicherungspflicht gemäß [§ 5 Abs 1 Nr 13 SGB V](#) vorrangig sei. Es reiche auch nicht aus, wenn das Sozialgericht ausführe, die Zuständigkeit der Beklagten sei nicht erwiesen. Maßgebend sei vielmehr, ob ausreichende Hinweise dazu vorliegen, dass für die Verstorbene nach dem Jahr 1951 tatsächlich eine private Krankenversicherung bestanden habe. Diese Hinweise müssten so klar und eindeutig sein, dass eine Inanspruchnahme eines Trägers der privaten Krankenversicherung gerichtsfest möglich wäre. Dies sei nicht der Fall. Es lägen keine objektiven Beweismittel für das Bestehen einer privaten Krankenversicherung vor. Ein Rechtsstreit vor dem Landgericht auf Abschluss einer Krankenversicherung im Basistarif sei damit aussichtslos. Auch die Voraussetzungen des [§ 52a SGB V](#) lägen nicht vor. Diese Vorschrift sei bereits verfassungsrechtlich bedenklich und mit den Grundprinzipien der Sozialversicherung nur schwer vereinbar. Auch lägen die Voraussetzungen dieser Vorschrift aus den bereits genannten Gründen nicht vor.

Die Klägerin zu 1) hat die Klage im Rahmen der mündlichen Verhandlung am 29.03.2023 zurückgenommen.

Der Kläger zu 2) beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Duisburg vom 24.07.2020 und den Bescheid der Beklagten vom 23.11.2016 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25.01.2017 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, die für die verstorbene Frau M. in der Zeit vom 14.01.2014 bis 00.00.0000 entstandenen Behandlungskosten in Höhe von 26.584,92 € zu erstatten,

hilfsweise, die Revision zuzulassen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend und verweist auf ihr erstinstanzliches Vorbringen. Ergänzend trägt sie vor, dass auch Zweifel an ihrer Zuständigkeit auf Grundlage des [§ 174 Abs 3 SGB V](#) bestünden. Die Verstorbene sei nur vom 01.05.1949 bis 31.05.1950 als Schneiderlehrling bei ihrer Rechtsvorgängerin – der S. A. – gesetzlich krankenversichert gewesen. Während der weiteren Zeit der beruflichen Ausbildung vom 01.06.1950 bis 17.03.1951 sei die Verstorbene dann (wohl) Mitglied einer anderen (gesetzlichen) Krankenkasse gewesen. Darüber hinaus erhalte der Versicherungsverlauf der Verstorbenen durchaus erhebliche Anhaltspunkte, die das Bestehen einer PKV der Verstorbenen nach dem 17.03.1951 vermuten ließen. Dort seien für die Zeit vom 01.04.1960 bis 12.11.1963 Pflichtbeitragszeiten aufgrund Nachversicherung enthalten. Hierbei dürfte es sich um Zeiten des Vorbereitungsdienstes der Mutter handeln, welcher seinerzeit regelmäßig

in Gestalt eines Dienstverhältnisses als Beamter bzw. Beamtin auf Widerruf mit entsprechenden Beihilfeansprüchen durchgeführt worden sei.

Die Beigeladene stellt keinen Antrag. Sie trägt vor, dass zumindest feststehe, dass die Verstorbene gesetzlich krankenversichert gewesen sei, sodass [§ 5 Abs 1 Nr 13 a SGB V](#) einschlägig sei. Eine Absicherung in der PKV sei nicht feststellbar, hingegen eine Absicherung in der GKV belegt. Allerdings bestehe auch die Möglichkeit der Absicherung durch den Sozialhilfeträger. Darüber hinaus könne Versicherungsschutz in der PKV frühestens ab dem 04.03.2014 bestehen, da der entsprechende Antrag der Verstorbenen erst an diesem Tage bei der Beigeladenen eingegangen sei.

Der Senat hat Auskünfte des Einwohnermeldeamtes der Stadt Y., der Deutschen Rentenversicherung Bund, der vormaligen Bevollmächtigten der Verstorbenen (Rechtsanwältin E.), des I.-verbandes T., der Bezirksregierung F., des Landesamtes für Besoldung und Versorgung T., der Universität H. und der Universität Z. eingeholt sowie die Verwaltungsakten des Sozialamtes der Stadt Y. und der X. beigezogen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie der Verwaltungsakten der Beklagten, des Sozialamtes der Stadt Y. und der X. Bezug genommen. Diese sind Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Klage ist unbegründet.

Das SG hat die Klage zu Recht als unbegründet abgewiesen. Der angefochtene Bescheid vom 23.11.2016 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25.01.2017 ist rechtmäßig. Der Kläger zu 2) hat keinen Anspruch auf Erstattung der im Zeitraum vom 13.01.2014 bis 00.00.0000 für die Verstorbene entstandenen Behandlungskosten.

Zwar wäre der Kläger zu 2) gemäß [§ 56 SGB I](#) hinsichtlich des geltend gemachten Kostenerstattungsanspruchs nach [§ 13 Abs 3 SGB V](#) aktivlegitimiert (1.). Die Voraussetzungen eines solchen Kostenerstattungsanspruchs können jedoch nicht festgestellt werden (2.).

1. Der Kläger zu 2) ist hinsichtlich eines etwaigen Kostenerstattungsanspruchs hinsichtlich der für die Verstorbene entstandenen Behandlungskosten aktivlegitimiert.

Gemäß [§ 56 SGB I](#) stehen fällige Ansprüche auf laufende Geldleistungen beim Tode des Berechtigten nacheinander

1. dem Ehegatten,
 - 1a. dem Lebenspartner
2. den Kindern
3. den Eltern
4. dem Haus Haushaltsführer

zu, wenn diese mit dem Berechtigten zur Zeit seines Todes in einem gemeinsamen Haushalt gelebt haben oder von ihm wesentlich unterhalten worden sind. Mehreren Personen einer Gruppe stehen die Ansprüche zu gleichen Teilen zu.

Bei dem geltend gemachten Kostenerstattungsanspruch gemäß [§ 13 Abs 3 SGB V](#) handelt es sich um eine laufende Geldleistung im Sinne dieser Vorschrift.

Zu den laufenden Geldleistungen zählen auch Kostenerstattungsansprüche nach

[§ 13 Abs 3 SGB V](#), soweit diese Dienst- oder Sachleistungen ersetzen, die ihrerseits über einen längeren Zeitraum zu gewähren gewesen

wären (vgl BSG, Urteile vom 26.09.2006 – [B 1 KR 1/06 R](#) – in juris Rn 11, vom 03.07.2012 – [B 1 KR 6/11 R](#) – in juris Rn 11 und vom 08.09.2015 – B1KR 14/14 R – amtl Rn 24).

[§ 56 SGB I](#) ist einer weiten Auslegung zugänglich. Die Regelung kann sogar als Basis einer Analogie dienen. Den Begriff der laufenden Geldleistungen, dem der Begriff der „einmaligen“ Geldleistung gegenübersteht, definiert das Gesetz nicht. Nach den Gesetzesmaterialien (Entwurf der Bundesregierung zum SGB I, [BT-Drucks 7/868 S 31](#), zu § 48) handelt es sich um Leistungen, die regelmäßig wiederkehrend für bestimmte Zeitabschnitte gezahlt werden; sie verlieren ihren Charakter nicht dadurch, dass sie verspätet oder als zusammenfassende Zahlung für mehrere Zeitabschnitte geleistet werden. Das kommt auch für alle Kostenerstattungsansprüche nach dem Recht der GKV bei Systemmangel ([§ 13 Abs 3 S 1 SGB V](#); [§ 15 Abs 1](#) Elftes Buch Sozialgesetzbuch) in Betracht. Sie knüpfen daran an, dass der Berechtigte regelmäßig zu einer Vorfinanzierung für mehrere Zeitabschnitte gezwungen ist. Dem Zweck der Sonderrechtsnachfolge in [§ 56 SGB I](#) wird es in besonderem Maße gerecht, diesen Kostenerstattungsanspruch als einen Anspruch auf laufende Geldleistungen anzusehen. Es beschränkt in aller Regel die Lebensführung nicht nur des Leistungsberechtigten, sondern aller Familienangehörigen, die mit ihm in einem gemeinsamen Haushalt leben, wenn Ansprüche auf laufende Geldleistungen nicht rechtzeitig erfüllt werden (vgl [BT-Drucks 7/868 S 33](#) zu den §§ 56 bis 59). Das gilt in gleicher Weise regelmäßig für die Fälle, in denen die Krankenkasse ihre Pflicht zur Naturalleistungsgewährung ([§ 2 Abs 2 § 13 Abs 1 SGB V](#)) nicht erfüllt, der Versicherte sich deshalb die zu beanspruchende Leistung selbst beschafft, vorfinanziert und später die Kostenerstattung von der Krankenkasse erstreitet. Um die dadurch entstandene Benachteiligung auszugleichen, sieht [§ 56 SGB I](#) in Abweichung vom Erbrecht aber in Übereinstimmung mit Vorschriften des bis zum Inkrafttreten des SGB I geltenden Rechts und mit der Funktion solcher Leistungen eine Sonderrechtsnachfolge vor (vgl BSG, Urteil vom 26.09.2006 – B 1 KR 1/06R – in juris Rn 11 mwN).

Kostenerstattungsansprüche nach [§§ 13 Abs 3 S 1 oder 13 Abs 3a S 7 SGB V](#) sind im Rechtssinne auf „laufende“ Geldleistung jedenfalls dann gerichtet, wenn sie eine sich über einen gewissen Zeitraum erstreckende Gesamtbehandlung betreffen. Dies gilt auch für Fälle, in denen zwar eine längere Behandlung geplant und beantragt war, diese dann aber nach erfolgter Diagnostik nicht mehr durchgeführt wurde (vgl BSG, Beschluss vom 01.04.2019 – [B 1 KR 1/19 B](#) – amtl Rn8).

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze handelt es sich bei dem geltend gemachten Kostenerstattungsanspruch der Verstorbenen um „laufende“ Geldleistungen iSd [§ 56 SGB I](#). Die Verstorbene ist – jedenfalls nach ihren eigenen Angaben gegenüber dem Sozialamt – im Wesentlichen nach Deutschland zurückgekehrt, um die bei ihr bestehenden Durchblutungsstörungen bzw deren Folgen zu behandeln. Aufgrund dieser Behandlung waren entsprechende Behandlungsleistungen über einen längeren Zeitraum zu gewähren. Es handelte sich insofern um ein einheitliches Krankheitsgeschehen, welches offensichtlich der fortlaufenden Behandlung bedurfte.

Da nach der unwidersprochenen Auskunft des Einwohnermeldeamtes der Stadt Y. lediglich der Kläger zu 2) und nicht die Klägerin zu 1) zuletzt mit der Verstorbenen in einem Haushalt gewohnt hat, ist auch nur der Kläger zu 2) ggf aktivlegitimiert.

Die Klägerin zu 1) hat dementsprechend auf den Hinweis des Vorsitzenden im Termin zur mündlichen Verhandlung vom 29.03.2023 die Klage zurückgenommen.

2. Die Voraussetzungen eines Kostenerstattungsanspruches der Verstorbenen gemäß [§ 13 Abs 3 SGB V](#) können jedoch nicht festgestellt werden.

Gemäß [§ 13 Abs 3 SGB V](#) sind dem Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung entstandene Kosten von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, wenn die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat, soweit diese Leistung notwendig war.

Dass SG hat in der angefochtenen Entscheidung insoweit zutreffend darauf hingewiesen, dass eine etwaige Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs 1 Nr. 13 SGB V](#) unabhängig von einem Beitritt oder einer Anzeige kraft Gesetzes besteht (vgl auch BSG, Urteil vom 12.01.2011 – B 12 KR 11/09R – in juris). Damit bedarf es weder einer förmlichen Aufnahme der Verstorbenen in die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung noch einer entsprechenden Feststellung durch das Gericht. Da die Versicherungspflicht allein davon abhängt, ob die Voraussetzungen gemäß [§ 5 Abs 1 Nr 13 SGB V](#) vorliegen, und da diese unabdingbare Voraussetzung für einen etwaigen Kostenerstattungsanspruch gemäß [§ 13 Abs 3 SGB V](#) ist, ist das Bestehen eines Pflichtversicherungsverhältnisses inzidenter im Rahmen des Kostenerstattungsanspruchs zu prüfen. Eine explizite Feststellung ist insoweit nicht erforderlich.

Vorliegend scheidet ein Kostenerstattungsanspruch gemäß [§ 13 Abs 3 SGB V](#) bereits daran, dass ein Versicherungsverhältnis zwischen der Verstorbenen und der Beklagten gemäß [§ 5 Abs. 1 Nr 13 SGB V](#) nicht festgestellt werden kann.

Zur Begründung nimmt der Senat insoweit nach [§ 153 Abs 2 SGG](#) auf die Gründe der angefochtenen Entscheidung Bezug und sieht im Wesentlichen von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe ab.

Etwas anderes ergibt sich auch nicht aufgrund des Vorbringens des Klägers mit der Berufung und des Ergebnisses der Ermittlungen durch den Senat.

Zwar bestand das letzte nachweisbare Krankenversicherungsverhältnis der Verstorbenen bis zum 08.06.1950 in der gesetzlichen Krankenversicherung bei der S. für den Kreis A.. Auch konnte der Senat keine anderweitige (private) Absicherung der Verstorbenen im Krankheitsfall seit diesem Zeitpunkt feststellen. Gleichwohl sieht der Senat das Vorliegen der Voraussetzungen des [§ 5 Abs 1 Nr 13 a SGB V](#) nach den Grundsätzen einer abgestuften Darlegung- und Beweislast nicht als erwiesen an (vgl hierzu LSG Berlin Brandenburg Urteil vom 11.05.2017 - L 9K R 494//14 - in juris Rn 37 ff).

Ob die für den geltend gemachten Anspruch maßgeblichen Tatsachen vorliegen oder nicht, entscheidet das Gericht nach seiner freien, aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens gewonnenen Überzeugung ([§ 128 Abs 1 S 1 SGB V](#)). Sind die Möglichkeiten zur weiteren Erforschung des Sachverhalts indes ausgeschöpft und lassen sich bestimmte für den geltend gemachten Anspruch relevante Tatsachen nicht zur Überzeugung des Gerichts feststellen, greifen auch im Sozialrecht die allgemeinen Regeln der objektiven Beweislast (vgl Schmidt in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, 13. Aufl 2020, [§ 103 SGG](#) Rn 19a mwN). Danach ist zu Lasten desjenigen, der aus einer nicht feststellbaren Tatsache eine für ihn günstige Rechtsfolge ableitet, anzunehmen, dass diese Tatsache nicht gegeben ist (BSG, Urteil vom 24.10.1957 - [10 RV 945/55](#) - in juris Rn 18; LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 25.05.2016 - [L 9 KR 134/13](#) - in juris Rn 25). Somit liegt die objektive Beweislast für alle anspruchsbegründenden Tatbestandsmerkmale grundsätzlich bei demjenigen, der den Anspruch geltend macht, also regelmäßig beim Kläger, und zwar auch dann, wenn es um das Fehlen bestimmter Umstände (sog negative Tatbestandsmerkmale) geht (vgl BSG, Urteil vom 08.11.2005 - B1KR 18/04 R - in juris; Schmidt aaO mwN). Für den vorliegenden Fall hätte dies zur Folge, dass der Kläger, weil er aus einer Versicherungspflicht der Verstorbenen nach [§ 5 Abs 1 Nr 13 a SGB V](#) einen Zahlungsanspruch ableitet, grundsätzlich auch die Beweislast für das Tatbestandsmerkmal „keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall“ trägt.

Diese pauschale Betrachtungsweise bedarf im Hinblick auf negative Tatsachen indes einer Differenzierung (vgl Landessozialgericht für das Saarland, Urteil vom 29.11.2005 - L 6 AL1/01 - in juris). Insoweit kann nicht außer Acht gelassen werden, dass der Grundsatz, dass negative Tatsachen nicht zu beweisen sind („negativa non sunt probanda“), in vielen Bereichen des Rechts anerkannt ist, zB im Verwaltungsverfahrenrecht im Hinblick auf die Behauptung, ein Schreiben sei nicht zugegangen (BSG, Urteil vom 26.07.2007 - B 13 R 4/0 6R -, OVG T., Beschluss vom 21.06.2012 - [12 A 828/12](#) -, BFH, Urteil vom 14.03.1989 - [VII R 75/85](#) -; alle in juris), im Recht der Arbeitsförderung (Landessozialgericht für das Saarland, a.a.O.) und im Rentenversicherungsrecht (Sächsisches Landessozialgericht, Urteil vom 16. September 2003 - [L 6 RJ 102/03](#) -, in juris; vgl zusammenfassend mit weiteren Beispielen LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 11.05.2017, aaO). Im vom Beibringungsgrundsatz geprägten Zivilprozess wird dem mit einer abgestuften Darlegungs- bzw Bestreitenslast Rechnung getragen. Danach hat der Beklagte im Zusammenhang mit dem Bestreiten eines anspruchsbegründenden negativen Tatbestandsmerkmals - etwa „ohne rechtlichen Grund“ ([§ 812 Abs 1 S 1](#) Bürgerliches Gesetzbuch <BGB>) oder das Unterlassen einer geschuldeten Aufklärung - auch Umstände (z.B. den rechtlichen Grund iSv [§ 812 Abs 1 S 1 BGB](#)) darzulegen, auf deren Widerlegung sich die Beweislast des Klägers dann konkretisiert (vgl zusammenfassend LSG Berlin Brandenburg, aaO, mwN).

Eine abgestufte Darlegungs- und Beweislast ist dem dem Amtsermittlungsgrundsatz verpflichteten öffentlichen Recht nicht fremd (BSG, Urteil vom 29.01.2009 - B 3 P 7/08R -, Sächsisches Landessozialgericht, Urteil vom 24. Juni 2009 - L1 KR 76/08 -, Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, Urteil vom 08. Juni 2017 - [L 30 P 22/12 KL](#) -, Sächsisches OVG, Beschluss vom 11. April 2017 - [5 B 262/16](#) -; alle in juris) und wird Konstellationen der vorliegenden Art in besonderer Weise gerecht.

Haben daher - wie hier - die Ermittlungen einen Anspruch des Krankenhauspatienten auf anderweitige Absicherung im Krankheitsfall nicht beweisen können, muss die Krankenkasse, bei der zuletzt eine Krankenversicherung festgestellt wurde, einen bei verständiger Betrachtung und nach allgemeiner Lebenserfahrung naheliegenden Sachverhalt darlegen, aus dem sich eine anderweitige Absicherung ergeben kann. Kommt sie dem nach, trägt der Patient die Beweislast dafür, diesen Sachverhalt nicht widerlegen zu können. Entspricht er dieser Obliegenheit hingegen nicht, ist zu seinen Lasten davon auszugehen, dass kein Anspruch auf anderweitige Absicherung im Krankheitsfall besteht.

Soweit demgegenüber teilweise die Auffassung vertreten wird, die Beweislast für die Einwendung, nach Beendigung des (gesetzlichen) Krankenversicherungsverhältnisses sei ein privates Krankenversicherungsverhältnis begründet worden, liege jedenfalls bei dem Prozessbeteiligten, der hieraus ein Recht herleiten wolle (so SG Mainz, Urteil vom 04.05.2015 - [S 3 KR 618/13](#) - in juris Rn 39 ff und SG Berlin, Urteil vom 01.10.2015 - [S 72 KR 2210/13](#) - in juris Rn 24 ff), kann dieser Auffassung nach Auffassung des Senats nicht gefolgt werden. Zutreffend hat das Sozialgericht in dem angefochtenen Urteil darauf hingewiesen, dass die Tatsache, mit welchen privaten oder gesetzlichen Versicherung ein Versicherungsverhältnis in der Vergangenheit bestand, die eigene Wahrnehmungs- und Verantwortungssphäre der Verstorbenen betraf. Die Ermittlungsmöglichkeiten der Beklagten sind insofern beschränkt. Es erscheint daher sachgerecht, auf die oben dargestellten Grundsätze der abgestuften Darlegungslast- und Beweislast abzustellen.

Vorliegend hat die Beklagte zur Überzeugung des Senats einen naheliegenden Sachverhalt dargelegt, aus dem sich eine anderweitige Absicherung der Verstorbenen ergeben kann. So spricht der Umstand, dass die Verstorbene zuletzt vor ihrer Auswanderung nach Südafrika als Referendarin tätig war, dafür, dass sie während dieser Tätigkeit - wie allgemein üblich - als Beihilfeberechtigte privat krankenversichert

war. Auch der Umstand, dass sie bereits mit Aufnahme des Studiums (während der parallel laufenden Ausbildung zur Schneiderin) aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschieden ist, spricht insoweit dafür, dass sie bereits ab diesem Zeitpunkt in das System der PKV gewechselt ist. Ansonsten wäre nicht nachvollziehbar, aus welchen Gründen die Pflichtversicherung als Auszubildende entfallen sein könnte. Darüber hinaus hat die Verstorbene zu Lebzeiten zu keinem Zeitpunkt behauptet, nach dem Ende der gesetzlichen Krankenversicherung bei der S. A. nicht mehr krankenversichert gewesen zu sein. Vielmehr hat sie in sämtlichen Fragebögen der Stadt Y., der X. sowie der Beigeladenen übereinstimmend angegeben, privat versichert gewesen zu sein. Angesichts der gesamten Umstände erscheint es eher fernliegend, dass es sich hierbei um unzutreffende Angaben bzw. reine Vermutungen ins Blaue hinein gehandelt hat.

Da die Beklagte einen nach allgemeiner Lebenserfahrung naheliegenden Sachverhalt dargelegt hat, aus dem sich eine anderweitige Absicherung ergeben kann, trägt der Kläger zu 2) als Rechtsnachfolger der Verstorbenen die Beweislast dafür, diesen Sachverhalt nicht widerlegen zu können.

Da die Voraussetzungen gemäß [§ 5 Abs 1 Nr 13](#) a SGB V nicht nachgewiesen sind, kann nicht festgestellt werden, dass die Verstorbene pflichtversichert war, sodass ein Kostenerstattungsanspruch gemäß [§ 13 Abs 3 SGB V](#) von vornherein ausscheidet.

Etwas anderes ergibt sich auch nicht aufgrund des Umstandes, dass der Kläger – aller Voraussicht nach – auch nicht nachweisen kann, dass und wo die Verstorbene vor der Auswanderung privat versichert war. Zwar ist den Klägern zuzugeben, dass Krankenversicherungsschutz nach dem Willen des Gesetzgebers grundsätzlich entweder über die GKV oder die PKV gewährleistet sein sollte. Gleichwohl ergeben sich aus den gesetzlichen Regelungen (siehe hierzu [§ 5 Abs 8a](#) und 11 SGB V) durchaus Ausnahmekonstellationen, in denen weder eine private noch eine gesetzliche Krankenversicherung zum Zuge kommt.

So liegt der Fall auch hier. Zutreffend hat das SG darauf hingewiesen, dass die Verstorbene einen Leistungsanspruch nach dem SGB XII gehabt hätte, wenn sie nicht über den Freibeträgen liegendes eigenes Vermögen gehabt hätte.

Fraglich ist auch, ob nicht bereits ein Leistungsausschluss gemäß [§ 52a SGB V](#) besteht. Danach besteht kein Anspruch auf Leistungen, wenn sich Personen in den Geltungsbereich des SGB V begeben, um in einer Versicherung nach [§ 5 Abs 1 Nr. 13](#) oder aufgrund dieser Versicherung in einer Versicherung nach [§ 10](#) missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen.

Konkrete Anhaltspunkte, wann die Inanspruchnahme von Leistungen missbräuchlich ist, enthält die Vorschrift allerdings nicht. Nach der Intention des Gesetzes dürfte dieser aber dann vorliegen, wenn sich eine Person allein deswegen in die Bundesrepublik Deutschland begibt, um Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zu erhalten. Der missbräuchliche Erhalt von Leistungen muss also das Hauptziel des Zuzugs sein. Eine solche Missbrauchsabsicht liegt vor, wenn der Wille auf den Leistungsbezug gerichtet ist, wenn es dem Einreisenden also darauf ankommt. Ein (nur) bedingter Vorsatz ist hier nicht ausreichend. Ständen andere Motive im Vordergrund, kommt ein Leistungsausschluss nach [§ 52a SGB V](#) nicht in Betracht (vgl. Reyels in jurisPK-SGB V, [§ 52a SGB V](#), Stand: 4. Aufl. 2020, Rn 10 mwN).

Hier sprechen zwar die Angaben der Verstorbenen gegenüber dem Sozialamt dafür, dass sie in das Bundesgebiet zurückgekehrt ist, um sich behandeln zu lassen, da sie angegeben hat, sie sei nach Deutschland gekommen, weil sie eine Verletzung am Fuß behandeln lassen wolle, da eine entsprechende Behandlung bzw. Operation in Afrika nicht möglich sei. Dafür spricht weiter der Umstand, dass ihr Ehemann nicht ebenfalls nach Deutschland eingereist ist.

Demgegenüber bestehen aber auch grundsätzliche verfassungsrechtliche Bedenken hinsichtlich der Anwendbarkeit des [§ 52a SGB V](#) (siehe hierzu Reyels aaO Rn9 mwN).

Die Frage der Anwendbarkeit des [§ 52a SGB V](#) kann aber dahinstehen, da ein Kostenerstattungsanspruch gemäß [§ 13 Abs 3 SGB V](#) bereits daran scheitert, dass ein Versicherungsverhältnis zwischen der Verstorbenen und der Beklagten gemäß [§ 5 Abs. 1 Nr. 13](#) a SGB V nicht festgestellt werden kann.

Offenbleiben kann aus diesem Grunde auch, ob das SG zutreffend davon ausgegangen ist, dass die Voraussetzungen des [§ 5 Abs 8a S 2 SGB V](#) nicht vorlagen, obwohl es hinsichtlich der Leistungsaufhebung durch die Stadt Y. unzutreffend von dem 01.05.2014 als Aufhebungsdatum ausgegangen ist (tatsächlich 01.06.2015).

Die Kostenentscheidung beruht auf [§§ 183, 193 Abs 1 SGG](#).

Gründe, gemäß [§ 160 Abs 2 SGG](#) die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft
Aus
Saved
2024-04-23