

L 10 KR 39/10

Land
Sachsen-Anhalt
Sozialgericht
LSG Sachsen-Anhalt
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
10
1. Instanz
SG Halle (Saale) (SAN)
Aktenzeichen
S 16 KR 73/08
Datum
16.03.2010
2. Instanz
LSG Sachsen-Anhalt
Aktenzeichen
L 10 KR 39/10
Datum
19.05.2011
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 11/11 R
Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Halle vom 16. März 2010 – [S 16 KR 73/08](#) – wird zurückgewiesen.

Kosten sind nicht zu erstatten.

Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darüber, ob die durch gerichtlich bestellte Betreuerin vertretene Klägerin seit dem 1. April 2007 nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) – bei der beklagten AOK in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versicherungspflichtig ist.

Die 1918 geborene Klägerin war ursprünglich deutsche Staatsangehörige und führte nach 1945 als abhängig Beschäftigte Sozialversicherungsbeiträge ab. 1959 heiratete sie einen amerikanischen Soldaten und verzog in die USA. Mit der Heirat wurde sie amerikanische Staatsangehörige und ist dies auch weiterhin. Als Angehörige ihres 1981 verstorbenen Ehemannes ist sie über dessen amerikanische Krankenversicherung TRICARE krankenversichert. Im Jahre 1987 kehrte die Klägerin nach Deutschland zurück, wo sie eine dauernde Aufenthaltserlaubnis besitzt, ohne dass für deren Erteilung eine Verpflichtung zur Sicherung des Lebensunterhalts nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 1](#) des Aufenthaltsgesetzes besteht (vgl. [§ 5 Abs. 11 Satz 1 SGB V](#)). Ein nach ihrer Rückkehr gestellter Antrag auf Aufnahme in die gesetzliche Krankenversicherung wurde abgelehnt, da sie zu diesem Zeitpunkt bereits älter als 65 Jahre war. Seit 1984 bezieht die Klägerin Altersrente aus GKV in Höhe von zuletzt monatlich ca. 280,00 EUR sowie eine amerikanische Witwenrente in Höhe von umgerechnet ca. 540,00 EUR nach Abzug eines Beitrags für TRICARE in Höhe von 177,00 US-Dollar. Nach einem langen Krankenhausaufenthalt im Jahre 2006 ist die demenzerkrankte Klägerin pflegebedürftig (zuletzt Pflegestufe II) und bewohnt ein Alten- und Pflegeheim in H. an der Saale zu Kosten in Höhe von ca. 2.100,00 EUR monatlich.

Im April 2007 bat die Klägerin die Beklagten unter Hinweis auf die zum 1. April dieses Jahres eingeführte Regelung des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) um Prüfung ihrer Versicherungspflicht in der GKV. Ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall im Sinne dieser Vorschrift bestehe nicht. Einer Absicherung als Rentnerin gemäß [§ 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V](#) stehe entgegen, dass sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenanspruchs nicht mindestens 9/10 der zweiten Hälfte dieses Zeitraums Mitglied in der GKV oder nach [§ 10 SGB V](#) familienversichert gewesen sei (so genannte Neun-Zehntel-Regelung). Ferner beziehe sie keine laufenden Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebenten Kapitel des Zwölften Buches des Sozialgesetzbuches ([§ 5 Abs. 1 Nr. 13](#) i.V.m. Abs. 8a SGB V). Auch bestehe weder eine freiwillige noch eine Familienversicherung im Sinne der [§§ 9](#) und [10 SGB V](#).

Die amerikanische Krankenversicherung TRICARE biete in dem maßgeblichen Tarif "Standard Overseas" keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall im Sinne des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#). Sie bleibe deutlich hinter der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland zurück. Neben den monatlichen Beiträgen in Höhe von ca. 177,00 US-Dollar habe sie für diese Versicherung jährlich Aufwendungen für Selbstbeteiligungen, Eigenanteile, Zuzahlungen und Kosten für verschreibungspflichtige Medikamente bis zu einer Aufwendungsgrenze von 3.000 US-Dollar zu erbringen. Diese Grenze sei in den letzten Jahren ausnahmslos erreicht worden, zumal der Selbstkostenanteil bei den einzelnen Leistungen in der Regel 25 % betrage. Zusammen mit den Aufwendungen für das Pflegeheim führe dies in absehbarer Zeit zu einem Verbrauch ihrer Ersparnisse mit der Folge, dass der Selbstkostenanteil nicht mehr zu leisten sei und die amerikanische Versicherung gekündigt werde, da sie nichts mehr nütze. Zudem bestehe weder ein Versicherungsschutz für Zahnbehandlung noch eine Pflegeversicherung.

Weiter hat die Klägerin gemeint, die GKV sei der zuständige Versicherungszweig, da sie vor ihrer Auswanderung in die USA zuletzt gesetzlich krankenversichert gewesen sei. An den Namen der Krankenkasse könne sie sich nicht mehr erinnern. Ihre Betreuerin hat in der mündlichen Verhandlung vor dem Sozialgericht mitgeteilt, dass die Klägerin ihres Wissens im Jahre 1981 nach dem Tod ihres Ehemannes eine Arbeit aufgenommen habe, über deren Umfang und Dauer jedoch keine weiteren Angaben gemacht werden könnten.

Demgegenüber hat die Beklagte mit Bescheid vom 12. Februar 2008 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16. Mai 2008 die Auffassung vertreten, dass die Klägerin mit der TRICARE-Krankenversicherung einen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall im Sinne des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) habe. Die Vorschrift wolle nur Personen schützen, die über keinerlei Absicherung im Krankheitsfall verfügten. Die von der Klägerin zu leistenden Eigenaufwendungen seien mit denen bei zahlreichen privaten Krankenversicherungen vergleichbar. Im Übrigen sei die Klägerin über TRICARE zuletzt privat versichert gewesen, sodass eine etwaige Auffangversicherung in den Bereich der Privaten Krankenversicherung (PKV) falle.

Das Sozialgericht hat sich von der Klägerseite eine beglaubigte Übersetzung der TRICARE-Tarifbestimmungen "Standard Overseas" vorlegen lassen (Bl 35 bis 54 Gerichtsakte). Mit Urteil vom 16. März 2010 hat es die Klage abgewiesen und zur Begründung im Wesentlichen ausgeführt, dass die Voraussetzungen des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) als einziger in Betracht kommender Rechtsgrundlage nicht erfüllt seien. Die Klägerin verfüge mit der Krankenversicherung TRICARE über einen "anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall", der nach der genannten Bestimmung der Versicherungspflicht entgegenstehe. Dieser Anspruch müsse der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung in Deutschland nicht gleichwertig sein. Nach der Gesetzesbegründung seien lediglich reine Beihilfeansprüche von Beamten als nicht ausreichende Absicherung angesehen worden. Bei Anlegung dieses Maßstabes genüge die bestehende TRICARE-Krankenversicherung dem gesetzlichen Tatbestand. Der bei dieser Versicherung jährlich zu leistende Eigenaufwand in Höhe von 3.000 US-Dollar sei mit den in der gesetzlichen und vor allem privaten Krankenversicherung in Deutschland zu leistenden Eigenaufwendungen durchaus vergleichbar. Das Fehlen einer zahnärztlichen Versorgung falle nicht entscheidend ins Gewicht, da dies nur einen geringen Teil der Gesamtversorgung betreffe und auch in der gesetzlichen Krankenversicherung insoweit erhebliche Selbstbeteiligungen zu leisten seien. Selbst wenn aber ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall nicht bestünde, wäre die Klägerin nicht gemäß [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) gesetzlich krankenversichert. Aus der Gesetzesbegründung ergebe sich, dass für die Abgrenzung zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung bei Auslandsrückkehrern nicht darauf abzustellen sei, dass im Inland zuletzt eine Mitgliedschaft in der GKV bestanden habe. Bei ihnen richte sich die Zuordnung vielmehr nach dem Status, den sie aufgrund ihrer zuletzt ausgeübten Berufstätigkeit im Ausland gehabt hätten. Danach sei die Klägerin als Ehefrau eines Soldaten dem System der PKV zuzuordnen. Sofern sie nach dem Tod ihres Mannes in den USA in nicht näher beschriebenem Umfang in einem Arbeitsverhältnis gestanden haben sollte, ändere dies daran nichts. Denn zu diesem Zeitpunkt sei die Klägerin bereits 63 Jahre alt gewesen, sodass die Begründung einer Versicherungspflicht in der GKV von zuvor privat Versicherten gemäß [§ 6 Abs. 3 a Satz 1 SGB V](#) wegen Vollendung des 55. Lebensjahres ausgeschlossen wäre.

Gegen das ihr am 14. Mai 2010 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 10. Juni 2010 Berufung eingelegt und um nochmalige Prüfung des Sachverhalts gebeten.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Halle vom 16. März 2010 und den Bescheid der Beklagten vom 12. Februar 2008 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16. Mai 2008 aufzuheben und festzustellen, dass sie seit dem 1. April 2007 in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) und Pflichtmitglied der Beklagten ist.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Der Senat hat Unterlagen über die TRICARE-Versicherung im Internet recherchiert und den Beteiligten zugeleitet. Danach handelt es sich bei TRICARE um einen Bereich des dem US-amerikanischen Verteidigungsministerium (United States Department of Defense) zugehörigen Military Health System. Dieser bezweckt die medizinische Versorgung des aktiven und des im Ruhestand befindlichen US-Militärpersonals nebst Angehörigen. Verwaltet wird TRICARE durch die TRICARE Management Activity (TMA), die dem Unterstaatssekretär für Personal und Bereitschaft im Verteidigungsministerium untersteht. Die Leistungen von TRICARE sind nach einer vom Senat eingeholten Auskunft für das aktive Militärpersonal kostenfrei, Ruheständler haben geringe Beiträge zu leisten. Nach Angaben der Ausländerbehörde der Stadt H. an der Saale war der Klägerin im Jahre 2005 eine fünfjährige Aufenthaltserlaubnis nach [§ 7](#) Aufenthaltsgesetz ohne Verpflichtung zur Sicherung des Lebensunterhalts erteilt worden.

Die Gerichtsakte und die Verwaltungsakte der Beklagten haben vorgelegen und waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Sachvortrages der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der Verwaltungsakte ergänzend verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung der Klägerin ist unbegründet. Zu Recht hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Der angefochtene Bescheid der Beklagten ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Die Klägerin ist nicht gesetzlich krankenversichert und somit nicht Pflichtmitglied der von ihr gemäß [§§ 174 Abs. 5, 173 Abs. 1 SGB V](#) gewählten Krankenkasse, hier der Beklagten. Insbesondere ist sie nicht gem. [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) krankenversicherungspflichtig.

I. Die Klage ist zulässig. Die Klägerin durfte sich neben der Anfechtungsklage zulässigerweise auf eine Feststellungsklage beschränken. Denn die Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) besteht unabhängig von einem Beitritt kraft Gesetzes (BSG 12. Januar 2011 – [B 12 KR 11/09 R](#), Juris Rn. 10).

II. Die Klage ist unbegründet. Die Klägerin ist nicht gesetzlich krankenversichert.

1. Die Klägerin ist nicht gemäß [§ 5 Abs. 1 Nr. 1 bis 12 SGB V](#) pflichtversichert; insbesondere erfüllt sie, obwohl Rentnerin, nicht die

Voraussetzungen des [§ 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V](#), da sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit im Jahre 1937 bis zur Stellung des Rentenanspruches 1982 nicht mindestens 9/10 der zweiten Hälfte dieses Zeitraums Mitglied in der GKV war. Denn 1959 hat sie Deutschland verlassen und war seitdem nicht mehr in der GKV versichert.

2. Die Klägerin ist ferner weder freiwillig gesetzlich versichert ([§ 9 SGB V](#)) noch familienversichert ([§ 10 SGB V](#)).

3. Die Klägerin ist auch nicht über die damit allein in Betracht kommende Auffangversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) gesetzlich krankenversichert.

Nach dieser Vorschrift (eingefügt mit Wirkung zum 1. April 2007 durch Art. 1 Nr. 2 Buchst. a) Doppelbuchst. cc) i.d.F. des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes - GKV-WSG - vom 26. März 2007, [BGBl. I 378](#)) sind Personen nach näherer Maßgabe der Buchst. a) und b) in der GKV versicherungspflichtig, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben. Ausgenommen hiervon ist gemäß [§ 5 Abs. 8a SGB V](#), wer nach Abs. 1 Nr. 1 bis 12 versicherungspflichtig, freiwilliges Mitglied oder nach [§ 10 SGB V](#) versichert ist; dies gilt entsprechend für Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches und für Empfänger laufender Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes. Die nach [§ 6 Abs. 3a Satz 1 SGB V](#) bestehende Versicherungsfreiheit für Personen, die nach dem 55. Lebensjahr versicherungspflichtig werden, gilt gemäß Satz 4 nicht für die Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#). Ausländer, die nicht Angehörige eines Mitgliedsstaats der Europäischen Union, Angehörige eines Vertragsstaates des Abkommens über den europäischen Wirtschaftsraum oder Staatsangehörige der Schweiz sind, werden gemäß [§ 5 Abs. 11 SGB V](#) von der Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) erfasst, wenn sie eine Niederlassungserlaubnis oder eine Aufenthaltserlaubnis mit einer Befristung auf mehr als zwölf Monate nach dem Aufenthaltsgesetz besitzen und für die Erteilung dieser Aufenthaltstitel keine Verpflichtung zur Sicherung des Lebensunterhalts nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 1](#) des Aufenthaltsgesetzes besteht.

Die genannten Voraussetzungen sind im Fall der Klägerin nicht vollständig erfüllt.

a. Allerdings ist die Klägerin nicht gemäß [§ 5 Abs. 8a SGB V](#) von der Auffangversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) ausgenommen. Sie ist, wie unter Ziffer 1 und 2 ausgeführt, weder nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 1 bis 12 SGB V](#) versicherungspflichtig noch freiwilliges Mitglied oder nach [§ 10 SGB V](#) versichert. Auch ist sie keine Empfängerin laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches oder nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes.

b. Ebenso steht das Alter der Klägerin von 89 Jahren am 1. April 2007, wie dargelegt, gemäß [§ 6 Abs. 3a Satz 4 SGB V](#) der Begründung einer Pflichtmitgliedschaft in der GKV nicht entgegen.

c. Ferner wird die Klägerin als Ausländerin (US-Bürgerin) grundsätzlich von der Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) erfasst, da sie nach Auskunft der Ausländerbehörde der Stadt H. am 1. April 2007 gemäß [§ 5 Abs. 11 SGB V](#) über eine unbefristete Aufenthaltsgenehmigung im Sinne des Aufenthaltsgesetzes verfügte, für die eine Verpflichtungserklärung zur Sicherung des Lebensunterhalts nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 1](#) des Aufenthaltsgesetzes nicht erforderlich war.

d. Die Auffangversicherung bei der Beklagten scheidet entgegen der Auffassung des Sozialgerichts und der Beklagten auch nicht daran, dass die Klägerin bei der Abgrenzung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung der letztgenannten zuzuordnen wäre.

aa. Die Abgrenzung der Zuständigkeit für die Auffangversicherung erfolgt nach den Buchstaben a) und b) des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#). Danach ist der GKV zugeordnet, wer

zuletzt gesetzlich krankenversichert war oder

bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert war, es sei denn, dass er zu den in [§ 5 Abs. 5](#) oder in [§ 6 Abs. 1 oder 2 SGB V](#) genannten Personen gehört oder bei Ausübung seiner beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätte.

Bei der Zuordnung der Auffangversicherung folgt [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) grundsätzlich dem bereits bei Einführung der Pflegeversicherung maßgeblichen Prinzip, die Risiken dem System zuzuweisen, bei dem sie bisher bzw. zuletzt lagen (vgl. zur Pflegeversicherung insoweit BVerfG 3. April 2001 - [1 BvR 2014/95](#), [BVerfGE 103, 197](#), Rn. 87). Die Worte "zuletzt gesetzlich krankenversichert" in Buchst. a) knüpfen an die Art der letzten vor der Nichtabsicherung bestehenden Versicherung an. Da nur GKV und PKV als Trägerinnen der Auffangversicherung in Betracht kommen, ist nach der jüngsten Rechtsprechung des Bundessozialgerichts für die Auffangversicherung jedoch allein maßgeblich, welche dieser beiden Versicherungsformen zuletzt vor dem Zustand der Nichtabsicherung bestanden hat. Eine Absicherung, die weder der GKV noch der PKV zuzuordnen ist (z.B. Beihilfe, Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten), ist - anders als in der Pflegeversicherung gemäß [§ 23 Abs. 3](#) und 4 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) - für die Zuordnung unerheblich; es kommt darauf an, ob zuletzt davor ein Schutz in der GKV oder der PKV bestanden hat (BSG 12. Januar 2011 - [B 12 KR 11/09 R](#), Juris, Rn. 18). Dies gilt entgegen der Annahme des Sozialgerichts auch, wenn nach einer gesetzlichen oder privaten Absicherung ein Zustand der Nichtabsicherung bestand, der Betreffende aber zu einem Personenkreis nach [§ 5 Abs. 5](#), [§ 6 Abs. 1](#), 2 SGB V gehört, der nach der Ausnahme in Buchst. b) der Nr. 13 ("es sei denn") nicht der GKV (und somit der PKV) zugeordnet wäre. Die Zuordnung nach Buchst. b) greift gemäß ihrem klaren Wortlaut erst dann ein, wenn zu keiner Zeit in der GKV oder der PKV eine Versicherung bestanden hat (BSG 12. Januar 2011 - [B 12 KR 11/09 R](#), Juris, Rn. 24; KassKomm/Peters, [§ 5 SGB V](#) Rn. 166).

bb. Danach war eine Auffangversicherung der Klägerin am 1. April 2007 und danach der GKV zugeordnet. Denn die Klägerin war "zuletzt gesetzlich krankenversichert" im Sinne von [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a\)](#) SGB V.

(1) Die letzte vor der TRICARE-Absicherung bestehende Versicherung war die in der GKV. Die Klägerin war jedenfalls bis Mitte 1958 gesetzlich krankenversichert. Dies entnimmt der Senat in Übereinstimmung mit den Beteiligten daraus, dass sie bis zu diesem Zeitpunkt als abhängig Beschäftigte Pflichtbeiträge in die gesetzliche Rentenversicherung zahlte (Bl. 28 Verwaltungsakte). Eine Überschreitung der Beitragsbemessungsgrenze kann ausgeschlossen werden. Über ihren weiteren Versicherungsstatus, bevor sie mit ihrem Ehemann 1959 in die USA auswanderte, ist nichts mehr bekannt und ermittelbar. Über die mehr als 50 Jahre zurückliegende Zeit existieren nach glaubhafter

Auskunft ihrer Betreuerin insoweit keine Unterlagen mehr. Die an Demenz erkrankte Klägerin kann ebenso wenig wie ihr verstorbener Ehemann zur Aufklärung beitragen. Dies steht jedoch der Zuordnung zur GKV nicht entgegen. Die Unaufklärbarkeit kann hier nicht zu Lasten der Klägerin gehen, da diese sonst weder der GKV noch der PKV zuzuordnen wäre, obwohl feststeht, dass sie zuvor gesetzlich versichert gewesen ist.

(2) Der Schutz über TRICARE ist entgegen der Auffassung des Sozialgerichts und der Beklagten nicht dem Bereich der PKV zuzurechnen.

Neben der Absicherung in GKV und PKV existieren weitere mögliche Absicherungen im Krankheitsfall im Sinne des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#). [§ 5 Abs. 8a SGB V](#) führt als solche etwa bestimmte Hilfeleistungen nach dem SGB XII oder nach § 2 Asylbewerberleistungsgesetz an. Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Eine anderweitige Absicherung kann auch aus Ansprüchen aus Sondersystemen wie der freien Heilfürsorge resultieren. Solche anderweitigen Absicherungen sind für die Zuordnung der Auffangversicherung zur GKV oder zur PKV, wie oben bereits ausgeführt wurde, nach Auffassung des Bundessozialgerichts nicht maßgeblich und bei der Prüfung des Merkmals "zuletzt gesetzlich krankenversichert" auszublenden (BSG 12. Januar 2011 – [B 12 KR 11/09 R](#), Juris, Rn. 19 f., zur Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten).

Zu diesen Sondersystemen zählt auch die TRICARE-Gesundheitsfürsorge. Sie gehört weder zur GKV ([§ 21 Abs. 2](#) Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I), [§§ 143 ff.](#) SGB V) noch kann sie nach der vorgenannten Rechtsprechung für die Feststellung der Versicherungspflicht aus [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) der PKV zugerechnet werden. Letzteres folgt aus dem öffentlich-rechtlichen Status ihres Trägers, nämlich des US-Verteidigungsministeriums bzw. der Vereinigten Staaten von Amerika. TRICARE bezweckt demgemäß ausschließlich die medizinische Versorgung des aktiven und des im Ruhestand befindlichen US-Militärpersonals nebst Angehörigen und ist für sonstige Personen nicht zugänglich. Es handelt sich um ein der Beihilfe für Beamte vergleichbares System der staatlichen Gesundheitsfürsorge. Die Zugehörigkeit zu einem solchen – im wesentlichen beitragsfreien – System begründet für sich allein nicht die Zuordnung zur PKV (so ausdrücklich für zuletzt Beihilfeberechtigte ohne ergänzende Krankheitskostenvollversicherung die Begründung des Gesetzentwurfs des GKV-WSG der CDU/CSU- und SPD-Fraktionen, [BT-Drucks. 16/3100, S. 94](#), rechte Spalte; dagegen sind aktuell Beihilfeberechtigte nach Maßgabe des [§ 6 Abs. 1](#) und 3 SGB V von der Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) befreit).

(3) Damit fällt die Klägerin auch nicht unter die Regelung des Buchst. b) des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#). Diese gilt, wie ausgeführt, allein für bisher nicht gesetzlich oder privat Krankenversicherte. Schon aus diesem Grund kann die Klägerin der PKV nicht mit der Begründung des Sozialgerichts zugeordnet werden, dass sie dem Personenkreis nach [§ 5 Abs. 5](#) bzw. [6 Abs. 1](#), 2 SGB V angehöre oder bei entsprechender Tätigkeit ihres Ehemannes (Soldat) im Inland angehört hätte. Buchst. b) nimmt diesen Personenkreis von der Zuordnung zur gesetzlichen (Auffang-)Versicherung ausdrücklich nur insoweit aus, als im Einzelfall bisher weder eine gesetzliche noch eine private Krankenversicherung bestanden hatte.

e. Eine Auffangversicherung besteht aber nicht, weil die Klägerin mit dem TRICARE-Schutz über einen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall im Sinne des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) verfügt. Diese Einschätzung des Sozialgerichts teilt der Senat im Ergebnis.

aa. Entgegen der Auffassung der Beklagten genügt für den Ausschluss der Auffangversicherung in der GKV nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) allerdings nicht jede beliebige anderweitige Absicherung. Vielmehr muss es sich dabei grundsätzlich um einen Vollschutz handeln. Dies ergibt die Auslegung der Norm.

(1) Die Vorschrift selbst regelt die Frage nicht. Ihr weiter Wortlaut ("anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall") spricht einerseits für die grundsätzliche Einbeziehung aller Arten von Absicherung; einige davon sind – nicht abschließend – in [§ 5 Abs. 8a SGB V](#) aufgeführt. Andererseits deutet das Wort "Absicherung" eher auf einen Vollschutz denn auf einen beliebigen Teilschutz hin.

(2) Entstehungsgeschichte und systematischer Zusammenhang sprechen für das grundsätzliche Erfordernis eines Vollschutzes.

So werden nach der Begründung des GKV-WSG-Gesetzentwurfs der CDU/CSU- und SPD-Fraktionen Beihilfeberechtigte ohne ergänzende Krankheitskostenvollversicherung als Personen ohne anderweitige Absicherung im Krankheitsfall angesehen ([BT-Drucks. 16/3100, S. 94](#), rechte Spalte). Beihilfeansprüche decken in der Regel zumindest 50 %, bei zwei und mehr Kindern 70 % der Krankheitskosten ab. Es hätte einer näheren Bestimmung des Umfangs der anderweitigen Absicherung im Sinne von [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) bedurft, wenn die Entwurfsverfasser einerseits – wie geschehen – eine Absicherung durch Beihilfe für unzureichend erklärt, andererseits aber dennoch keinen Vollschutz für erforderlich gehalten hätten. Setzt die Versicherungspflicht der Auffangversicherung dagegen im Sinne einer "Eingriffsschwelle" immer dann ein, wenn ein Vollschutz nicht besteht, bedurfte es einer solchen näheren Bestimmung nicht.

Auch die in [§ 5 Abs. 8a SGB V](#) aufgeführten gesetzlichen Absicherungen, bei deren Bestehen die Auffangversicherung nicht eingreift, bieten (mit unterschiedlicher Ausgestaltung im Einzelnen) einen Vollschutz.

Für die Auslegung des Begriffs des "anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall" im Sinne des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) ist insbesondere das Absicherungsniveau der Parallelnormen in der PKV in Betracht zu ziehen. Dort besteht bei fehlendem Anspruch auf Absicherung eine ähnlich ausgestaltete Versicherungspflicht. Beide Regelungen stehen in wechselseitiger Beziehung, wie Entstehungsgeschichte und Systematik zeigen.

Mit der ebenfalls durch das GKV-WSG eingefügten, aber erst zum 1. Juli 2007 in Kraft getretenen Vorschrift des [§ 315 SGB V](#) wurde erstmals ein allgemeiner Anspruch auf Abschluss einer privaten Krankenversicherung eingeführt. Nach dessen Abs. 1 Satz 1 konnten Personen bis zum 31. Dezember 2008 Versicherungsschutz im Standardtarif gemäß [§ 257 Abs. 2a SGB V](#) in der PKV verlangen, die weder

in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind,

über eine private Krankheitsvollversicherung verfügen,

einen Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben,

Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben noch

Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XII) beziehen,

Der Antrag durfte gemäß Abs. 1 Satz 2 der Vorschrift nicht abgelehnt werden. Abweichend von Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 konnten gemäß Abs. 1 Satz 3 auch Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Grundsätzen, die bisher nicht über eine auf Ergänzung der Beihilfe beschränkte private Krankenversicherung verfügten und auch nicht freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren, eine die Beihilfe ergänzende Absicherung im Standardtarif gemäß [§ 257 Abs. 2a Nr. 2b SGB V](#) verlangen. Die gemäß Abs. 1 abgeschlossenen Versicherungsverträge im Standardtarif wurden gemäß Abs. 4 zum 1. Januar 2009 auf Verträge im Basistarif nach [§ 12 Abs. 1a](#) Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) umgestellt.

Ursprünglich ebenfalls in das GKV-WSG eingefügt (Art. 43), nachfolgend aber wortgleich in das Gesetz zur Reform des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG-Reformgesetz) vom 23. November 2007 transponiert (dort Art. 10, 11, BGBl. I Nr. 59), trat zum 1. Januar 2009 die Neuregelung der PKV in den [§§ 192 ff. Versicherungsvertragsgesetz \(VVG\)](#) sowie u.a. des [§ 12 VAG](#) in Kraft. [§ 193 Abs. 3 Satz 1 VVG](#) brachte – weitergehend als [§ 315 SGB V](#) – eine allgemeine Versicherungspflicht für alle Personen mit Wohnsitz im Inland (Bürgerversicherung). Sie richtet sich gemäß [§ 193 Abs. 1 Satz 1 VVG](#) auf Abschluss und Aufrechterhaltung einer Krankheitskostenversicherung bei einem in Deutschland zugelassenen Versicherungsunternehmen, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und deren vereinbarte Selbstbehalte für tariflich vorgesehene Leistungen maximal 5.000 Euro jährlich betragen dürfen. Nach Satz 2 der Vorschrift besteht die Pflicht nicht für Personen, die

in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder

Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder

Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben oder

Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.

Nach Satz 3 genügt ein vor dem 1. April 2007 vereinbarter Krankheitskostenversicherungsvertrag den Anforderungen des Satzes 1.

Korrespondierend zur Versicherungspflicht aller Bürger sind private Versicherungsunternehmen nach [§ 193 Abs. 5 VVG](#) verpflichtet,

allen freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten

innerhalb von sechs Monaten nach Einführung des Basistarifes,

innerhalb von sechs Monaten nach Beginn der im SGB V vorgesehenen Wechselmöglichkeit im Rahmen ihres freiwilligen Versicherungsverhältnisses,

allen Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die nicht in der GKV versicherungspflichtig sind, nicht zum Personenkreis nach Nummer 1 oder Absatz 3 Satz 2 Nr. 3 und 4 gehören und die nicht bereits eine private Krankheitskostenversicherung mit einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen vereinbart haben, die der Pflicht nach Absatz 3 genügt,

Personen, die beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben, soweit sie zur Erfüllung der Pflicht nach Absatz 3 Satz 1 ergänzenden Versicherungsschutz benötigen,

allen Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die eine private Krankheitskostenversicherung im Sinn des Absatzes 3 mit einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen vereinbart haben und deren Vertrag nach dem 31. Dezember 2008 abgeschlossen wird,

Versicherung im Basistarif nach [§ 12 Abs. 1a](#) des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) zu gewähren. Dessen Vertragsleistungen müssen nach Art, Umfang und Höhe den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des SGB V, auf die ein Anspruch besteht, jeweils vergleichbar sein ([§ 12 Abs. 1a VAG](#)).

Für diesen Bereich der anderweitigen privaten Absicherung bedurfte es keiner näheren Bestimmung ihres Umfangs, weil diese in [§ 315 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) erfolgte, wonach der allgemeine Anspruch auf Krankenversicherungsschutz u.a. voraussetzte, dass über eine "Krankheitsvollversicherung" nicht verfügt wurde. Zwar trat die Vorschrift erst am 1. Juli 2007 in Kraft, doch hatte sie der Gesetzgeber des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) bereits in seinen Willen aufgenommen (als Art. 1 Nr. 213 GKV-WSG). Das Gleiche gilt für den am 1. Januar 2009 in Kraft getretenen [§ 193 Abs. 3 Satz 1 VVG](#), wonach die Versicherungspflicht "mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst" (als Art. 43 Nr. 1 GKV-WSG, dort noch als "§ 178a" bezeichnet und später wortgleich als "§ 193" in das VVG-Reformgesetz vom 23. November 2007 transponiert, vgl. dort Art. 10, 11). In Ermangelung einer anderweitigen Festlegung kann es sich auch hierbei grundsätzlich nur um einen Vollschutz handeln. Ferner spricht gegen die Beliebigkeit einer anderweitigen Absicherung die Begrenzung der Selbstbehalte in [§ 193 Abs. 3 Satz 1 VVG](#) auf maximal 5.000 Euro jährlich, die eine Umgehung der Versicherungspflicht bezweckt (Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) [BT-Drucks. 16/4247 S. 67](#)). Damit wäre nicht zu vereinbaren, dass die Ausgestaltung des anderweitigen Schutzes im Übrigen zur Disposition steht. Bei der Auslegung des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) sind diese später in Kraft getretenen, aber bereits vom Willen des historischen Gesetzgebers umfassten Regelungen zu berücksichtigen.

Die Bewertung eines bestehenden anderweitigen Versicherungsschutzes als Ausschlussgrund kann bei der Auffangversicherung in der GKV nicht wesentlich anders ausfallen als in der PKV. Für eine wesentliche unterschiedliche Behandlung der durch [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) der GKV zugeordneten Betroffenen ließe sich insoweit eine sachliche Rechtfertigung nicht finden.

(3) Schließlich sprechen auch Sinn und Zweck der Regelung für das Verständnis der anderweitigen Absicherung im Sinne eines Vollschutzes. Danach soll ein Schutz im Krankheitsfall für die gesamte Bevölkerung in Deutschland gewährleistet werden (Entwurf des GKV-WSG, [BT-Drucks 16/3100 S. 94](#) Doppelbuchst. bb und cc). Damit soll verhindert werden, dass Einwohner "im Bedarfsfall nicht ausreichend versorgt oder auf steuerfinanzierte staatliche Leistungen angewiesen" sind (Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) [BT-Drucks. 16/4247 S. 66](#)). Diesem Zweck liefe es grundsätzlich zuwider, dass eine anderweitige Absicherung bereits dann den Zugang zur Auffangversicherung versperrt, wenn sie nur einen beliebigen Teil des Krankheitsrisikos abdeckte (so auch KassKomm/Peters, [§ 5 SGB V](#) Rn. 162; Gerlach in Hauck/Haines, [SGB V § 5](#) Rn. 474a; Marlow/Spuhl, [VersR 2009](#), 593, 594 f.). Neben Normzweck, systematischem Zusammenhang und dem verfassungsrechtlichen Willkürverbot spricht für diese Auslegung letztlich auch, dass sonst kein Maßstab für die Feststellung einer ausreichenden anderweitigen Absicherung bestünde.

bb. Dem somit grundsätzlich gebotenen Vollschutz genügt der bei der Klägerin bestehende Schutz über TRICARE, wie das Sozialgericht richtig erkannt hat.

Nach den Tarifbedingungen hat die Klägerin u.a. Anspruch auf ambulante und stationäre Krankenbehandlung, klinische Prävention, Heil-, Hilfs- und Arzneimittelversorgung. Darin liegt ein den Leistungen der GKV vergleichbarer Schutz und damit ein Anspruch auf anderweitige Absicherung im Sinne von [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#). Dies gilt sowohl in Ansehung der Pflicht zur Selbstkostentragung bis 3.000 US-Dollar als auch im Hinblick auf das Fehlen einer Pflegeversicherung sowie eines Schutzes für Zahnbehandlung.

(1) Die bei TRICARE zu leistende Selbstkostenbeteiligung bis zur Belastungsgrenze von 3.000 US-Dollar steht der Einordnung dieses Schutzes als anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall nicht entgegen. Eine solche Regelung ist im Bereich der PKV üblich und überdies wegen ihrer Kosten dämpfenden Wirkung in Grenzen erwünscht. So sind die Versicherer gemäß [§ 12 Abs. 1a Satz 3 VAG](#) verpflichtet, im Basistarif die Möglichkeit zur Vereinbarung von Selbsthalten bis zu 1.200 EUR anzubieten. [§ 193 Abs. 3 Satz 1 VVG](#) gestattet darüber hinaus zur Erfüllung der Versicherungspflicht Selbsthalte bis zu 5.000 Euro. Die Selbstkostenbeteiligung von 3.000 US-Dollar jährlich entspricht einem Betrag von z. Zt. ca. 2.150 Euro. Selbst unter Hinzurechnung der monatlichen Beiträge in Höhe von ca. 177 US-Dollar (ca. 125 Euro) liegt die Gesamtbelastung schon deutlich unter der maximalen Selbsthaltengrenze von 5.000 Euro, zu der noch die Belastung durch Beiträge hinzutritt (im Jahre 2008 konnte im Standardtarif der PKV nach [§ 315 SGB V](#) eine monatliche Höchstgebühr von bis zu ca. 530 Euro verlangt werden, vgl. Greß/Walendzik/Wasem, [Sozialer Fortschritt 2009](#), 147, 148; im Basistarif ist die Belastung gemäß [§ 12 Abs. 1c VAG](#) vergleichbar).

(2) Das Fehlen eines Schutzes vor dem Risiko der Pflegebedürftigkeit bei TRICARE ist für eine ausreichende Absicherung im Sinne von [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) unerheblich. Die Norm stellt ausschließlich auf eine anderweitige Absicherung für den Krankheitsfall ab. Von dem befristeten Beitrittsrecht zur Sozialen Pflegeversicherung nach [§§ 26a Abs. 1, 48 SGB XI](#) hat die Klägerin seinerzeit im Übrigen keinen Gebrauch gemacht.

(3) Schließlich steht einer ausreichenden anderweitigen Absicherung im Sinne eines grundsätzlichen Vollschutzes auch nicht entgegen, dass bei TRICARE für die Klägerin anders als in der GKV bzw. dem Standard- oder Basistarif der PKV ein Schutz für Zahnbehandlung überhaupt fehlt. Dabei ist im Ausgangspunkt zu bedenken, dass der entsprechende Schutz auch in der GKV und so gemäß [§ 12 Abs. 1a VAG](#) auch im Basistarif historisch wechselnden Einschränkungen unterliegt und von Leistungsausschlüssen und Zuzahlungen geprägt ist. Für Asylbewerber ist er nach Maßgabe der §§ 2, 4 AsylbLG noch stärker eingeschränkt.

Weder die Begriffe "Absicherung im Krankheitsfall" in [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) noch "Krankheitsvollversicherung" in [§ 315 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) noch "Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung" in [§ 193 Abs. 3 Satz 1 VVG](#) sind insoweit aus sich heraus eindeutig. Nach Auffassung des Senats bedarf es trotz der Unterschiede zwischen GKV und PKV und der unterschiedlichen Wortwahl einer im Wesentlichen einheitlichen Auslegung des mit diesen Begriffen intendierten Schutzniveaus. Der Umfang der "Absicherung" nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) ist im Lichte der Parallelnorm des [§ 193 Abs. 3 VVG](#) zu interpretieren; dagegen dürfte die Übergangsbestimmung des [§ 315 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) nicht ausschlaggebend sein. Ohne im Wesentlichen einheitliche Bestimmung des Schutzniveaus hinge von dem oft zufälligen Umstand, ob zuletzt eine gesetzliche oder eine private Krankenversicherung bestanden hat ([§ 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V](#)), nicht nur der Träger der Auffangversicherung ab, sondern auch, ob überhaupt eine Versicherungspflicht besteht. Für eine solche Ungleichbehandlung besteht keine sachliche Rechtfertigung. Für eine einheitliche Auslegung spricht auch, dass alle genannten Bestimmungen vom Willen des GKV-WSG-Gesetzgebers umfasst waren.

Die "Absicherung im Krankheitsfall" ist der weiteste Begriff; er umfasst den Schutz der Klägerin bei TRICARE ohne weiteres auch ohne Anspruch auf Zahnbehandlung. "Krankheitsvollversicherungen" treten in der PKV mit unterschiedlichem Leistungsspektrum in Erscheinung (vgl. etwa BVerfG 10. Juni 2009 – [1 BvR 706/08](#), [BVerfGE 123, 186](#), Rn. 5). Wenn sie auch im Allgemeinen ein höheres und umfassenderes Leistungsniveau als die GKV aufweisen, stehen einzelne Leistungsausschlüsse dem Charakter eine Vollversicherung nicht entgegen.

Die Wendung "ambulante und stationäre Heilbehandlung" in [§ 193 Abs. 3 Satz 1 VVG](#) wird im Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss, [BT-Drucks. 16/4247 S. 67](#), noch zum "[§ 178a](#)" VVG des GKV-WSG) als Bezeichnung für "klassische Leistungsbereiche in der PKV" angesehen und insoweit auf [§ 12 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2](#) der Kalkulationsverordnung verwiesen (KalV – Verordnung über die versicherungsmathematischen Methoden zur Prämienkalkulation und zur Berechnung der Alterungsrückstellung in der privaten Krankenversicherung vom 18. November 1996; gemeint war offenbar [§ 12 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 und 2 KalV](#)). Nach [§ 12 Abs. 1 Satz 1 KalV](#) sind als Krankenversicherungstarife mit gleichartigem Versicherungsschutz, in die der Versicherte zu wechseln berechtigt ist, solche Tarife anzusehen, die gleiche Leistungsbereiche wie der bisherige Tarif umfassen und für die der Versicherte versicherungsfähig ist. Nach [Abs. 1 Satz 2](#) sind Leistungsbereiche insbesondere:

Kostenerstattung für ambulante Heilbehandlung,

Kostenerstattung für stationäre Heilbehandlung sowie Krankenhaustagegeldversicherungen mit Kostenersatzfunktion,

Kostenerstattung für Zahnbehandlung und Zahnersatz,

Die weiteren aufgeführten Leistungsbereiche (Nr. 4 bis 7) betreffen laufende Geldleistungen und keine Krankenbehandlung. In § 12 Abs. 1 KalV wird somit für die PKV zwischen "ambulanter und stationärer Heilbehandlung" einerseits und "Zahnbehandlung und Zahnersatz" andererseits unterschieden. Überträgt man das auf [§ 193 Abs. 3 Satz 1 VVG](#), begründet das Fehlen eines entsprechenden Versicherungsschutzes für Zahnbehandlung und Zahnersatz keine Versicherungspflicht in der PKV. Dieser Folgerung wird in der privatversicherungsrechtlichen Literatur zugestimmt (vgl. Marlow/Spuhl, VersR 2009, 593, 596 f.; Grote/Bronkars, VersR 2008, 580, 581; Marko, Private Krankenversicherung nach dem GKV-WSG und VVG-Reform 2008, S. 15; Bach/Moser/Kalis, PKV 4. Aufl. § 193 Rn. 5; Looschelders/Pohlmann/Reinhard, VVG Taschenkommentar 2010, Rn. 8; zurückhaltend Voit in Prölss/Martin, VVG 28. Aufl. § 193 Rn. 11).

Der Senat schließt sich dem an. Im SGB V stehend wären die Worte "ambulante und stationäre Heilbehandlung" zwar kaum im Sinne eines Ausschlusses der Zahnbehandlung zu interpretieren (vgl. etwa [§§ 27 Abs. 1, 28 Abs. 1](#) und 2 SGB V, die unter dem Begriff "Krankenbehandlung" auch die zahnärztliche Behandlung erfassen). Doch hat diese Begrifflichkeit in der PKV eine solche Bedeutung, weshalb im Bericht des Ausschusses für Gesundheit zu § 178a (= § 193) Abs. 3 Satz 1 VVG (a.a.O.) zu Recht auf § 12 KalV hingewiesen wird (so auch Grote/Bronkars, a.a.O.). Unabhängig davon genügt ein vor dem 1. April 2007 vereinbarter Krankheitskostenversicherungsvertrag gemäß [§ 193 Abs. 3 Satz 3 VVG](#) den Anforderungen des Satzes 1 der Vorschrift. Ein Zahnversicherungsschutz ist für Altfälle dieser Art daher erst Recht nicht erforderlich. Dies ist bei der Auslegung des Begriffs "anderweitiger Anspruch auf Absicherung" zu berücksichtigen.

Bei im Wesentlichen einheitlicher Interpretation der vom GKV-WSG-Gesetzgeber vorgesehenen "Eingriffsschwelle" für den Versicherungszwang steht somit der fehlende Anspruch auf Zahnbehandlung der Annahme einer anderweitigen Absicherung im Sinne des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) nicht entgegen. Eine Auslegung des Begriffs "Absicherung" in [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) im Lichte der Wendung "ambulante und stationäre Heilbehandlung" aus [§ 193 Abs. 3 VVG](#) ist, wie oben ausgeführt, schon zur Vermeidung einer sachwidrigen Ungleichbehandlung geboten. Abgesehen davon erschiene es auch im Hinblick auf die Vertrags- und Handlungsfreiheit der Betroffenen verfassungsrechtlich problematisch, bei einer bestehenden Absicherung der hier vorliegenden Art allein wegen fehlenden Schutzes für Zahnbehandlung eine Pflicht zum Abschluss einer (gesetzlichen oder privaten) Krankenversicherung zu statuieren. Insbesondere bei Versicherungspflicht in der GKV kann ein passend zugeschnittener ergänzender Schutz nicht erlangt werden, sondern nur ein vollständiger Eintritt in dieses System; dabei verfielen die bisherige, u.U. kostenfreie Absicherung, die einen erheblichen Vermögenswert darstellen kann. Dem kann nicht mit dem Abschluss einer ergänzenden Zahnversicherung in der PKV begegnet werden, wenn diese nicht zum Abschluss bereit ist.

III. Die Beiladung eines privaten Krankenversicherers gemäß [§ 75 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) schied aus. Die Klägerin hat einen solchen nicht benannt. Auch eine Beiladung nach [§ 75 Abs. 2 SGG](#) kam nicht in Betracht. Eine unmittelbare Auswirkung der Entscheidung dieses Rechtsstreits auf die Rechtsstellung eines Versicherungsunternehmens ist nicht ersichtlich.

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

Die Zulassung der Revision beruht auf [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#). Die für den Ausgang des Rechtsstreits erheblichen Fragen, insbesondere zu Art und Umfang des Anspruchs auf anderweitige Absicherung i.S.d. [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#), sind in der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts bislang nicht geklärt.

Rechtskraft

Aus

Login

SAN

Saved

2012-10-01