L 20 KR 72/18 B ER

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

20

1. Instanz

SG Würzburg (FSB)

Aktenzeichen

S 11 KR 37/18 ER

Datum

07.02.2018

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 20 KR 72/18 B ER

Datum

09.04.2018

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Beschluss

Leitsätze

Keine Leistungspflicht der GKV gegenüber Deutschen, die im Ausland leben und nur zur - missbräuchlichen - Inanspruchnahme von Leistungen der GKV nach Deutschland zurückkehren.

I. Zum Verfahren werden beigelegt:

1. Bezirk Unterfranken, Sozialverwaltung, C-Straße, C-Stadt
2. Landkreis Main-Spessart, Sozialhilfeverwaltung, D-Straße, D-Stadt
3. Jobcenter Main-Spessart, E-Straße, D-Stadt

II. Die Beschwerde gegen den Beschluss des Sozialgerichts Würzburg vom 07.02.2018 wird zurückgewiesen.

III. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

IV. Der Antrag des Klägers auf Bewilligung von Prozesskostenhilfe für das Beschwerdeverfahren und Beordnung von Herrn Rechtsanwalt B., B-Stadt, wird abgelehnt.

Gründe:

I.

Der Antragsteller und Beschwerdeführer (im Folgenden: Antragsteller) begehrt im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes von der Antragsgegnerin und Beschwerdegegnerin (im Folgenden: Antragsgegnerin) die Gewährung von Krankenversicherungsschutz, hilfsweise den Beigeladenen zu 1) zur Übernahme künftiger Krankenbehandlungskosten zu verpflichten.

Der Antragsteller ist deutscher Staatsangehöriger und war bis 1986 versicherungspflichtig beschäftigt und Mitglied der Antragsgegnerin. Seit 1986 lebt er ganz überwiegend in Thailand. Sofern er immer wieder für kurze Zeit nach Deutschland zurückkehrt, lebt er bei seiner Schwester in A-Stadt - laut Meldebescheinigung der Verwaltungsgemeinschaft A-Stadt zuletzt vom 15.05.2012 bis zum 16.07.2012, vom 25.06.2014 bis zum 23.07.2014, vom 17.06.2016 bis zum 28.07.2016 und nunmehr wieder seit 28.11.2017. Er war zuletzt vom 31.05.2012 bis 31.08.2012 als Bezieher von Arbeitslosengeld II bei der Antragsgegnerin versichert. Während der Aufenthalte in Deutschland in den Jahren 2014 und 2016 lehnte der Beigeladene zu 3) die Anträge des Antragstellers auf Leistungen nach dem SGB II jeweils (Bescheide vom 08.07.2014 und 30.06.2016) mit der Begründung ab, dass der Antragsteller seinen gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb der Bundesrepublik Deutschland habe (vgl. [§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4](#) Sozialgesetzbuch Zweites Buch - SGB II).

Vor seiner Wiederabreise im Juli 2016 hatte der Antragsteller am 14.07.2016 eine Auslandsreisekrankenversicherung über fünf Jahre bis 27.07.2021 bei der H. abgeschlossen. In den Versicherungsbedingungen heißt es unter § 7 - Obliegenheiten: Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen sind verpflichtet, nach Eintritt einer Krankheit oder eines Unfalles [...] dem Rücktransport an den Wohnort bzw. in das dem Wohnort nächstgelegene geeignete Krankenhaus bei Bestehen der Transportfähigkeit zuzustimmen, wenn die H. den Rücktransport nach Art der Krankheit und deren Behandlungsbedürftigkeit genehmigt. [...] Verletzt der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vorsätzlich eine der vertraglich vereinbarten Obliegenheiten, so ist die H. nicht zur Leistung verpflichtet.

Am 31.10.2017 verunfallte der Antragsteller in Thailand und wurde dort zunächst medizinisch behandelt. Nach Angaben des Antragstellers auf Betreiben der H. wurde er am 28.11.2017 zur weiteren Versorgung aus Thailand in das Universitätsklinikum B-Stadt verlegt. Er wurde

mit dem Krankenwagen vom Flughafen F-Stadt in das Universitätsklinikum eingeliefert, wo er sich vom 28.11.2017 bis 30.11.2017 in stationärer Behandlung befand. Zwei weitere ambulante Behandlungen im Universitätsklinikum erfolgten am 19.12.2017 und 02.01.2018. Nach dem vorläufigen Entlassungsbrief vom 30.11.2017 diagnostizierten die Ärzte einen Zustand nach Treppensturz auf das linke Knie am 31.10.2017 mit ventral offener proximaler Tibiafraktur bei Arthrodeuse mit Anlage eines Fixateur externe am 09.11.2017 in Thailand sowie Nachweis von Staphylococcus Haemolyticus in der Wunde. Der Patient sei planmäßig aus Thailand zur weiteren Versorgung in das Universitätsklinikum verlegt worden. Der Patient habe linksseitig eine Arthrodeuse des Kniegelenkes nach einem Motorradunfall 1978 mit protrahiertem und komplikativem Verlauf. Der seit ca. 30 Jahren in Thailand lebende Patient habe dort erneut Frakturen bzw. Refrakturen des distalen Femurs bzw. der Arthrodeuse erlitten. Die osteosynthetische Versorgung sei mehrfach in Thailand durchgeführt worden. In der klinischen Erstuntersuchung habe sich eine ventral offene noch gering serös-sekretierende Wunde mit kleiner Wundhöhle gezeigt. In der Röntgen- und CT-Diagnostik von extern zeige sich eine frische Arthrodesenfraktur mit regelrecht angebrachtem Fixateur externe. Aktuell sei bei regelrecht versorgter Arthrodesenfraktur keine weitere operative Behandlung erforderlich. Bei chronischer Infektsituation und aktuell sezernierender Wunde sei die Empfehlung, die Wunde sekundär granulieren zu lassen. Hier sollten regelmäßig, anfangs täglich, Wundkontrollen und Verbandswechsel durchgeführt werden, ebenso wie Austamponieren der Wundhöhle und Abdecken mit desinfizierenden Verbänden.

Mit Schreiben vom 24.11.2017 hatte die Schwester des Antragstellers bereits beim Beigeladenen zu 1) um Kostenübernahme für den anstehenden Krankenhausaufenthalt des Antragstellers im Universitätsklinikum B-Stadt ab 28.11.2017 nachgesucht. Sie habe bereits bei der Antragsgegnerin angefragt, sei dort aber nach [§ 52a SGB V](#) abgelehnt worden. Der Beigeladene zu 2) habe sie an den Beigeladenen zu 1) verwiesen.

Mit Schreiben vom 29.11.2017 an die Schwester des Antragstellers verneinte der Beigeladene zu 1) seine Zuständigkeit unter Hinweis auf eine Versicherungspflicht des Antragstellers nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#). Ein förmlicher Antrag auf Sozialhilfeleistungen in Form einer Kostenübernahme für den Krankenhausaufenthalt beim Beigeladenen zu 1) vom 11.12.2017 wurde bislang offensichtlich noch nicht verbeschieden.

Am 29.11.2017 zeigte der Antragsteller die Versicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) bei der Antragsgegnerin an.

Mit Bescheid vom 30.11.2017 lehnte der Beigeladene zu 3) die Gewährung von Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II ab, wiederum unter Verweis auf [§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB II](#). Über den hiergegen eingelegten Widerspruch unter Beifügung einer Erklärung des Antragstellers, dass er nunmehr beabsichtige, dauerhaft in Deutschland zu bleiben, hat der Beigeladene zu 3) noch nicht entschieden.

Das Universitätsklinikum B-Stadt forderte von dem Antragsteller für die erbrachten medizinischen Leistungen insgesamt 2.155,88 EUR (Rechnung vom 05.01.2018 über 2.136,13 EUR; Rechnung vom 17.01.2018 über 19,75 EUR).

Am 31.01.2018 hat der Antragsteller einen Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz beim Sozialgericht Würzburg gestellt. Der Antragsteller bedürfe im Hinblick auf seine Verletzung dringend medizinischer Behandlung. Der Krankenversicherungsschutz sei für ihn lebensnotwendig. Nach der im Eilverfahren vorläufigen Einschätzung erfülle der Antragsteller die Voraussetzungen der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung bei der Antragsgegnerin nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 a\) SGB V](#). Es liege kein Ausschlussgrund nach [§ 5 Abs. 8a SGB V](#) vor, weil der Antragsteller über keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall verfüge. Weder der Beigeladene zu 1) noch der Beigeladene zu 3) gewährten dem Antragsteller Leistungen. Der Antragsteller begehre auch nicht in rechtsmissbräuchlicher Weise Krankenversicherungsschutz von der Antragsgegnerin. Nach der Gesetzesbegründung zu [§ 52a SGB V](#) seien von einem Leistungsausschluss wegen Leistungsmissbrauchs nicht betroffen die Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände, die ärztliche Behandlung erforderten. Das Tatbestandsmerkmal der Rechtsmissbräuchlichkeit beziehe sich auf die Inanspruchnahme von Leistungen. Es komme nicht darauf an, aus welchen Gründen der Versicherte sich in das Inland begeben habe, sondern ob die Inanspruchnahme von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sachlich hinreichend gerechtfertigt erscheine. Deshalb begehre der Antragsteller im Wege der einstweiligen Anordnung, die Antragsgegnerin zu verpflichten, ihn nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) ab dem 29.11.2017 in die Pflichtversicherung aufzunehmen, hilfsweise den Beigeladenen zu 1) zur Übernahme der Krankenhauskosten und der Kosten einer ambulanten Behandlung im Wege der einstweiligen Anordnung zu verurteilen.

Mit Beschluss vom 07.02.2018 hat das Sozialgericht den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung abgelehnt. Unabhängig vom Vorliegen eines Anordnungsanspruchs fehle es jedenfalls an einem Anordnungsgrund. Durch das Abwarten der Hauptsacheentscheidung drohten dem Antragsteller keine nicht wiedergutzumachenden Nachteile. Es sei nicht glaubhaft gemacht, dass eine medizinisch notwendige Versorgung nur noch gegen Vorkasse oder Kostenzusage erfolge. Eine entsprechende Erklärung des Universitätsklinikums B-Stadt liege nicht vor. Selbst wenn medizinische Leistungen nur noch gegen Vorkasse erbracht würden, sei nicht nachvollziehbar, weshalb der Antragsteller für diese Kosten (vorläufig) nicht selbst aufkommen könne. Im Antrag auf Sozialhilfeleistungen habe der Antragsteller gegenüber dem Beigeladenen zu 1) angegeben, über Haus- und Grundvermögen im Wert von ca. 2000 EUR zu verfügen. Außerdem werde nicht dargelegt, weshalb die Schwester des Antragstellers diesem nunmehr, anders als bisher, keine Hilfe mehr erbringen könne. Der Hilfsantrag auf Übernahme der Krankenhauskosten für die Behandlung im November und Dezember 2017 durch den Beigeladenen zu 1) könne bereits deshalb keinen Erfolg haben, weil Leistungen aus der Zeit vor Antrag bei Gericht am 31.01.2018 begehrt würden.

Hiergegen hat der Antragsteller am 08.02.2018 Beschwerde zum Bayerischen Landessozialgericht (LSG) erhoben und zur Begründung im Wesentlichen Folgendes ausgeführt: Die Argumentation des Sozialgerichts, dass es an einem Anordnungsgrund fehle und durch das Abwarten der Hauptsacheentscheidung dem Antragsteller keine nicht wiedergutzumachenden Nachteile drohten, könne nicht nachvollzogen werden. Es stehe außer Zweifel, dass der Antragsteller auch nach der Erstversorgung und der einmaligen weiteren Nachbehandlung der weiteren Behandlung bedürfe. Dies ergebe sich eindeutig aus dem Entlassungsbrief des Universitätsklinikums, wo ausgeführt werde, dass regelmäßige Wundkontrollen und Verbandswechsel, Tamponieren der Wunde etc. erforderlich seien. Auch könne die Argumentation des Sozialgerichts nicht nachvollzogen werden, warum es nicht glaubhaft sein solle, dass dem Antragsteller die Behandlung am 25.01.2018 durch das Universitätsklinikum verweigert worden sei. Dies könne auch die Schwester des Antragstellers bezeugen. Im Übrigen sei die Erklärung des Antragstellers für eine Glaubhaftmachung der Ablehnung einer weiteren Behandlung am 25.01.2018 im Universitätsklinikum ausreichend. Eine Bestätigung des Uniklinikums für die Nichtweiterbehandlung zu fordern, würde eine übermäßige und überzogene Anforderung an die Glaubhaftmachung darstellen, zumal das Universitätsklinikum dem Antragsteller die Kosten der Erstbehandlung zum Zeitpunkt der Ablehnung einer Weiterbehandlung mit Schreiben vom 09.01.2018 bereits in Rechnung gestellt habe. Diese Rechnung sei

noch nicht beglichen. Wie das Sozialgericht zu der Einschätzung gelange, dass Folgekosten in der Zukunft allenfalls in vergleichbarem Rahmen wie bisher anfallen würden, sei nicht nachvollziehbar. Darüber hinaus habe der Antragsteller im Rahmen des Antrags auf Prozesskostenhilfe nachgewiesen, dass er lediglich über Geldvermögen in Höhe von 700 EUR verfüge. Zwar verfüge der Antragsteller über Haus-Grundvermögen im Wert von ca. 2000 EUR. Im Rahmen des einstweiligen Rechtsschutzes sei es ihm jedoch nicht möglich, auf die Schnelle dieses zum Einsatz zu bringen. Die Forderung des Sozialgerichts, dass der Antragsteller darzulegen habe, weshalb seine Schwester keine Hilfe mehr erbringen könne, verwundere. Hierfür gebe es keine Rechtsgrundlage. Es könne nicht nachvollzogen werden, weshalb die Schwester, die den Antragsteller bisher massiv unterstützt habe, für den Krankenversicherungsschutz des Antragstellers eintreten müsse. Die Ausführung des Sozialgerichts, dass überhaupt eine aktuelle Behandlungsbedürftigkeit nicht glaubhaft gemacht sei, mache nur noch sprachlos.

Mit Schriftsatz vom 26.02.2018 hat der Antragsteller verschiedene Dokumente dem Gericht vorgelegt, unter anderem eine Bestätigung der Ärztin Dr. Sch., wonach der Antragsteller bei Fixateur externe noch weiter ständig behandlungsbedürftig sei, zwei Bestätigungen der Schwester des Antragstellers, dass dieser am 25.01.2018 keine Behandlung vom Universitätsklinikum ohne Vorkasse erhalten habe, eine Zahlungserinnerung des Universitätsklinikums vom 23.02.2018 über offene Forderungen in Höhe von 2177,22 EUR sowie ein - formloses, nicht notarielles - Dokument vom 20.06.2005, wonach der Antragsteller seiner Schwester die Hälfte seines Grundstücks B. Flurstück Nr. xxx für finanzielle Hilfeleistungen übergebe.

Mit weiterem Schriftsatz vom 18.03.2018 hat der Antragsteller insbesondere die schleppende Arbeitsweise des 20. Senat des LSG kritisiert.

Der Antragsteller beantragt, den Beschluss des Sozialgerichts Würzburg vom 07.02.2018 aufzuheben und die Antragsgegnerin zu verpflichten, ihn nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) ab dem 29.11.2017 in die Pflichtversicherung aufzunehmen,

hilfsweise

den Beigeladenen zu 1) zur Übernahme künftiger ambulanter und eventuell notwendiger Krankenhauskosten zu verpflichten.

Die Antragsgegnerin beantragt, die Beschwerde zurückzuweisen.

Zur Begründung verweist sie insbesondere auf [§ 52a SGB V](#), der vorliegend einschlägig sei. Eine Versicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) sei deshalb für den Antragsteller ausgeschlossen, weil er eigens zur Behandlung seiner Verletzungsfolge nach Deutschland eingereist sei und deshalb eine missbräuchliche Inanspruchnahme von Leistungen im Sinne von [§ 52a SGB V](#) beabsichtigt habe.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten zum Sach- und Streitstand wird auf den Inhalt der Gerichtsakten erster und zweiter Instanz sowie der beigezogenen Verwaltungsakte der Antragsgegnerin verwiesen.

II.

1.

Der Bezirk Unterfranken ist gemäß [§ 75 Abs. 2 Alt. 2 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) beizuladen, weil er bei Ablehnung des Anspruchs gegen die Antragsgegnerin als leistungspflichtig im Hinblick auf eine etwaige Krankenhausbehandlung in Betracht käme (vgl. [§§ 48, 52, 97 Abs. 2 Satz 1 SGB II](#) i.V.m. Art. 82 Nr. 4 a) Gesetz zur Ausführung der Sozialgesetze (AGSG)). Der Antragsteller strebt zudem im Hilfsantrag die Verpflichtung des Bezirks Unterfranken gemäß [§ 75 Abs. 5 SGG](#) an.

Der Landkreis Main-Spessart ist ebenfalls gemäß [§ 75 Abs. 2 Alt. 2 SGG](#) beizuladen, weil er bei Ablehnung des Anspruchs gegen die Antragsgegnerin als leistungspflichtig im Hinblick auf ambulante zu leistende Hilfen zur Gesundheit in Betracht kommt, vgl. [§§ 48, 52, 97 Abs. 1 SGB XII](#).

Das Jobcenter Main-Spessart ist gemäß [§ 75 Abs. 2 Alt. 1 SGG](#) beizuladen, weil die Entscheidung auch ihm gegenüber nur einheitlich ergehen kann. Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) - wie vom Antragsteller behauptet - kann nur vorliegen, wenn keine vorrangige Pflichtmitgliedschaft nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V](#) besteht.

2.

Die form- und fristgerecht eingelegte Beschwerde gegen den Beschluss des Sozialgerichts Würzburg vom 07.02.2018 ist zulässig ([§§ 172 Abs. 1, 173 SGG](#)), aber unbegründet. Das Sozialgericht hat im Ergebnis zu Recht den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung gemäß [§ 86b Abs. 2 Satz 2 SGG](#) abgelehnt.

Zunächst legt der Senat den Antrag zugunsten des Antragstellers dahingehend aus, dass entgegen seinem Wortlaut keine endgültige, sondern dem Wesen des einstweiligen Rechtsschutzes entsprechend nur eine vorläufige Regelung angestrebt wird, sowie weiter dahingehend, dass nicht nur die abstrakte Feststellung einer Versicherungspflicht des Antragstellers nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) angestrebt wird, sondern darüber hinaus die Feststellung, dass die Antragsgegnerin nicht berechtigt ist, Leistungen an den Antragsteller nach [§ 52a SGB V](#) zu verweigern.

Nach [§ 86b Abs. 2 Satz 1](#) und 2 SGG kann das Gericht der Hauptsache, soweit nicht die isolierte Anfechtungsklage die zutreffende Klageart ist, auf Antrag eine einstweilige Anordnung in Bezug auf den Streitgegenstand treffen, wenn die Gefahr besteht, dass durch eine Veränderung des bestehenden Zustands die Verwirklichung eines Rechts des Antragstellers vereitelt oder wesentlich erschwert werden könnte; einstweilige Anordnungen sind auch zur Regelung eines vorläufigen Zustands in Bezug auf ein streitiges Rechtsverhältnis zulässig, wenn eine solche Regelung zur Abwendung wesentlicher Nachteile nötig erscheint.

Die Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes setzt einen Anordnungsanspruch, also einen materiell-rechtlichen Anspruch auf die Leistung,

zu der der Antragsgegner im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes verpflichtet werden soll, sowie einen Anordnungsgrund, nämlich einen Sachverhalt, der die Eilbedürftigkeit der Anordnung begründet, voraus. Sowohl Anordnungsanspruch als auch Anordnungsgrund sind gemäß [§ 920 Abs. 2](#) Zivilprozessordnung (ZPO) i.V.m. [§ 86b Abs. 2 Satz 4 SGG](#) glaubhaft zu machen. Dabei stehen Anordnungsanspruch und Anordnungsgrund nicht isoliert nebeneinander, es besteht vielmehr eine Wechselbeziehung derart, als die Anforderungen an den Anordnungsanspruch mit zunehmender Eilbedürftigkeit bzw. Schwere des drohenden Nachteils (Anordnungsgrund) zu verringern sind und umgekehrt. 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. Bei offenem Ausgang des Hauptsacheverfahrens, wenn etwa eine vollständige Aufklärung der Sach- und Rechtslage im Eilverfahren nicht möglich ist, ist im Wege einer Folgenabwägung zu entscheiden. Dabei sind insbesondere die grundrechtlichen Belange des Antragstellers umfassend in die Abwägung einzustellen. Die einstweilige Anordnung wird erlassen, wenn es dem Antragsteller unter Berücksichtigung der Interessen aller Beteiligten nicht zuzumuten ist, die Hauptsacheentscheidung abzuwarten.

Dabei reicht es für die insofern notwendige Beurteilung der Erfolgsaussichten in der Hauptsache grundsätzlich aus, die Sach- und Rechtslage summarisch zu prüfen. Jedoch hat das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) mit Beschluss und 22.11.2002 unter Fortführung seiner bisherigen Rechtsprechung entschieden, dass [Art. 19 Abs. 4](#) Grundgesetz (GG) jedenfalls dann vorläufigen Rechtsschutz verlangt, wenn ohne ihn schwere und unzumutbare, anders nicht abwendbarer Nachteile entstünden, zu deren nachträglicher Beseitigung die Entscheidung in der Hauptsache nicht mehr in der Lage wäre (BVerfG, Beschluss vom 22.11.2002, [1 BvR 1586/02](#), juris, m.w.N.). Deswegen sind die Gerichte gehalten, die Versagung vorläufigen Rechtsschutzes auf eine eingehende (und nicht nur summarische und pauschale) Prüfung der Sach- und Rechtslage zu stützen, wenn dem Antragsteller ohne die Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes schwere und unzumutbare, anders nicht abwendbare und womöglich nicht wiedergutzumachende Nachteile, insbesondere an Leben und Gesundheit, entstünden. Aus [Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG](#) folgt die allgemeine Pflicht des Staates, sich schützend und fördernd vor die darin genannten Rechtsgüter zu stellen, und die behördlichen und gerichtlichen Verfahren müssen der darin enthaltenen grundlegenden objektiven Wertentscheidung gerecht werden.

Gemessen hieran kann dem Hauptantrag bezüglich einer Versicherungspflicht nach bzw. Leistungspflicht aufgrund von [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) nicht stattgegeben werden, weil zur Überzeugung des Gerichts feststeht, dass die Voraussetzungen eines Leistungsausschlusses nach [§ 52a SGB V](#) erfüllt sind.

Zunächst ist bereits fraglich, ob der Geltungsbereich des SGB V für den Antragsteller (derzeit) überhaupt eröffnet ist. Denn nach [§ 30 Abs. 1 SGB I](#) gelten die Vorschriften des Sozialgesetzbuches (nur) für diejenigen Personen, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in seinem Geltungsbereich haben. Nach [§ 30 Abs. 3 Satz 1 SGB I](#) hat jemand dort einen Wohnsitz, wo er eine Wohnung unter Umständen innehat, die darauf schließen lassen, dass er die Wohnung beibehalten und benutzen wird. Nach [§ 30 Abs. 3 Satz 3 SGB I](#) hat jemand den gewöhnlichen Aufenthalt dort, wo er sich unter Umständen aufhält, die erkennen lassen, dass er an diesem Ort oder in diesem Gebiet nicht nur vorübergehend verweilt.

Der Antragsteller hat in den letzten rund 30 Jahren ganz überwiegend in Thailand gelebt und ist nur alle paar Jahre für wenige Wochen zu seiner Schwester nach A-Stadt zu Besuch gekommen. Dass es diesmal anders sein sollte und der Antragsteller nunmehr seinen Wohnsitz bzw. gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland begründen möchte, ist trotz seiner diesbezüglichen Erklärung gegenüber dem Beigeladenen zu 3) nicht glaubhaft gemacht. Denn immerhin hat der Antragsteller vor seiner letzten Abreise 2016 eine Auslandsreisekrankenversicherung bis 2021 abgeschlossen. Es ist auch nichts ersichtlich bzw. der Antragsteller hat nichts vorgetragen, woraus abzuleiten wäre, dass er seinen bisherigen gewöhnlichen Aufenthalt in Thailand nunmehr aufgegeben hat, etwa durch Nachweis einer Wohnungskündigung oder Wohnungsauflösung oder die Übersendung seiner persönlichen Dinge, die er bei seinem Rückflug im November 2017 nicht mitnehmen konnte. Auch ist nicht vorgetragen worden, dass der Antragsteller dauerhaft bei seiner Schwester wohnen kann und will bzw. sich, entsprechende finanzielle Unterstützung vorausgesetzt, eine eigene Wohnung suchen möchte.

Grundsätzlich wären beim Antragsteller - seinen gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland vorausgesetzt - die Voraussetzungen einer Auffangversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 a\) SGB V](#) erfüllt. Er hat keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall und war zuletzt bei der Antragsgegnerin gesetzlich krankenversichert. Eine nach [§ 13 Abs. 8a Satz 1 SGB V](#) vorrangige Pflichtversicherung wegen Bezuges von Arbeitslosengeld II nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V](#) besteht für den Antragsteller bereits deshalb nicht, weil die Versicherungspflicht nach Nr. 2a an den tatsächlichen Leistungsbezug gekoppelt ist (vgl. Hauck/Noftz, SGB V, Stand 08/17, juris, § 5 Rn. 209), der dem Antragsteller zumindest derzeit aufgrund des (mit Widerspruch angefochtenen) Bescheides des Beigeladenen zu 3) vom 30.11.2017 versagt ist. Auch ist die Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) nicht wegen laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des SGB XII ausgeschlossen (vgl. [§ 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V](#)), weil der Antragsteller keine solche Leistungen bezieht.

Dennoch kann der Antragsteller aber jedenfalls deshalb keine Leistungen aus einer etwaigen Pflichtversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) beanspruchen, weil zur Überzeugung des Senats die Voraussetzungen eines Leistungsausschlusses nach [§ 52a SGB V](#) beim Antragsteller zu bejahen sind.

Nach [§ 52a SGB V](#) besteht auf Leistungen kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs begeben, um in einer Versicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13](#) oder aufgrund dieser Versicherung in einer Versicherung nach [§ 10](#) missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen. Nach Satz 2 der Vorschrift regelt das Nähere zur Durchführung die Krankenkasse in ihrer Satzung. [§ 18a Abs. 1](#) der Satzung der Antragsgegnerin ist insoweit gleichlautend mit [§ 52a Satz 1 SGB V](#). Nach Abs. 2 der Satzungsvorschrift kann der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) eingeschaltet werden, um zu prüfen, inwieweit bei Eintritt der Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) bereits Behandlungsbedürftigkeit vorlag oder zu erwarten war, und nach Abs. 3 ist der Versicherte über vom Leistungsausschluss betroffene Erkrankungen zu informieren.

Konkrete Anhaltspunkte, wann die Inanspruchnahme von Leistungen missbräuchlich ist, enthält [§ 52a SGB V](#) nicht. Nach der Intention des Gesetzes ist dies dann der Fall, wenn sich eine Person allein deswegen in die Bundesrepublik Deutschland - also den Geltungsbereich des

SGB V (vgl. [§ 30 Abs. 1 SGB I](#)) - begibt, sie also gerade deshalb nach Deutschland einreist, um Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zu erhalten. Der missbräuchliche Erhalt von Leistungen muss also das Hauptziel des Zuzugs sein. Eine solche Missbrauchsabsicht liegt vor, wenn der Wille auf den Leistungsbezug gerichtet ist, wenn es dem Einreisenden also darauf ankommt. Ein (nur) bedingter Vorsatz ist hier nicht ausreichend. Ständen andere Motive im Vordergrund, kommt ein Leistungsausschluss nach [§ 52a SGB V](#) ebenfalls nicht in Betracht. Missbräuchlich kann eine Inanspruchnahme von Leistungen damit naturgemäß nur sein, wenn der Leistungsbedarf bei der Einreise bereits bekannt - oder zumindest vorhersehbar - war. Weitergehende Anforderungen sind nicht zu stellen. Sofern bei der Einreise die Inanspruchnahme von Leistungen das Hauptziel war, ist ein missbräuchliches Verhalten anzunehmen (vgl. jurisPK, SGB V, 3. Aufl. 2016, § 52a Rn. 10). Dagegen liegt nach der Gesetzesbegründung kein Missbrauch bei der "Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände" vor ([BT-Drucks. 16/3100, S. 108](#)). Insgesamt ist die Missbräuchlichkeit der Leistungsanspruchnahme zu bejahen, wenn diese als ungerechtfertigte Ausnutzung der Solidargemeinschaft und damit als Verstoß gegen Treu und Glauben angesehen werden muss (vgl. Kasseler Kommentar, SGB V, 97. EL 12/17, § 52a Rn. 7).

Dies zugrundegelegt, sieht der Senat die Absicht einer missbräuchlichen Inanspruchnahme von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung i.S.v. [§ 52a SGB V](#) beim Antragsteller als erwiesen an. Die weitere Behandlungsbedürftigkeit seiner Verletzung am linken Bein war dem Antragsteller vor Rückreise nach Deutschland nicht nur bekannt, sondern sie war ausschließlicher Grund seiner Rückreise. Er hat selbst vorgetragen, dass seine private Auslandsreisekrankenversicherung ihn dazu veranlasst hatte, weil sie für weitere Behandlungskosten in Thailand nicht mehr eintreten wollte. Weitere Motive für die Rückkehr nach Deutschland sind nicht ersichtlich oder vorgetragen. Bei der weiteren Behandlung im Universitätsklinikum B-Stadt ging es, wie den vorgelegten Unterlagen des Universitätsklinikums zu entnehmen ist, auch nicht um die Versorgung einer akuten Erkrankung oder von Schmerzzuständen. Vielmehr war die Erstversorgung in Thailand bereits regelgerecht erfolgt. Ob die private Auslandsreisekrankenversicherung des Antragstellers diesen offensichtlich aus rein finanziellen Überlegungen nach Deutschland schicken durfte, erscheint durchaus fraglich. Denn laut § 7 der Versicherungsbedingungen muss der Versicherte bei Eintritt einer Krankheit oder eines Unfalles nur dem Rücktransport an den Wohnort bzw. in das dem Wohnort nächstgelegene geeignete Krankenhaus zustimmen, nicht dagegen einer Rückkehr in sein Herkunftsland. Der Wohnort des Antragstellers im November 2017 war aber sicher nicht A-Stadt oder B-Stadt.

Dies ändert aber nichts daran, dass der Antragsteller einzig und allein aus dem Grund, in Deutschland für ihn kostenfreie medizinische Behandlung zu erhalten, eingereist ist. Im Übrigen kann es für die Frage der Rechtsmissbräuchlichkeit der Leistungsanspruchnahme keinen Unterschied machen, ob sich ein Betroffener deshalb zur Einreise entscheidet, weil er im Ausland überhaupt nicht über einen Krankenversicherungsschutz verfügt - für diesen Fall ist [§ 52a SGB V](#) offenkundig einschlägig - oder ob er einen nur lückenhaften Schutz hat oder die im Ausland einstandspflichtige Krankenversicherung die Leistung verweigert. Solche Lücken oder - wie hier - (zivilrechtlichen) Streitigkeiten mit einer privaten Krankenversicherung auf dem Rücken der Versicherungsgemeinschaft zu schließen bzw. auszutragen, betrachtet der Senat als rechtsmissbräuchlich im Sinne des [§ 52a SGB V](#).

Ob der Antragsteller auch deshalb nach Deutschland zurückgekehrt ist, um vom hiesigen hohen medizinischen Standard zu profitieren oder primär um einer Auseinandersetzung mit seiner privaten Auslandsreisekrankenversicherung aus dem Weg zu gehen, kann dahingestellt bleiben. Denn in beiden Fällen handelt es sich um eine ungerechtfertigte Ausnutzung der Solidargemeinschaft der gesetzlich Krankenversicherten in Deutschland, zu deren Finanzierung der Antragsteller in den letzten Jahrzehnten praktisch keinen Beitrag geleistet hat.

Damit ist zur Überzeugung des Gerichts nachgewiesen, dass die Voraussetzungen eines Leistungsausschlusses nach [§ 52a SGB V](#) erfüllt sind und somit kein Anordnungsanspruch gegeben ist. Für eine Folgenabwägung bleibt vorliegend kein Raum mehr.

Lediglich ergänzend weist der Senat zum Nichtvorliegen auch eines Anordnungsgrundes auf Folgendes hin: Anders als das Sozialgericht hält es der Senat für durchaus glaubhaft, dass das Universitätsklinikum den Antragsteller nur noch gegen Vorkasse behandeln wollte. Ein Anordnungsgrund kann auch nicht verneint werden, indem der Antragsteller auf weitere Hilfeleistungen durch seine Schwester verwiesen wird.

Allerdings ist dem Entlassungsbericht des Universitätsklinikums vom 30.11.2017 zu entnehmen, dass von einem normalen Wundheilungsprozess auszugehen sei. Besondere Komplikationen zeichneten sich nicht ab und sind vom Antragsteller seither auch in keiner Weise vorgetragen worden. Eine normale Wundnachsorge dürfte damit ausreichend gewesen sein. Auch fehlt jeglicher Vortrag, inwieweit derzeit überhaupt konkreter Behandlungsbedarf besteht. Die vom Universitätsklinikum vorgeschlagene weitere ambulante Nachbehandlung bewegt sich finanziell im Bereich von einigen 100 EUR. Insofern ist darauf hinzuweisen, dass unabhängig von seinem Grundbesitz der Antragsteller im Februar 2018 jedenfalls über immerhin 700 EUR Bankguthaben verfügte.

Grundsätzlich kann im Rahmen des einstweiligen Rechtsschutzes ein Anordnungsgrund, das heißt eine Eilbedürftigkeit, in der Regel nur für Leistungen ab Eingang des Eilantrags bei Gericht bejaht werden. Eine Verpflichtung für zurückliegende Leistungszeiträume kommt nur ausnahmsweise bei sofortigem Nachholbedarf in Betracht, wenn also die Nichtgewährung in der Vergangenheit als gegenwärtige Notlage fortwirkt (Meyer-Ladewig, SGG, 12. Aufl. 2017, § 86b Rn. 35a). Zwar hat das Universitätsklinikum B-Stadt den Antragsteller an die noch offenen Rechnungen für die bisherige Behandlung erinnert. Dass aber insofern (erfolgversprechende) Zwangsvollstreckungsmaßnahmen drohten, ist nicht ersichtlich oder vorgetragen. Auch insofern ist deshalb ein Anordnungsgrund zu verneinen.

Schließlich kann der Antragsteller auch mit seinem gegen den Beigeladenen zu 1) gerichteten Hilfsantrag nicht durchdringen.

Zwar hat der Antragsteller (derzeit) keinen vorrangigen Leistungsanspruch gegen einen anderen Leistungsträger, vornehmlich die Antragsgegnerin (vgl. [§ 2 Abs. 1 SGB XII](#)). Sofern der Antragsteller ambulante Leistungen vom Beigeladenen zu 1) begehrt, fehlt es jedoch bereits an einem Anordnungsanspruch, weil dieser nach der Zuständigkeitsverteilung zwischen örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeträgern in Bayern nur für Leistungen im stationären Bereich eintrittspflichtig sein kann, vgl. [§ 97 Abs. 2 Satz 1 SGB II](#) i.V.m. Art. 82 Nr. 4 a) AGSG.

Soweit der Antragsteller dagegen den Beigeladenen zu 1) zur Übernahme eventuell notwendiger Krankenhauskosten verpflichtet wissen will, fehlt es jedenfalls an einem Anordnungsgrund. Es ist nichts ersichtlich bzw. vorgetragen, dass aktuell oder demnächst eine

Krankenhausbehandlung des Antragstellers anstünde bzw. erforderlich wäre. Für vorsorgliche Verpflichtungen quasi "ins Blaue bzw. auf Vorrat" ist das Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes nicht vorgesehen.

3.

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

4.

Prozesskostenhilfe nach [§ 73 a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 114 Abs. 1 Satz 1 ZPO](#) ist für das Beschwerdeverfahren nicht zu gewähren, da nach den obigen Ausführungen eine hinreichende Aussicht auf Erfolg für die Beschwerde nicht bestand.

Dieser Beschluss ist unanfechtbar gemäß [§ 75 Abs. 3 Satz 3 SGG](#) bzw. § 177 SGG.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2018-11-15