

L 5 KR 508/17

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

5

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 55 KR 2334/16

Datum

04.07.2017

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 5 KR 508/17

Datum

05.12.2017

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Eine private Auslandskrankenversicherung hat keinen Anspruch gegen eine gesetzliche Krankenkasse auf Erstattung von Geldleistungen, die Versicherten für Krankenbehandlungen im Ausland gewährt wurden.

I. Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts München vom 04.07.2017 wird zurückgewiesen.

II. Die Klägerin trägt die Kosten auch der Berufung.

III. Der Streitwert für beide Instanzen wird auf 1.332,00 festgesetzt.

IV. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Kostenerstattung einer Krankenbehandlung in Ungarn.

1. Die Klägerin ist eine private Reiseversicherung in Form einer Aktiengesellschaft. Sie hatte im Jahr 2016 einen konsolidierten Umsatz von ca. 1,5 Mrd. EUR und ist eine 100%- Tochter der B. Gruppe. Die Klägerin ist weltweit tätig und bietet in Deutschland u.a. Schutz gegen Kranken- und Unfallrisiken im Ausland durch Hilfeleistungen im Notfall. Die Versicherung der Krankenbehandlung trägt dabei ein eigenes Unternehmen, vorliegend die Z. Versicherung.

Die 1952 geborene Frau C. (im Folgenden: die Versicherte) ist gesetzlich krankenversichertes Mitglied der Beklagten. Die Versicherte hatte als Inklusivleistung im Rahmen einer "Gold"-Kreditkarte ihrer Sparkasse Anspruch auf Leistungen bei Krankheit im Ausland durch die Klägerin. Nach den allgemeinen Versicherungsbedingungen (im Folgenden: AVB) für die Auslandsreise-Krankenversicherung (KVB-AKV Gold Kreditkarte 2012, Anlage zum Schriftsatz der Klägerin vom 13.02.17, insoweit wird auf Bl. 33 ff. der Sozialgerichtsakten Bezug genommen) ist Versicherer der Krankenbehandlung die Z., Niederlassung Deutschland (im Folgenden: Versicherer). Der Versicherer trat der Klägerin sämtliche Regress- und Erstattungsansprüche gegen gesetzliche Kassen ab, welche durch Leistung des Versicherers oder der Klägerin an versicherte Personen nach den AVB der Sparkasse Gold oder Platinkreditkarten entstehen (zum Inhalt wird auf die Anlage zum Schriftsatz der Klägerbevollmächtigten vom 24.11.2017 Bezug genommen).

2. Die Versicherte erlitt bei einem Auslandsaufenthalt in Ungarn unfallbedingt einen Bruch der Speiche, welcher vom 25.06.2013 bis 29.07.2013 im Krankenhaus der Stadt V., ca. 20 km nördlich von B., diagnostiziert und medizinisch ambulant behandelt wurde. Das Stadtkrankenhaus stellte der Versicherten dafür insgesamt 415.000 Forint in Rechnung (entspricht, abhängig vom aktuellen Umrechnungskurs, ca. 1.332 EUR). Die Versicherte machte diese Kosten bei der Klägerin geltend, welche volle Kostenerstattung leistete. Mit Schreiben vom 05.03.2014 bat die Klägerin wiederum die Beklagte um Kostenerstattung. Dies lehnte die Beklagte mit Schreiben vom 07.03.2014 ab.

3. Zur Verhinderung des Eintritts der Verjährung hat die Klägerin in diesem, wie in einer Vielzahl anderer Fälle, mit einer Stufen-Leistungsklage vom 22.12.2016 beim Sozialgericht München einen direkten Erstattungsdurchgriff gegen die Beklagte im Klagewege geltend gemacht. Auf der ersten Stufe (Auskunftsklage) hat die Klägerin Auskunft darüber verlangt, in welcher Höhe die Beklagte als gesetzliche Krankenversicherung der Versicherten deren Krankheitskosten aus der ärztlichen Behandlung in Ungarn fiktiv zu erstatten hätte. In der zweiten Stufe soll die Zahlung der aufgrund der Auskunft bezifferbaren Leistung, maximal in Höhe von 1.332 Euro, beantragt werden.

Die Klägerin hat ihre Ansprüche dabei primär auf einen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch sowie auf ungerechtfertigte Bereicherung, Gesamtschuldnerausgleich und Geschäftsführung ohne Auftrag gestützt. Sie habe mit der Begleichung der Behandlungskosten der Versicherten die Beklagte von einer Verbindlichkeit gegenüber ihrer Versicherten befreit. Die Klägerin als private Auslandskrankenversicherung sei aufgrund des Subsidiaritätsprinzips nur für diejenigen Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung bei einem Versicherungsnehmer notwendig blieben. Demzufolge habe sie Leistungen an ihre Versicherungsnehmerin rechtsgrundlos erbracht und sei zur Rückforderung gemäß [§ 812 BGB](#) berechtigt. Dazu hätte sie sich an die durch die rechtsgrundlos erbrachten Leistungen letztlich allein begünstigte Beklagte zu halten. Einer nachträglichen Zweck- und Tilgungsbestimmung stünden schutzwürdige Interessen der Beklagten nicht entgegen.

Während die Klägerin beantragt hat, die Beklagte zur Auskunftserteilung und Zahlung des sich daraus ergebenden Anspruchs zuzüglich Zinsen zu verurteilen, hat sich die Beklagte zur Klage weder geäußert noch einen Klageantrag gestellt.

Das Sozialgericht hat die Klage mit Gerichtsbescheid vom 04.07.2017 abgewiesen. Es fehle an einer Anspruchsgrundlage. Ein Hauptanspruch aus Gesamtschuldnerschaft, aus [§ 86 VVG](#), aus einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch, aus ungerechtfertigter Bereicherung sowie aus Geschäftsführung ohne Auftrag bestehe nicht, damit auch kein akzessorischer Anspruch auf Auskunft.

Dagegen hat die Klägerin mit den erstinstanzlichen Anträgen Berufung eingelegt. Die Erstattungsforderung sei insbesondere auf der Basis eines öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch mit der übertragbaren Rechtsprechung des BSG vom 03.04.2014 (Az: [B 2 U 21/12 R](#)) und Ausgleichspflichten in analoger Anwendung der Bestimmungen des VVG begründet. Wirtschaftliche Erwägungen würden das Prinzip der Subsidiarität der privaten Versicherung untermauern, für diese zahle ein Versicherungsnehmer im Gegensatz zu einkommensabhängigen Beiträgen zur gesetzlichen Versicherung nur 4 bis 5 EUR pro Monat. Die Klägerin hat zudem geltend gemacht, dass die gesetzlichen Kassen bis vor einigen Jahren Erstattungen geleistet hätten; vor diesem Hintergrund würden 10% von 1.332 EUR begehrt, sie sei in Höhe von 90% selbst leistungswillig.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Gerichtsbescheides des Sozialgerichts München vom 04.07.2017 zu verurteilen, darüber Auskunft zu erteilen, in welche Höhe die Beklagte als gesetzliche Krankenversicherung der Versicherten C. deren Behandlungskosten vom Juni/Juli 2013 in Ungarn nach den gesetzlichen Regelungen zu erstatten hätte, sowie die Beklagte zu verurteilen, den sich aus der entsprechenden Auskunftserteilung ergebenden Betrag zuzüglich gesetzlicher Zinsen seit Rechtshängigkeit zu zahlen, hilfsweise die Revision zuzulassen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Hinsichtlich des Streitwerts ist die Klägerin u.a. davon ausgegangen, dass lediglich ein Mittel von 10% der von der Klägerin jeweils gezahlten Beträge von der gesetzlichen Krankenversicherung zu erstatten seien. Davon sei im Hinblick auf die Stufenklage ein Viertel anzusetzen. In einem beigezogenen Verfahren (Az.: S 29 KR 2327/16) hat die Klägerin Schreiben verschiedener gesetzlicher Krankenkassen vorgelegt, wonach in der Vergangenheit (Jahre 2013 und 2014) je nach Versicherungsfall Beträge in Höhe von ca. 26 EUR bis ca. 5.400 EUR erstattet wurden. Die durch die Klägerin jeweils verauslagten Beträge sind dabei in der Regel geschwärzt worden.

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird auf die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz sowie die beigezogenen Akten des Verfahrens Az.: S 29 KR 2327/16, welche Gegenstand der mündlichen Verhandlung waren, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist nicht begründet. Zu Recht hat das Sozialgericht jeglichen Anspruch der Klägerin gegen die Beklagte verneint.

1. Der Rechtsweg zur Sozialgerichtsbarkeit ist eröffnet ([§ 51 Abs. 1 Nr. 2 SGG](#)). Es handelt sich vorliegend um eine Angelegenheit der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Klägerin macht mit Klage und Berufung geltend, sie habe die Beklagte von Verbindlichkeiten befreit, welche der Versicherten gegenüber der Beklagten aus deren öffentlich-rechtlichen Verhältnis der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem SGB V zugestanden hätten. Damit sind die geltend gemachten Anspruchsgrundlagen - jedenfalls zum Teil - dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechend auch dem weit gefassten [§ 51 Abs. 1 S. 1 SGB V](#) zuzuordnen. Ob diese durchgreifen, ist im Rahmen der Begründetheit der Berufung zu entscheiden (vgl. ausführlich, Beschlüsse des Bayer. LSG v. 25.10.2017, Az.: L 5 KR 450/17 B; v. 18.12.2017, Az.: L 4 KR 439/17 B).

Die Berufung ist zulässig. Die Prozessführungsbefugnis der Klägerin ergibt sich aus der Abtretungserklärung der Z. vom 30.01.2017.

2. Die Berufung ist nicht begründet. Es besteht weder eine Anspruchsgrundlage für einen Auskunftsanspruch noch für einen Leistungsanspruch der Klägerin gegen die Beklagte.

a. In Auswertung der medizinischen Dokumentation ist als Sachverhalt festzustellen, dass die in Deutschland gesetzlich krankenversicherte und wohnende Versicherte im Sommer 2013 vorübergehend ins Ausland nach Ungarn gereist war. Dort erlitt sie bei einem Unfall einen Bruch eines Unterarmknochens, nämlich der Speiche. Dieser Bruch wurde im Krankenhaus der Stadt V. am 25.06.2013 u.a. radiologisch diagnostiziert und sodann medizinisch ambulant behandelt bis 29.07.2013. Das Stadtkrankenhaus V. stellte der Versicherten dafür insgesamt 415.000 HUF in Rechnung (entspricht, abhängig vom aktuellen Umrechnungskurs, ca. 1.332 EUR). Die Versicherte beglich diese Rechnung, die Klägerin leistete für den Versicherer in Abwicklung des bei diesem infolge Auslandskrankenversicherung über die "Gold"-Kreditkarte bestehenden Versicherungsfalles Erstattung iHv 1.332 EUR. Der Versicherer hat sämtliche Regress- und Erstattungsansprüche gegen gesetzliche Kassen aus dem benannten Versicherungsfall an die Klägerin abgetreten. Dieser Sachverhalt ist zwischen den Beteiligten nicht streitig.

b. Die Besonderheit der nach [§ 202 SGG](#) i.V.m. [§ 254 ZPO](#) auch im sozialgerichtlichen Verfahren zulässigen Stufenklage als Sonderform der objektiven Klagehäufung liegt in der Zulassung eines unbestimmten (Haupt)- Antrages, neben dem die Auskunftsklage lediglich ein Hilfsmittel ist, um die noch fehlende Bestimmtheit des Leistungsanspruchs herbeizuführen (BSG Urteil vom 13.11.2012; Az: [B 1 KR 24/11 R](#); st.Rspr. des BGH, vgl. Urt. vom 16.6.2010, Az.: [VIII ZR 62/09](#) mwN). Folge dessen ist, dass bei einer Stufenklage die Ansprüche auf Auskunft und Leistung als Entscheidungsverbund in einem untrennbaren Zusammenhang stehen. Besteht der dem Leistungsbegehren zugrundeliegende Anspruch nicht, besteht auch kein Anspruch auf Auskunft über die potentielle Anspruchshöhe (vgl. BGH, Urt. v. 19.03.2013, Az.: [XI ZR 46/11](#); BSG, Urt. v. 28.08.2013, Az.: [B 6 KA 41/12](#)).

Wenn keine Anspruchsgrundlage für den Hauptleistungsanspruch in Form einer Kostenerstattung gegeben ist, besteht auch kein Anspruch auf den insoweit akzessorischen Anspruch auf Auskunft über die Höhe der vermeintlichen Leistungspflicht. In Anwendung dieser Grundsätze ist vorliegend der Auskunftsanspruch zu verneinen, da es an einem Hauptleistungs-, an einem Erstattungsanspruch fehlt.

c. Die Klägerin hat keinen Erstattungsanspruch gegen die Beklagte aus eigenem Recht. Die Klägerin hat nicht selbst das streitbegründende Risiko einer Auslands-Krankenbehandlung versichert, die Klägerin ist vielmehr nur dessen Abwickler für den Versicherer. Die Klägerin bewegt sich damit allein auf dem Gebiete des Privatrechts in den Rechtsbeziehungen zur Versicherten und zum Versicherer. Eigenständige Ansprüche gegenüber der Beklagten bestehen daher nicht; diese werden unstreitig nicht geltend gemacht.

d. Die Klägerin hat auch keinen Leistungsanspruch aus vom Versicherer abgetretenem Recht auf Grund eines öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs. Dieser ist als eigenständiges Rechtsinstitut des öffentlichen Rechts anerkannt, entsprungen aus dem Rechtsgedanken des zivilrechtlichen Bereicherungsrechts, jedoch nicht analog angewandt (st. Rspr. des BSG, siehe z.B. Urt. v. 30.01.1962, Az.: [2 RU 219/59](#); Urt. v. 16.07.1974, Az.: [1 RA 183/73](#), Sprau in Palandt, BGB, 76. Auflage 2017, Einführung vor § 812, Rz. 9; im Urt. v. 03.04.2014, Az.: [B 1 U 21/12](#) R spricht das BSG von "weitgehender Analogie", Rz. 22 - zitiert nach juris).

aa) Grundlage eines Anspruchs aus diesem Rechtsinstitut ist eine rechtsgrundlose Vermögensverschiebung in einer Rechtsbeziehung der Beteiligten, welche dem öffentlichen Recht zuzuordnen ist. Das ist vorliegend zu verneinen. Weder bestehen Grundlagen für eine öffentlich-rechtliche Beziehung zwischen gesetzlichen Krankenkassen (hier die Beklagte) und privaten Krankenversicherern (hier der Versicherer), noch haben die Beteiligten oder der Versicherer diesbezüglich öffentlich-rechtliche Verträge oder Vereinbarungen geschlossen (vgl. dazu die Rechtsauffassung des Bundesversicherungsamts (BVA) im Schreiben vom 04.02.2014, Az: IV 4 - 90.44 - 0730/2009, verfügbar unter http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Krankenversicherung/Rundschreiben/Erstattungsantraege_Auslandsreise_KV.pdf).

bb) Ausgangspunkt des Erstattungsanspruchs ist der nach dem SGB V zu beurteilende gesetzliche Leistungsanspruch der Versicherten gegenüber der Beklagten. Grundsätzlich hat die Versicherte gegen die Beklagte einen Sachleistungsanspruch ([§ 2 Abs. 1 SGB V](#)), welcher im Inland zu erbringen ist und infolge des Auslandsaufenthalts der Versicherten in Ungarn wegen der territorial begrenzten Verantwortlichkeit der gesetzlichen Krankenversicherung geruht hat ([§ 16 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#)). Aufgrund der vorrangigen Systeme der Europäischen Union zur Koordinierung nationaler Leistungsansprüche und zur Harmonisierung der grenzüberschreitenden Patientenmobilität hatte die Versicherte aber in Ungarn entweder einen Anspruch auf Sachleistung auf der Grundlage ungarischen Rechts als Sachleistungsaushilfe über die europäische Versicherungskarte (EHIC) gem. Art. 19 (EG) VO Nr. 883/2004 bei Bestimmung von Verfahren und Umfang im Einzelnen nach Art. 25 der Durchführungsverordnung (VO (EG) Nr. 987/2009) oder einen Kostenerstattungsanspruch (Geldleistung, [§ 11 SGB I](#)) nach den Vorgaben des [§ 13 Abs. 4-6 SGB V](#) (in Umsetzung der Rechtsprechung des EuGH zur Waren- und Dienstleistungsfreiheit und Beachtung der Richtlinie 2011/24/EU - Patientenmobilitätsrichtlinie).

Sofern ein Sachleistungsanspruch der Versicherten bestanden hat, ist dieser einer Abtretung nicht zugänglich. Zudem wäre ein Sachleistungsanspruch durch die Behandlung der Ulnarisfraktur durch das Stadtkrankenhaus in V. erfüllt. Für eine Kostenerstattung im Rahmen des [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) aufgrund mangelnder Erfüllung der Sachleistungsaushilfeverpflichtungen des ungarischen Trägers bestehen eine keine Anhaltspunkte.

Ein Kostenerstattungsanspruch der Versicherten gegen die Beklagte nach [§ 13 Abs. 4 - 6 SGB V](#) scheitert bereits an der fehlenden Zustimmung der Beklagten zu einer Krankenhausleistung im Ausland.

Selbst wenn ein Anspruch der Versicherten gegen die Beklagte unterstellt würde, liegt keine wirksame Abtretung an die Klägerin oder an den Versicherer vor. Die Abtretungsregelung in § 10 AVB, wonach ein Ersatzanspruch des Versicherten gegen einen Dritten auf den Versicherer übergeht, entfaltet wegen der fehlenden Zustimmung der Beklagten gemäß [§ 53 Abs. 2 Nr. 2 SGB I](#) keine Rechtswirkung gegen diese. Zudem erstreckt sich die Abtretung in § 10 AVB nicht auf das Recht, den Kostenerstattungsanspruch im Verwaltungs- oder Gerichtsverfahren feststellen zu lassen (BSG, Urt. v. 03.04.2014, Az.: [B 21/12 R](#), Rz. 13 - zitiert nach juris). Insoweit trägt das Sozialrecht mit der Beschränkung einer Abtretung auf festgestellte Kostenerstattungsansprüche dem besonderen Schutzbedürfnis der Sozialleistungsberechtigten einerseits und der Einbindung in die spezifischen Mitwirkungslasten andererseits Rechnung (BSG, Urt. v. 18.07.2006, Az.: [B 1 KR 24/05 R](#), Rz. 14 - zitiert nach juris).

e. Es besteht kein Anspruch nach [§§ 812 ff. BGB](#) analog. Die Anwendbarkeit der zivilrechtlichen Vorschriften kann, wenn überhaupt, nur in "weitgehender" Analogie (BSG v. 03.04.2014, a.a.O.) gegeben sein, wenn ein Anspruch gegen eine Körperschaft des öffentlichen Rechts geltend gemacht wird. Vorliegend fehlt es jedenfalls an den Voraussetzungen sowohl einer Leistungskondition ([§ 812 Abs. 1 S. 1 Alt. 1 BGB](#)) als auch der subsidiären Nichtleistungskondition ([§ 812 Abs. 1 S. 1 Alt. 2 BGB](#)).

aa) Mit der Erstattung der Behandlungskosten an die Versicherte hat die Klägerin keine Leistung nach [§ 812 Abs. 1 S. 1 Alt. 1 BGB](#) erbracht. Denn sie hat auf eine eigene Schuld geleistet und nicht bewusst und zweckgerichtet fremdes Vermögen vermehrt, indem sie eventuelle Leistungsverpflichtungen der Beklagten erfüllt hat. Die Versicherte hat durch den Erwerb der Gold-Kreditkarte gemäß [§ 13 Abs. 4 S. 2 AVB](#) einen (Vor)-Leistungsanspruch gegen den Versicherer bzw. die Klägerin im Sinne eines unbedingten Zahlungsanspruchs erworben. Nach dem objektiven Empfängerhorizont war der Wille der Klägerin bei der Zahlung der Behandlungskosten auf die Erfüllung ihrer Pflichten nach den AVB gerichtet. Diese sind nach dem Wortlaut so zu verstehen, dass die Versicherte mit der Zahlung der Auslandsreisekosten nach Ungarn über ihre Goldkreditkarte nicht nur einen Anspruch auf Leistungen erworben hat, welche ohnehin von der gesetzlichen

Krankenversicherung im EU-Ausland abgedeckt sind. Die AVB sind auch nicht so zu verstehen, dass nur Sonderkosten außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung - wie zB Krankenrücktransport - abgedeckt werden. Vielmehr bietet die Goldkreditkarte eine eigenständige Versicherungsleistung in Gestalt der Sorglos-Abdeckung eines Krankenfalles, welche namentlich die Krankenbehandlung und ihre Kosten sowie deren Abwicklung ohne Einschaltung der gesetzlichen Krankenversicherung in der Heimat erfasst. Dabei ist die Refinanzierung des entsprechenden Risikos auf Seiten des Versicherers durch erweiterte Umsätze des Kreditkartenunternehmens nach dem Wortlaut und der Ausgestaltung der AVB für die Versicherte und ihren Anspruch ohne Belang geblieben; sie durfte eine echte Zusatzleistung annehmen, welche ihr durch die Gebühren für die Goldkreditkarte und deren Einsatz gesichert zusteht.

Diese Auslegung wird zusätzlich gestützt durch die Überlegung, dass allein die Abdeckung von Sonderkosten außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung - wie zB Krankenrücktransport - kein attraktives Leistungsangebot darstellt, welches zum Erwerb der Goldkreditkarte marktmäßig veranlassen könnte.

bb) Dieser Rechtsgrund der Zahlung ist auch nicht nachträglich weggefallen, denn - im Gegensatz zu dem Sachverhalt, der dem Urteil des BSG vom 03.04.2014, a.a.O., zugrunde gelegen war - haben vorliegend die Versicherungsbedingungen des privaten Versicherers der Versicherten weitergehende Leistungen zugesagt. Während dort die Leistungspflicht des privaten Unfallversicherers laut dessen Versicherungsbedingungen ausdrücklich nur für die Aufwendungen bestanden, die über die Pflichten des gesetzlichen Unfallversicherungsträgers nach dem SGB VII hinausgingen, hat die Klägerin vorliegend den Versicherungsfall umfassender definiert (vgl. §§ 3,11,12 AVB) und damit auch Bereiche bedient, die von der gesetzlichen Versicherung abgedeckt sind. Obgleich Mehrfachversicherungen für den Verbraucher in aller Regel wenig sinnvoll sind, war das Angebot der Klägerin für die Versicherte wie dargelegt aus mehreren Gründen interessant. Zum einen wurde die Versicherungsleistung als Inklusivleistung ohne ersichtliche Zusatzkosten im Rahmen eines Kreditkartenerwerbs zur Verfügung gestellt. Zum anderen konnten Leistungen, die von der Beklagten im Grundsatz nur als Sachleistungen in Anspruch genommen werden dürften, von der Klägerin als Geldleistung gefordert werden. Und darüber hinaus erhalten die Versicherten im Bedarfsfall Kostenerstattung für bestimmte Leistungen (z.B. Krankenrücktransport), welche im Leistungskatalog des SGB V nicht enthalten sind. Die Klägerin hat demnach der Versicherten nicht irrtümlich Versicherungsleistungen gewährt, sondern bewusst und zweckgerichtet ihre vertraglichen Verpflichtungen nach dem Leistungsumfang ihres Versicherungsvertrags gegenüber der Versicherten erfüllt.

cc) Diesem Ergebnis widersprechen auch keine Billigkeitserwägungen nach dem auch im Sozialrecht geltenden Grundsatz von Treu und Glauben (§ 242 BGB analog), denn die Beklagte hat - anders als im Urteil des BSG vom 03.04.2014, a.a.O. - vorliegend durch die Leistung der Klägerin gerade keinen wirtschaftlichen Vorteil erlangt. Ein Anspruch der Versicherten gegen die Beklagte auf Kostenerstattung - sofern die Voraussetzungen für einen Erstattungsanspruch nach § 13 SGB V oder aufgrund Systemversagens vorlägen - wäre durch die Leistung der Klägerin gerade nicht erloschen. Die Beklagte könnte der Versicherten einen Erstattungsanspruch nach § 13 SGB V nicht mit dem Argument verweigern, der private Versicherer habe bereits geleistet. Mangels Rechtsbeziehung zwischen der Beklagten und der Klägerin könnten überschießende Zahlung an die Versicherte (zur Vermeidung einer "Bereicherung durch Krankheit") nur unter bestimmten Voraussetzungen im privatrechtlichen Verhältnis zwischen der Versicherten und dem Versicherer vermieden werden. Die Vorrangvorschriften in §§ 10, 13 Abs.4 S. 1 AVB gelten ausschließlich zwischen der Versicherten und dem Versicherer bzw. der Klägerin. Entsprechende Regeln existieren im SGB V nicht.

dd) Die Voraussetzungen einer Nichtleistungskondition (§ 812 Abs. 1 S. 1 Alt. 2 BGB) liegen schon wegen des Vorrangs der Leistungsbeziehungen nicht vor. Leistungsbeziehungen gibt es zwischen der Klägerin und der Versicherten einerseits und der Beklagten und der Versicherten andererseits vor, nicht jedoch zwischen der Klägerin und der Beklagten. f. Es besteht kein Forderungsübergang aus einer Gesamtschuldnerschaft der Klägerin (aus abgetretenem Recht des Versicherers) und der Beklagten. Nach §§ 78 Abs.1, 200 VVG haften Versicherer im Falle einer Mehrfachversicherung in der Weise als Gesamtschuldner als jeder Versicherer den von ihm nach dem Vertrag zu leistenden Betrag zu zahlen hat, der Versicherungsnehmer aber insgesamt nicht mehr als den Betrag des Schadens verlangen kann. Diese Voraussetzungen sind im vorliegenden Fall nur insoweit erfüllt, als die Versicherte bei der Beklagten sowie beim Versicherer gegen das Risiko einer Erkrankung im Ausland Versicherungsschutz hatte und im Ausnahmefall der Anspruch auf Vorleistung der Kostenerstattung gegen die Klägerin (§ 13 Abs. 4 S. 2 AVB) mit einem Kostenerstattungsanspruch nach § 13 SGB V zusammentreffen konnte. §§ 78 Abs. 1, 200 VVG finden hier jedoch keine unmittelbare Anwendung, da das Versicherungsvertragsgesetz die Beziehungen der privaten Versicherer untereinander regelt. Darunter fällt die Beklagte als Körperschaft des öffentlichen Rechts (§ 4 Abs. 1 SGB V) naturgemäß nicht (so auch AG Bielefeld, Urt. vom 04.04.2017, Az.: 404 C 125/16, Rz. 13 - zitiert nach juris).

Eine analoge Anwendung der Norm scheidet ebenfalls aus (Armbrüster in Prölss/Martin, VVG, 29. Aufl. 2015, § 78 Rz. 2; vgl. auch BVA v. 14.02.2014, a.a.O.). Es fehlt bereits an einer planwidrigen Regelungslücke. Unabhängig davon, dass es unwahrscheinlich ist, dass der Gesetzgeber den nicht seltenen Fall des Zusammentreffens einer gesetzlichen mit einer privaten Versicherung (neben der Sozialversicherung des SGB V auch des SGB VI, VII und XI häufig der Fall) nicht bedacht hat (so auch AG Bielefeld, a.a.O., Rz. 14), bedarf es einer gesetzlichen Haftungsregelung nicht. Die Systeme der privaten und gesetzlichen Versicherungen sind bereits in ihren Grundstrukturen unterschiedlich aufgebaut, hinsichtlich des SGB V besteht der Strukturunterschied insbesondere aufgrund des Kostenerstattungsprinzips einerseits und des Sachleistungsprinzips andererseits. Privatversicherer erbringen keine Sachleistungen, sie bieten daher in der Regel Geldleistungen vor dem Hintergrund des gesetzlichen Katalogs an, indem sie entweder Risiken absichern, die nicht gesetzlich versichert sind (z.B. Krankenrücktransport, Berufsunfähigkeitsleistungen), oder weitergehende Leistungen (z.B. privatärztliche Behandlung, höhere Renten) gewähren. In den Fällen, in denen Mehrfachleistungen auftauchen können und damit eine vergleichbare Interessenlage wie die in §§ 78, 200 VVG geregelte auftreten, können die rechtlichen Folgen nur im Verhältnis zwischen dem Privatversicherer und dem Versicherungsnehmer vereinbart werden. So ist § 200 VVG auch als Einrede des Versicherers gegenüber einem Leistungsanspruch des Versicherungsnehmers gestaltet (vgl. Voit in Prölss/Martin, VVG, a.a.O., § 200 Rz. 6 m.w.N.).

Ein Anspruch aus Gesamtschuldnerhaftung kann auch nicht auf § 426 Abs. 2 BGB analog gestützt werden. Zum einen wird durch § 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V die analoge Anwendung der BGB-Vorschriften nur unter dem Vorbehalt der dortigen Voraussetzungen angeordnet, welche vorliegend nicht erfüllt sind. Zudem fehlt es mangels gesetzlicher Anordnung oder entsprechender Vereinbarung bereits an einer Gesamtschuldnerschaft nach § 421 BGB (vgl. BVA v. 14.02.2014, a.a.O.). Die gesetzlich geforderte Gleichstufigkeit der Forderungen, die zu einer Tilgungsgemeinschaft der Klägerin und der Beklagten führen würde, liegt gerade nicht vor (Grüneberg in Palandt, a.a.O., § 421 Rz. 7).

g. Ein gesetzlicher Forderungsübergang nach [§§ 86 VVG, 194 Abs. 1 S. 1 VVG](#) scheitert - eine analoge Anwendbarkeit der Vorschriften unterstellt - an der mangelnden Kongruenz zwischen der Leistung des Versicherers (abgetreten an die Klägerin) und dem Anspruch der Versicherten. Ein potentiell bestehender Erstattungsanspruch der Versicherten gegen die Beklagte nach [§ 13 SGB V](#) ist schon deshalb nicht übergangsfähig, weil das aus dem Sozialrechtsverhältnis resultierende besondere Schutzbedürfnis des Sozialleistungsberechtigten den Verlust seines Rechts auf Feststellung des vermeintlichen Kostenanspruchs im Verwaltungs- oder Gerichtsverfahren den gesetzlichen Forderungsübergang verbietet (BSG, Urt. v. 03.04.2014, a.a.O., Rz. 18 - nach juris).

h. Der geltend gemachte Erstattungsanspruch lässt sich nicht aus den im öffentlichen Recht analog anzuwendenden Vorschriften zur Geschäftsführung ohne Auftrag ([§§ 677ff. BGB](#)) ableiten. Die Kläger hat, wie oben unter b) ausgeführt, weder subjektiv Fremdgeschäftsführungswillen gehabt noch wäre ein solcher nach außen hinreichend deutlich in Erscheinung getreten (vgl. auch BSG, Urt. v. 03.04.2014, a.a.O., Rz.20 - nach juris).

i. Entgegen der Auffassung der Klägerin besteht letztlich auch keine generelle Subsidiarität der Leistungspflicht von privaten Versicherern oder umgekehrt eine grundsätzliche Vorrangigkeit der Leistungspflicht der GKV. Gesetzliche Normen, die eine Subsidiarität ausdrücken, bestehen nicht. Die Systeme existieren vielmehr mit ihren strukturellen Unterschieden nebeneinander (vgl. oben unter c)). Ein Nachrangverhältnis der privaten Versicherung kann nur - wie bspw. im anders als vorliegend gelagerten Fall des BSG vom 03.04.2014, a.a.O. - bilateral zwischen dem privaten Versicherer und seinem Versicherungsnehmer vereinbart werden. Die Möglichkeit des Durchgriffs des privaten Versicherers auf die GKV würde das Sachleistungsprinzip auch in Form der Sachleistungsaushilfe in der EU bzw. im Rahmen von bilateralen Abkommen systematisch aushöhlen. Zudem erscheint es grundsätzlich nicht sachgerecht, dass private Versicherer aufgrund einer generellen Subsidiarität stets Rückgriff auf die gesetzlichen Krankenversicherungen nehmen können. In der Folge hätten sie häufig keine Aufwendungen, erhalten aber gleichzeitig von den Versicherungsnehmern die Prämie (so AG Bielefeld, Urt. v. 04.04.2017, a.a.O.). Diese Überlegung gilt wegen des Refinanzierungssystems im vorliegenden Geschäftsmodell, in denen die Auslandskrankenversicherung eine Inklusivleistung einer Kreditkarte darstellt, zwar nur eingeschränkt, auch kann nicht beurteilt werden, inwieweit versicherungsmathematisch errechnete Risiken bei Versicherungsprämien in Höhe von monatlich 4-5 EUR und Zinsgewinnen aus der Nutzung der Kreditkarte abgedeckt werden. Jedoch können die Geschäftsmodelle und Refinanzierungsmodalitäten privater Versicherer keine Auswirkung auf das Verhältnis zwischen privater Versicherung und der gesetzlichen Sozialversicherung haben. Deshalb sind die gesetzlichen Krankenkassen durch den Gesetzgeber auch nicht ermächtigt, das Beitragsaufkommen der Gemeinschaft der Beitragszahler für Erstattungsforderungen von privaten Versicherungen aufzuwenden. Der Aufgabenbereich der gesetzlichen Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts ist durch den nationalen und europäischen Gesetzgeber beschränkt und darf auch im Bereich der Auslandskrankenversicherung nicht über den gesetzlich eng begrenzten Umfang des Leistungsrechts erweitert werden (vgl. LSG Hessen, Urteil v. 23.04.2015, Az.: [L 1 KR 337/12 KL](#), nachgehend BSG, 31.05.2016, Az.: [B 1 A 3/15 R](#), erledigt durch Rücknahme).

Die Berufung bleibt damit ohne Erfolg. Zur Verzinsung bedarf es folglich keiner Entscheidung.

3. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197 a Abs. 1 SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 1 VwGO](#).

4. Die Streitwertfestsetzung basiert auf [§ 197a Abs.1 SGG](#), [§§ 52 Abs. 1](#) und 3, [47 Abs. 1 S. 1 GKG](#).

Der Streitwert ist gemäß [§ 52 GKG](#) nach der sich aus dem Antrag der Klägerin bei objektiver Beurteilung der für sie ergebenden Bedeutung der Sache nach richterlichem Ermessen zu bestimmen. Das erklärte prozessuale Ziel der Klägerin ist es, auf der zweiten Stufe ihrer Klage nach Möglichkeit den gesamten an ihre Versicherungsnehmerin gezahlten Betrag in Höhe von 1.332,00 Euro von der Beklagten zurück zu erhalten. Nach diesem Betrag bestimmt sich deshalb der Streitwert. Sofern die Klägerin in diesem wie in zahlreichen Parallelverfahren geltend macht, im Mittel seien nur 10% der Auslagen der Klägerin von der Beklagten zu erstatten, so dass sich der Streitwert entsprechend reduziere, steht dies nicht im Einklang mit dem in der mündlichen Verhandlung zuletzt gestellten Antrag. Zudem ist dieser Vortrag weder nachgewiesen noch glaubhaft. Aus den - möglicherweise statistisch nicht belastbaren - Erstattungszusagen einiger gesetzlicher Kassen, vorgelegt im von der Klägerin betriebenen Verfahren S 29 KR 2327/16, lässt sich ein 10%-Mittel nicht erkennen. Die teilweise hohen Erstattungsbeträge sprechen eher für eine wesentlich höhere Quote. Weil der Streitwert die Bemessungsgrundlage für die Gerichtsgebühren ([§ 3 Abs. 1 GKG](#)) sowie für die Gebühren der bevollmächtigten Rechtsanwälte ist, darf er nicht auf unsubstantiierten Schätzungen beruhen. Wenn ein bestimmter Zahlungsbetrag streitauslösend ist und das vollumfängliche Klagebegehren abbildet, dann ist dieser dem Streitwert zugrunde zulegen, selbst wenn die vollumfängliche Erstattung dieses Betrags nicht stets zu erreichen ist. Der Vortrag der Klägerin in der Berufungsschrift, wonach sie zu 90% leistungsbereit wäre, ist allenfalls als Vergleichsangebot zu werten - welches von der Beklagten nicht angenommen wurde - und führt im Hinblick auf die in der Berufung gestellten Anträgen zu keinem anderen Ergebnis.

Die Geltendmachung der Leistung in Form einer Stufenklage führt nicht zur beantragten Minderung des Streitwerts auf ein Viertel. Nach [§ 44 GKG](#), der auch für ein Zusammentreffen mit einer Leistungsklage anwendbar ist (Hartmann, Kostengesetze, 46. Aufl. 2016, [§ 44 GKG](#), Rz. 2), ist für die Wertberechnung der höhere Anspruch maßgebend, wenn in einer Instanz über beide Ansprüche entschieden wird (vgl. Streitwertkatalog, 5. Aufl. 2017, Punkt 7.1; BSG, Urt. v. 27.11.2014, Az.: [B 3 KR 7/13 R](#)). Bei einer Leistungsklage ist nach [§ 40 GKG](#) der eingeklagte Wert ausschlaggebend, selbst wenn der Prozess nicht mehr in die Leistungsstufe kommt (Hartmann, a.a.O., Rz. 7).

5. Die Revision war wegen grundsätzlicher Bedeutung zuzulassen, [§ 160 Abs. 2 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2019-01-16