

L 4 KR 1252/20 ER-B

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Konstanz (BWB)
Aktenzeichen
S 2 KR 263/20 ER
Datum
19.03.2020
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 KR 1252/20 ER-B
Datum
13.05.2020
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Beschluss
Leitsätze

1. Die Versicherung bei einer schweizerischen Versicherungsgesellschaft, die mangels staatlichen Trägers den Charakter einer privaten Krankenversicherung hat, ist trotz grundsätzlicher Geltung des Territorialitätsprinzips gemäß Art. 5b VO (EG) 883/2004 im Rahmen von [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) mit einer deutschen privaten Krankenversicherung gleichzustellen. Die Auffangversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13a SGB V](#) greift dann nicht ein. 2. Allein die Aushändigung einer Gesundheitskarte begründet keine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung. Es handelt sich bei der Karte lediglich um ein Ausweispapier und nicht um ein Wert- oder Legitimationspapier. Die Beschwerde der Antragstellerin gegen den Beschluss des Sozialgerichts Konstanz vom 19. März 2020 wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten des Beschwerdeverfahrens sind nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Die Antragstellerin begehrt, die Antragsgegnerin im Wege einstweiliger Anordnung zu verpflichten, ihr mit Wirkung vom 1. Januar 2020 Krankenversicherungsschutz zu gewähren.

Die 1949 geborene Antragstellerin ist deutsche Staatsangehörige und war bis zum 31. Januar 1984 als Beschäftigte bei der Antragsgegnerin pflichtversichert. Danach war sie als angestellte Reiseleiterin über einen Gruppenvertrag der damaligen Arbeitgeberin der T. C. Service AG in der Schweiz bei der Z. Versicherungs-Gesellschaft AG gegen Krankheit versichert. Seit 1996 war sie als Reiseleiterin selbstständig tätig, konnte die Versicherung bei der Z. Versicherungs-Gesellschaft AG jedoch, auch nach Eintritt in die deutsche Altersrente, fortsetzen. Seit März 2013 bezieht sie zudem eine Schweizer Rente. Durch die Eröffnung des Insolvenzverfahrens über das Vermögen der früheren Arbeitgeberin wurde der Gruppenvertrag zum 31. Dezember 2019 beendet. Mit E-Mail vom 17. Oktober 2019 teilte die T. C. Service AG der Antragstellerin mit, dass damit auch ihr privater Versicherungsschutz zum 31. Dezember 2019 erlösche. Bereits mit Bescheid vom 13. August 2013 hatte die Antragsgegnerin die Aufnahme der Antragstellerin als Versicherte abgelehnt, da zuletzt eine private Krankenversicherung bestanden habe.

Mit Schreiben vom 5. November 2019 beantragte die Antragstellerin erneut die Aufnahme in die Versicherung bei der Antragsgegnerin. Mit Schreiben vom 21. November 2019 teilte die Antragsgegnerin der Antragstellerin mit, dass diese nunmehr bei der Antragsgegnerin versichert sei und für die Erstellung der Gesundheitskarte noch ein Lichtbild erforderlich sei. Mit Schreiben vom 29. November 2019 übersandte die Antragsgegnerin der Antragstellerin die Gesundheitskarte und teilte mit, man freue sich, dass die Antragstellerin nunmehr bei ihr versichert sei.

Mit Schreiben vom 11. Dezember 2019 teilte die Antragsgegnerin der Antragstellerin mit, dass eine Aufnahme in die gesetzliche Versicherung nicht möglich sei, da zuletzt eine private Krankenversicherung bestanden habe.

Am 17. Dezember 2019 erhob die Antragstellerin hiergegen Widerspruch.

Während des laufenden Widerspruchsverfahrens hat die Antragstellerin zudem am 11. Februar 2020 beim Sozialgericht Konstanz (SG) einen Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz erhoben und zur Begründung ausgeführt, gemäß [§ 5 Abs. 1 Nr. 13](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) bestehe eine Pflichtversicherung. Die Z. Versicherungs-Gesellschaft AG sei in Deutschland nicht als Versicherungsunternehmen zugelassen. Daher sei nicht von einer zuletzt privaten Krankenversicherung auszugehen. Die Antragsgegnerin habe mit den Schreiben vom

21. und 29. November 2019 bereits mitgeteilt, dass eine Versicherung bestehe. Die Antragstellerin hat zudem an Eides statt erklärt, seit dem 1. Januar 2020 nicht über eine Krankenversicherung zu verfügen. Zudem hat sie ein Schreiben der Z. Versicherungs-Gesellschaft AG vom 5. März 2020 vorgelegt, wonach sie bei dieser im Zeitraum 1. Juni 1996 bis 31. Dezember 2019 gegen Heilungskosten als Privatpatient bei Krankheit und Unfall, inkl. Kosten für Zahnbehandlung, Brillen und Kontaktlinsen versichert gewesen sei.

Die Antragsgegnerin ist dem Antrag entgegengetreten. Zur Begründung hat sie ausgeführt, bei der Antragstellerin habe zuvor eine private Krankenversicherung bestanden. Aufgrund des Gleichstellungsgebots der VO (EG) 883/04 sei auch eine Versicherung bei einem in der Schweiz zugelassenen Unternehmen zu berücksichtigen. Ihre Schreiben vom 21. November 2019 und 29. November 2019 stellten keine Verwaltungsakte dar. Gründe für die Annahme unbilliger Härte seien anhand der Vermögensverhältnisse der Antragstellerin nicht ersichtlich. Die Antragstellerin sei gehalten, ihren Leistungsbedarf bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen abzuschließen.

Das SG hat den Antrag auf Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes mit Beschluss vom 19. März 2020 abgelehnt. Die Schreiben der Antragsgegnerin vom 21. und 29. November 2019 seien nicht bereits als die Mitgliedschaft feststellende Verwaltungsakte anzusehen. Zudem bestehe nach summarischer Prüfung keine Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#), da bei der Antragstellerin zuletzt keine gesetzliche Versicherung vorgelegen habe. Die Versicherung der Antragstellerin bei der Z. Versicherungs-Gesellschaft AG stelle eine einer Krankenvollversicherung nach § 192 (Versicherungsvertragsgesetz (VVG) vergleichbare Versicherung dar und sei gemäß Art. 5 VO (EG) 883/2004 zu berücksichtigen. Auf die Frage, ob die Versicherung in Deutschland zugelassen sei, komme es nach Ansicht des Gerichts nicht an.

Gegen den ihr am 23. März 2020 zugestellten Beschluss hat die Antragstellerin am 20. April 2020 Beschwerde beim Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg erhoben und zur Begründung ausgeführt, die Antragstellerin habe einen Anspruch auf Krankenversicherungsschutz bei der Antragsgegnerin gemäß [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 a\) SGB V](#), da sie in Deutschland zuletzt gesetzlich versichert gewesen sei. Die Z. Versicherungs-Gesellschaft AG sei in Deutschland nicht zum Geschäftsbetrieb zugelassen. Die Regelungen des SGB V und damit auch des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) unterlägen dem Territorialprinzip. Der Tatbestandsgleichheitsgrundsatz des Art. 5 VO (EG) 883/04 finde auf den vorliegenden Sachverhalt keine Anwendung. Insbesondere sei die Schweiz kein Mitgliedsstaat der Europäischen Gemeinschaft und auch nicht als solche im Sinne der Verordnung zu verstehen. Der Geltungsbereich der VO (EG) 883/04 sei nicht eröffnet. Auch stelle die Versicherung der Antragstellerin bei der Z. Versicherungs-Gesellschaft AG keine einer Krankenvollversicherung nach [§ 192 VVG](#) vergleichbare Leistung dar. Insbesondere kenne die Schweiz keine der Krankenversicherung gleichlaufende Pflegeversicherung. Die Versicherung in der Schweiz sei daher nicht mit in die Prüfung einzubeziehen. Zur weiteren Begründung hat die Antragstellerin das Schreiben der Mobil Betriebskrankenkasse vom 23. Dezember 2019 vorgelegt, wonach man sie leider nicht als Mitglied aufnehmen könne, da sie zuletzt bei der Antragsgegnerin gesetzlich versichert gewesen sei. Die Z. Versicherungs-Gesellschaft AG sei in Deutschland nicht zum Geschäftsbetrieb zugelassen. In Deutschland sei allein die Z. Beteiligungs-Aktiengesellschaft (Deutschland) zugelassen, die aber in keinem Kontakt "mit ihrem Versicherungsvertrag" stehe. Durch die fehlende Zulassung der Z. Versicherungs-Gesellschaft AG in Deutschland sei die Antragsgegnerin als letzte Versicherung im Sinne der Versicherungspflicht nach [§ 15 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) anzusehen.

Die Antragstellerin beantragt,

den Beschluss des Sozialgerichts Konstanz vom 19. März 2020 aufzuheben und die Antragsgegnerin zu verpflichten, ihr bis zur rechtskräftigen Entscheidung in der Hauptsache einstweiligen Krankenversicherungsschutz nach dem SGB V, insbesondere Krankenbehandlung gemäß [§§ 27 ff SGB V](#), zu gewähren.

Die Antragsgegnerin beantragt,

die Beschwerde zurückzuweisen.

Zur Begründung hat sie auf die im angefochtenen Beschluss des Sozialgerichts Konstanz dargelegten Entscheidungsgründe und auf ihre erstinstanzlichen Ausführungen verwiesen. Ergänzend hat sie Bezug genommen auf den Beschluss des LSG Berlin-Brandenburg vom 3. April 2020 (L 9 KR 170/20 B ER).

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakten und der beigezogenen Verwaltungsakte der Antragsgegnerin Bezug genommen.

II.

1. Die gemäß [§ 173 Satz 1](#) und 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Beschwerde der Antragstellerin ist zulässig, insbesondere statthaft, und nicht nach [§ 172 Abs. 3 Nr. 1 SGG](#) ausgeschlossen, weil die Berufung in der Hauptsache nicht der Zulassung bedürfte, da keine Geld-, Dienst- oder Sachleistung oder ein darauf gerichteter Verwaltungsakt oder aber ein Erstattungsstreit zwischen juristischen Personen des öffentlichen Rechts betroffen ist.

2. Die Beschwerde der Antragstellerin ist jedoch nicht begründet. Das SG hat den Antrag auf Erlass der einstweiligen Anordnung zu Recht abgelehnt. Ein Anordnungsanspruch wurde vorliegend nicht glaubhaft gemacht.

a) Nach [§ 86b Abs. 2 Satz 2 SGG](#) sind einstweilige Anordnungen zur Regelung eines vorläufigen Zustands in Bezug auf ein streitiges Rechtsverhältnis zulässig, wenn eine solche Regelung zur Abwendung wesentlicher Nachteile nötig erscheint. Für den Erlass einer einstweiligen Anordnung ist Voraussetzung, dass ein dem Antragsteller zustehendes Recht oder rechtlich geschütztes Interesse vorliegen muss (Anordnungsanspruch), das ohne Gewährung des vorläufigen Rechtsschutzes vereitelt oder wesentlich erschwert würde, so dass dem Antragsteller schwere, unzumutbare Nachteile entstünden, zu deren nachträglicher Beseitigung die Entscheidung in der Hauptsache nicht mehr in der Lage wäre (Anordnungsgrund). Anordnungsanspruch und Anordnungsgrund müssen glaubhaft gemacht sein ([§ 86b Abs. 2 Satz 4 SGG](#) i.V.m. [§ 920 Abs. 2](#) Zivilprozessordnung [ZPO]). Glaubhaftmachung liegt vor, wenn das Vorliegen eines Anordnungsanspruchs und eines Anordnungsgrunds überwiegend wahrscheinlich sind. Dabei dürfen sich die Gerichte bei der Beurteilung der Sach- und Rechtslage an den Erfolgsaussichten der Hauptsache orientieren (Bundesverfassungsgericht [BVerfG], Beschluss vom 13. April 2010 - [1 BvR 216/07](#) - juris,

Rn. 64; BVerfG, Beschluss vom 6. August 2014 – [1 BvR 1453/12](#) – juris, Rn. 9).

Anordnungsanspruch und Anordnungsgrund stehen nicht isoliert nebeneinander; es besteht vielmehr eine Wechselbeziehung der Art, dass die Anforderungen an den Anordnungsanspruch mit zunehmender Eilbedürftigkeit bzw. Schwere des drohenden Nachteils (dem Anordnungsgrund) zu verringern sind und umgekehrt (vgl. Senatsbeschluss vom 30. Januar 2017 – [L 4 R 4622/16 ER-B](#); LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss vom 15. November 2013 – [L 15 AS 365/13 B ER](#) – juris, Rn. 18; LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 29. Januar 2007 – [L 7 SO 5672/06 ER-B](#) – juris, Rn. 2). Ist die Klage in der Hauptsache offensichtlich unzulässig oder unbegründet, so ist der Antrag auf einstweilige Anordnung ohne Rücksicht auf den Anordnungsgrund grundsätzlich abzulehnen, weil ein schützenswertes Recht nicht vorhanden ist. Ist die Klage in der Hauptsache dagegen offensichtlich begründet, so vermindern sich die Anforderungen an den Anordnungsgrund. In der Regel ist dann dem Antrag auf Erlass der einstweiligen Anordnung stattzugeben, auch wenn in diesem Fall nicht gänzlich auf einen Anordnungsgrund verzichtet werden kann (LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss vom 15. November 2013 – [L 15 AS 365/13 B ER](#) – juris, Rn. 18; Hessisches LSG, Beschluss vom 5. Februar 2007 – [L 9 AS 254/06 ER](#) – juris, Rn. 4).

Die einstweilige Anordnung dient lediglich der Sicherung von Rechten des Antragstellers, nicht aber ihrer Befriedigung. Sie darf deshalb grundsätzlich nicht die Entscheidung in der Hauptsache vorwegnehmen, weil sonst die Erfordernisse, die bei einem Hauptsacheverfahren zu beachten sind, umgangen würden. Wegen des Gebots der Gewährung effektiven Rechtsschutzes (vgl. [Art. 19 Abs. 4](#) Grundgesetz (GG)) ist vom Grundsatz des Verbots der Vorwegnahme der Hauptsache aber eine Abweichung dann geboten, wenn ohne die begehrte Anordnung schwere und unzumutbare, später möglicherweise nicht wieder gut zu machende Nachteile entstünden, zu deren Beseitigung eine nachfolgende Entscheidung nicht mehr in der Lage wäre (vgl. BVerfG, Beschluss vom 25. Oktober 1988 – [2 BvR 745/88](#) – juris, Rn. 17). Im Hinblick darauf, dass einstweilige Anordnungen den Zweck verfolgen, zu verhindern, dass Rechte des Betroffenen durch Zeitablauf vereitelt werden, ist eine Anordnung mit Rücksicht auf die eintretenden wesentlichen Nachteile nur dann erforderlich, wenn es nach den Umständen des Einzelfalls für den Antragsteller unzumutbar ist, ihn auf eine Entscheidung in einem Hauptsacheverfahren zu verweisen. Dagegen dient eine einstweilige Anordnung nicht dazu, zu Lasten anderer Beteiligter der Hauptsacheverfahren eine schnellere Entscheidung zu erlangen (Senatsbeschluss vom 20. April 2020 – [L 4 R 452/20 ER-B](#); LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss vom 5. November 2019 – [L 7 AL 83/19 B ER](#) – juris, Rn. 23).

b) Ein Anordnungsanspruch besteht nicht. Die Schreiben vom 21. November 2019 und 29. November 2019 enthalten keine die Versicherungspflicht regelnden Verwaltungsakte (unter 1). Die Antragstellerin ist zudem nicht gesetzlich krankenversichert (unter 2).

(1) Entgegen der Auffassung der Antragstellerin sind die Schreiben der Antragsgegnerin vom 21. November 2019 und 29. November 2019 nicht bereits als die Mitgliedschaft feststellende Verwaltungsakte anzusehen. Diesbezüglich verweist der Senat auf die zutreffenden Ausführungen des SG, welchen er sich vollumfänglich anschließt und daher von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe absieht ([§ 142 Abs. 2 Satz 3 SGG](#)). Lediglich ergänzend wird darauf hingewiesen, dass auch die Aushändigung einer Gesundheitskarte keine Versicherungspflicht der Antragstellerin in der gesetzlichen Krankenversicherung begründet. Es handelt sich bei der Karte lediglich um ein Ausweispapier und nicht um ein Wert- oder Legitimationspapier (LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 18. Mai 2015 – [L 11 KR 4414/14 ER-B](#) – juris, Rn. 46 m.w.N.). Ihre Aushändigung ist weder ein Verwaltungsakt, noch kommt ihr konstitutive Wirkung in Bezug auf die Begründung von Versicherungspflicht zu (vgl. BSG, Urteil vom 7. Dezember 2000 – [B 10 KR 3/99 R](#) – juris, Rn. 34 f.).

(2) Die Antragstellerin ist ab dem 1. Januar 2020 auch nicht gesetzlich krankenversichert. Ein Versicherungspflichttatbestand liegt nicht vor.

Die Antragstellerin ist zunächst 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 bis zur Stellung des Rentenanspruchs nicht mindestens 9/10 der zweiten Hälfte dieses Zeitraums Mitglied in der GKV war. Denn seit 1984 war die Antragstellerin nicht mehr in der GKV versichert. Sie ist ferner weder freiwillig gesetzlich versichert ([§ 9 SGB V](#)) noch familienversichert ([§ 10 SGB V](#)).

Die Antragstellerin ist auch nicht über die damit allein in Betracht kommende Auffangversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) gesetzlich krankenversichert. Danach sind Personen versicherungspflichtig, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und zuletzt gesetzlich krankenversichert waren (a) oder bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in Absatz 5 oder den in [§ 6 Abs. 1](#) oder 2 genannten Personen gehören oder bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten (b). 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](#). Die so genannte Auffangversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) tritt kraft Gesetzes ein. Der Beginn der Versicherungspflicht, die Mitgliedschaft des Versicherten und das (ggf. bestehende) Wahlrecht sind in [§§ 186 Abs. 11](#), [174 Abs. 3 SGB V](#) geregelt. Die Versicherung beginnt mit dem ersten Tag ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall im Inland und setzt weder den Abschluss eines Vertrags voraus noch fordert sie Kenntnis von der Versicherungspflicht (Felix in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2020, [§ 5 SGB V](#) Rn. 92).

Zwar ist die Antragstellerin nicht gemäß [§ 5 Abs. 8a SGB V](#) von der Auffangversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) ausgenommen, da sie, wie bereits ausgeführt, weder nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 1 bis 12 SGB V](#) versicherungspflichtig noch freiwilliges Mitglied oder nach [§ 10 SGB V](#) versichert ist. Auch ist sie keine Empfängerin laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches oder nach [§ 2](#) des Asylbewerberleistungsgesetzes. Auch das Alter der Antragstellerin von 70 Jahren am 1. Januar 2020 steht gemäß [§ 6 Abs. 3a Satz 4 SGB V](#) der Begründung einer Pflichtmitgliedschaft in der GKV nicht entgegen.

Die Antragstellerin verfügt ab dem 1. Januar 2020 auch über keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall. Die Versicherung gegen Krankheit bei der Z. Versicherungs-Gesellschaft AG endete zum 31. Dezember 2019. Dies ergibt sich aus dem Schreiben der Z. Versicherungs-Gesellschaft AG vom 5. März 2020. Eine anderweitige Absicherung ist nicht ersichtlich.

Allerdings war die Antragstellerin nicht zuletzt gesetzlich, sondern vielmehr privat krankenversichert. Die Versicherung bei der Z. Versicherungs-Gesellschaft AG, die mangels staatlichen Trägers den Charakter einer privaten Krankenversicherung hat, ist trotz

grundsätzlicher Geltung des Territorialitätsprinzips (vgl. [§ 30](#) Erstes Buch Sozialgesetzbuch [SGB I]) gemäß Art. 5b VO (EG) 883/2004 mit einer deutschen Versicherung gleichzustellen.

Maßgeblich ist insofern seit dem 1. Mai 2010 die VO Nr. 883/2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherung (vgl. zum Inkrafttreten Art. 90 Abs. 1, Art. 91 VO Nr. 883/2004 i.V.m. Art. 97 der Verordnung [EG] Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009), welche seit dem 1. April 2012 auch für die Schweiz anwendbar ist (Anhang II des Abkommens zwischen der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten einerseits und der Schweizerischen Eidgenossenschaft andererseits über die Freizügigkeit).

Der persönliche Anwendungsbereich ist nach Art. 2 Abs. 1 VO (EG) 883/2004 eröffnet. Danach gilt: Diese Verordnung gilt für Staatsangehörige eines Mitgliedstaats, Staatenlose und Flüchtlinge mit Wohnort in einem Mitgliedstaat, für die die Rechtsvorschriften eines oder mehrerer Mitgliedstaaten gelten oder galten, sowie für ihre Familienangehörigen und Hinterbliebenen. Die Antragstellerin ist zumindest als Empfängerin von deutschen und schweizerischen Rentenleistungen den Rechtsvorschriften mehrerer Systeme der sozialen Sicherheit unterworfen. Die begehrte Auffang-Pflichtversicherung betrifft einen Zweig der sozialen Sicherheit in Gestalt der Leistungen bei Krankheit, mithin den sachlichen Anwendungsbereich nach Art. 3 Abs. 1a VO (EG) 883/2004. Die Frage der Berücksichtigung oder Nichtberücksichtigung eines vorherigen Versicherungsverhältnisses in der Schweiz (vgl. Art. 1 Nr. 1 i.V.m. Abschnitt A Nr. 1 des Anhangs II des Abkommens zwischen der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten einerseits und der Schweizerischen Eidgenossenschaft andererseits über die Freizügigkeit) stellt auch einen grenzüberschreitenden Sachverhalt dar. Die Bundesrepublik Deutschland ist zuständiger Mitgliedstaat im Sinne dieser Vorschrift, da auf die Antragstellerin als ansonsten wirtschaftlich inaktive Bezieherin einer deutschen Rente das Wohnstaatsprinzip Anwendung findet (Art. 11 Abs. 3e VO (EG) 883/2004).

Die Anwendung des Art. 5b VO (EG) 883/2004 ist nicht auf das Leistungsrecht beschränkt; auch der Zugang zur Versicherung im Sinne der Begründung des Statusverhältnisses unterliegt im Regelfall dem Grundsatz der Tatbestandsgleichstellung (Hauschild, in: Hauck/Noftz, EU-Sozialrecht, Stand: März 2015, Art. 5 Rn. 19). Die Anwendung des Art. 5 VO (EG) 883/2004 auf Tatbestände, die den Zugang zum Versichertenstatus regeln, greift auch nicht in die alleinige Kompetenz der Mitgliedstaaten ein, den Zugang zu ihren Systemen der sozialen Sicherheit eigenverantwortlich zu regeln (vgl. z.B. EuGH, Urteil vom 28. April 1998 - [C-158/96](#) - juris, Rn. 17 ff. m.w.N.). Die Anwendung des Art. 5 VO (EG) 883/2004 verändert nämlich die Tatbestandsvoraussetzungen des Zugangs nicht, sondern verhindert lediglich, dass diese freizügigkeitshemmend interpretiert werden (Hessisches LSG, Beschluss vom 19. Juli 2011 - [L 1 KR 180/11 B ER](#) - juris, Rn. 33/34).

Nach Art. 5b VO (EG) 883/2004 berücksichtigt ein Mitgliedstaat die in einem anderen Mitgliedstaat eingetretenen entsprechenden Sachverhalte oder Ereignisse (hier: die jahrzehntelange, seit Juni 1996 bestehende private Krankenversicherung in der Schweiz), als ob sie im eigenen Hoheitsgebiet eingetreten wären, wenn nach den Rechtsvorschriften dieses zuständigen Mitgliedstaats der Eintritt bestimmter Sachverhalte oder Ereignisse Rechtswirkungen hat. Die genannte Verordnung dient u.a. der "Koordinierung der nationalen Systeme" und der Gleichbehandlung der Arbeitnehmer. Bezüglich der Frage, welche Versicherung i.S. von [§ 5 Abs. 1 Nr. 13a SGB V](#) "zuletzt" bestanden hat, sind Sachverhalte, die in anderen Mitgliedstaaten verwirklicht wurden, zu berücksichtigen (Felix, a.a.O., Fn. 214). Bei der Beurteilung der Voraussetzungen von [§ 5 Abs. 1 Nr. 13a SGB V](#) ist daher die "zuletzt" bei der Z. Versicherungs-Gesellschaft AG bestehende private Krankenversicherung zwingend zu berücksichtigen. Andernfalls ließe man einen "Systemwechsel" zu, den die Auffangregelung in [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) gerade vermeiden will (LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 4. April 2020 - L 9 KR 170/20 B ER - n.v.). Am 1. Januar 2020 war die Antragstellerin - wie schon seit 1984 - "ihrem Status nach" nicht mehr der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen. In der Begründung zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz ([BT-Drs. 16/3100, S. 94](#)) wird hierzu ausgeführt: "Bei Auslandsrückkehrern, insbesondere solchen im Rentenalter, richtet sich die Zuordnung zur privaten oder zur gesetzlichen Krankenversicherung nach dem Status, den sie aufgrund ihrer zuletzt ausgeübten Berufstätigkeit im Ausland gehabt haben."

Entgegen der Auffassung der Antragstellerin hat es sich bei der Versicherung bei der Z. Versicherungs-Gesellschaft AG auch um einen mit einem Krankheitskostenversicherungsvertrag im Sinne des [§ 192 Abs. 1 VVG](#) vergleichbaren privaten Krankenversicherungsvertrag gehandelt. Danach ist der Versicherer bei der Krankheitskostenversicherung verpflichtet, im vereinbarten Umfang die Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen und für sonstige vereinbarte Leistungen einschließlich solcher bei Schwangerschaft und Entbindung sowie für ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen zu erstatten. Das Vorhandensein einer "gleichlaufenden Pflegeversicherung" ist entgegen der Ansicht der Antragstellerin gerade nicht Voraussetzung. Nach der in der Verwaltungsakte der Antragsgegnerin vorliegenden Versicherungsbestätigung der Z. Versicherungs-Gesellschaft AG vom 5. März 2020 war die Antragstellerin bis zum 31. Dezember 2019 u.a. für Heilungskosten als Privatpatient bei Krankheit und Unfall, inklusive der Kosten für Zahnbehandlung, Brillen und Kontaktlinsen und somit umfassend und nicht nur teilweise im Sinne des [§ 192 Abs. 1 VVG](#) gegen Krankheitskosten versichert.

Ein Ausschluss der Zuordnung der Antragstellerin zur privaten Krankenversicherung ergibt sich auch nicht aus den in [§ 193 Abs. 3](#) Versicherungsvertragsgesetz (VVG) formulierten Anforderungen an das PKV-Versicherungsunternehmen. Danach wird als Pendant zur gesetzlichen Auffangversicherungspflicht die Verpflichtung zum Abschluss eines bestimmten Vertrages bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen definiert. Daher kann die zukunftsorientierte Zuweisung einer Person zum PKV-System im Sinne der Versicherungspflicht nach [§ 193 Abs. 3 VVG](#) nur dann erfolgen, wenn diese bereits in der Vergangenheit (zuletzt) einem Unternehmen angehörte, das den vorgenannten Anforderungen entspricht. Für Unternehmen in EU-/EWR-Staaten oder in der Schweiz ist dabei nach den Grundsätzlichen Hinweisen des GKV-Spitzenverbandes zur Auffangversicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) vom 14. Dezember 2018 (Seite 10, A.2.2.3.1) ohne weitere Prüfung anzunehmen, dass sie auch in Deutschland zugelassen sind. Der Grund hierfür liegt in der sich aus Art. 5b VO (EG) 883/2004 ergebenden Tatbestandsgleichstellung, welche eine "Koordinierung der nationalen Systeme" und der Gleichbehandlung der Arbeitnehmer bezweckt. Eine gesonderte Zulassung der Z. Versicherungs-Gesellschaft AG zum Geschäftsbetrieb in Deutschland ist entgegen der Auffassung der Antragstellerin damit gerade nicht erforderlich. Dass dies im Übrigen in der Vergangenheit auch keine praktische Rolle spielte, zeigt der Umstand, dass davon auszugehen ist, dass die Antragstellerin, die in der Bundesrepublik Deutschland lebt, die Leistungen der Z. Versicherungs-Gesellschaft AG bei Krankheit - wie bei einem im Inland zugelassenen privaten Krankenversicherungsunternehmen - in Anspruch genommen hat.

Die Antragstellerin ist demnach ab dem 1. Januar 2020 nicht gesetzlich krankenversichert, sondern gemäß [§ 193 Abs. 3 VVG](#) verpflichtet, eine Krankheitskostenversicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen abzuschließen.

3. Die Kostenentscheidung beruht auf einer entsprechenden Anwendung des [§ 193 SGG](#).

4. Dieser Beschluss ist nicht anfechtbar ([§ 177 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2020-06-03