L 5 KR 213/16

Land
Rheinland-Pfalz
Sozialgericht
LSG Rheinland-Pfalz
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Speyer (RPF)
Aktenzeichen
S 17 KR 1104/13
Datum
25.06.2015
2. Instanz
LSG Rheinland-Pfalz
Aktenzeichen
L 5 KR 213/16
Datum
03.11.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
Bei der Prüfung, ob der Kläger zuletzt gesetzlich krankenversichert im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V war, ist eine Versicherung im EU-Ausland im zeitlichen Geltungsbereich der VO (EWG) 1408/71 nicht zu Lasten des Betroffenen einzubeziehen.
1. Auf die Berufung des Klägers werden das Urteil des Sozialgerichts Speyer vom 25.6.2015 sowie der Bescheid der Beklagten vom 6.7.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24.10.2012 aufgehoben. Es wird festgestellt, dass der Kläger seit dem 1.4.2007 Mitglied der Beklagten wegen einer Versicherung nach § 5 Abs 1 Nr 13 SGB V ist.
2. Die Beklagte hat dem Kläger die außergerichtlichen Kosten beider Rechtszüge zu erstatten.
3. Die Revision wird zugelassen.
Tatbestand:
Umstritten ist die Versicherungspflicht des Klägers in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 5 Abs 1 Nr 13 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) seit dem 1.4.2007.
Der 1952 geborene Kläger, deutscher Staatsangehöriger, war vom 1.1.1998 bis zum 29.10.1999 wegen des Bezugs von Arbeitslosengeld bei der Beklagten pflichtversichert. Vom 30.10.1999 bis zum 30.6.2002 wohnte er in Spanien. Ab dem 1.7.2002 begründete der Kläger seinen Hauptwohnsitz wieder in Deutschland und lebt überwiegend hier.
Am 23.4.2012 stellte der Kläger bei der Beklagten einen Antrag auf Feststellung der Versicherungspflicht nach § 5 Abs 1 Nr 13 SGB V und gab an, er habe bis jetzt einen Zweitwohnsitz in Spanien; er sei "Privatier"; an regelmäßigen monatlichen Einnahmen habe er nur Zinseinnahmen von 2.000, EUR jährlich. Der Kläger legte eine Bescheinigung der DKV S vor, wonach er am 1.9.1997 eine private Versicherung mit dem Tarif DKV M abgeschlossen hatte, die ungekündigt sei. Dieser Tarif enthält laut Produktbeschreibung folgendes Konzept: 1. innerhalb des vertraglich gebundenen medizinischen Netzes (Cuadro Médico) Sachleistungsprinzip 100 %, 2. freie Arzt- und Krankenhauswahl sowohl in Spanien als auch im Ausland; Kostenerstattungsprinzip: 80 % Kostenerstattung innerhalb Spaniens, 90 % im Ausland. In der Produktbeschreibung ist der Leistungsumfang näher konkretisiert. Die zahnärztlichen Leistungen umfassen eine jährliche Mundpflege beim Zahnarzt sowie notwendige Zahnextraktionen. Wegen sonstiger zahnärztlicher Leistungen werden zahnärztliche Heilbehandlungen zu Sonderpreisen vermittelt. Im Kostenerstattungsmodus gibt es folgende Limitierungen pro versicherte Person: ambulante ärztliche Beratungen, Behandlungen und zusätzliche diagnostische Verfahren: 20.000, EUR; Krankenhausaufenthalte: insgesamt 185.000, EUR/Jahr; Aufenthaltskosten (Unterkunft, Verpflegung, Medikamente): 650, EUR/Tag; Arztkosten inklusive Chirurgie: 13.000, EUR; Kosten für Intensivmedizin: 13.000, EUR/Jahr. Der von der Versicherung umfasste Personen¬kreis beschränkt sich auf Personen mit ständigem Wohnsitz in Spanien. Die Versicherung ist auf das spanische Territorium begrenzt und sieht bei einem Aufenthalt von jeweils bis zu 90 Tagen im Ausland einen Notfallschutz durch die A -Gesellschaft E vor. Vom Versicherungsschutz ausgenommen sind Kriegsereignisse, öffentlich deklarierte Epidemien, Naturkatastrophen, Nuklearereignisse, Schönheitschirurgie, professionelle Sportausübung und die Ausübung gefährlicher Freizeitaktivitäten, Vorsatz, Alkohol- und Drogenmissbrauch, die Psychoanalyse sowie jede Art von Vorerkrankungen, außer wenn sie mit einem versicherungsmathematischen Zuschlag eingeschlossen sind. Außerdem bestehen folgende Limitierungen: 1. Höchstleistungsdauer von 60 Tagen/Jahr für Aufenthalt im Krankenhaus bei psychischen Erkrankungen, 2. Prothesen bis 12.000, EUR pro Versicherten/Jahr, 3. Reiseschutz im Ausland bis 12.000, EUR.
Durch Bescheid vom 6.7.2012 und Widerspruchsbescheid vom 24.10.2012 lehnte die Beklagte den Antrag des Klägers ab. Zur Begründung führte sie aus: Die Voraussetzungen des § 5 Abs 1 Nr 13 SGB V seien nicht erfüllt. Denn der Kläger habe aufgrund der Versicherung bei der DKV S in Spanien einen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall. Unabhängig davon greife § 5 Abs 1 Nr 13 SGB V nicht ein, weil der Kläger zuletzt privat versichert gewesen sei. Nach der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) seien Versicherungszeiten innerhalb der Europäischen Union deutschen Zeiten gleichzustellen.
Am 7.11.2012 hat der Kläger Klage erhoben und vorgetragen: Die Versicherung bei der DKV S gewährleiste keine der deutschen Krankenversicherung vergleichbare Absicherung. Zudem sei sein Versicherungsschutz nicht mehr sichergestellt, seit er nicht mehr dauerhaft in Spanien seinen Lebensmittelpunkt habe. Er habe sich entschlossen, seinen dauerhaften Wohnsitz wieder in Deutschland zu

begründen, da er sich um seine Eltern habe kümmern müssen. Durch Urteil vom 25.6.2015 hat das Sozialgericht (SG) Speyer die Klage abgewiesen und zur Begründung ausgeführt: Der Kläger sei nicht nach § 5 Abs 1 Nr 13 SGB V versicherungspflichtig. Die spanische Versicherung genüge zwar ausgehend von der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts – BSG – (Hinweis auf BSG 20.3.2013 – B 12 KR 14/11 R Rn 16 ff, juris) nicht den Anforderungen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall im Sinne dieser Vorschrift, insbesondere weil ihr Geltungsbereich grundsätzlich auf das spanische Territorium beschränkt sei und bei Aufenthalten im Ausland das Kostenerstattungsprinzip gelte, das auf bis zu 90 Tage je Aufenthalt im Ausland beschränkt sei. Darüber hinaus sehe der Tarif des Klägers lediglich eine Kostenerstattung bis zu bestimmten Höchstbeträgen vor. Bei langwierigen oder komplexen Krankheiten könnten diese Höchstbeträge überschritten werden, was zur Überschreitung der maßgebenden Belastungsgrenze von 5.000, EUR im Jahr (§ 193 Abs 3 Satz 1 Versicherungsvertragsgesetz – VVG –) führen könne. Der Kläger sei jedoch zuletzt nicht gesetzlich, sondern privat krankenversichert gewesen. In diesem Zusammenhang sei nämlich nach Art 5 Buchstabe b VO (EG) 883/2004 auch die spanische private Krankenversicherung zu berücksichtigen.
Gegen dieses seinen früheren Prozessbevollmächtigten am 31.7.2015 zugestellte Urteil richtet sich die am 25.8.2015 eingelegte Berufung des Klägers. Der Senat hat die Beteiligten darauf aufmerksam gemacht, dass im vorliegenden Fall nicht die VO (EG) 883/2004, sondern die vorherige VO (EWG) 1408/71 anwendbar sei.
Der Kläger trägt vor: Er habe am 1.9.1997 bei P S in Spanien einen Billigtarif in der privaten Krankenversicherung zum Jahresbeitrag von damals 649,05 EUR abgeschlossen, der lediglich eine Grundversorgung im Krankheitsfall umfasst habe. Erst einige Jahre später habe P S mit der DKV S M fusioniert, welche die Altverträge automatisch übernommen habe. Dass es sich hierbei nicht um eine Vollversicherung handeln könne, sei bereits aus dem Jahresbeitrag unschwer zu erkennen. Nach der Fusion mit der DKV S M seien die Jahresbeiträge zwar kontinuierlich angehoben worden, der Leistungsumfang jedoch nicht. Die Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, die häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen seien gänzlich ausgeschlossen. Im Übrigen könne ihm die spätere Fusion mit der DKV S M nach dem Abschluss seiner Versicherung in Spanien nicht zur Last gelegt werden. Das Versicherungsunternehmen P S bzw DKV S M sei nicht in Deutschland zugelassen, weshalb diese Versicherung im Rahmen der Prüfung des § 5 Abs 1 Nr 13 SGB V nicht als Krankheitskostenvollversicherung angesehen werden könne. Er verweise auf das Urteil des Hessischen Landessozialgerichts (LSG) vom 19.7.2011 (L 1 KR 180/11 B ER). Ausgehend von der rechtlichen Beurteilung des SG würde er in seinen Grundrechten elementar verletzt. Der Abschluss einer privaten Krankenversicherung sei für ihn unverhältnismäßig, sozial unverträglich und ruinös. Es handele sich um eine unzulässige Altersdiskriminierung, da ihn die Beklagte, wenn er einige Jahre jünger wäre, zweifelsfrei in ihre Versicherung aufgenommen hätte.
Der Kläger beantragt,
das Urteil des SG Speyer vom 25.6.2015 sowie den Bescheid der Beklagten vom 6.7.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24.10.2012 aufzuheben und festzustellen, dass er seit dem 1.4.2007 als nach § 5 Abs 1 Nr 13 SGB V versicherte Person Mitglied der Beklagten ist.
Die Beklagte beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.
Sie trägt vor: Das angefochtene Urteil sei zutreffend. Ergänzend sei darauf hinzuweisen, dass der Kläger im Termin zur mündlichen Verhandlung vor dem SG angegeben habe, zumindest bis Ende 2015 die Beiträge für seine spanische Versicherung entrichtet zu haben, sodass er derzeit noch Ansprüche aus dieser Versicherung haben dürfe.
Zur Ergänzung des Tatbestandes wird auf die Verwaltungsakte der Beklagten sowie die Prozessakte verwiesen, die ihrem wesentlichen Inhalt nach Gegenstand der mündlichen Verhandlung und der Beratung gewesen sind.
Entscheidungsgründe:
Die nach §§ 143 f, 151 Sozialgerichtsgesetz – SGG – zulässige Berufung ist begründet. Der angefochtene Bescheid ist rechtswidrig. Der Kläger ist seit dem 1.4.2007 Mitglied der Beklagten nach § 5 Abs 1 Nr 13 SGB V. Dies ist antrags-gemäß unter Aufhebung des angefochtenen Urteils und des Bescheides der Beklagten festzustellen.
Der Kläger ist bei der Beklagten nach § 5 Abs 1 Nr 13 SGB V pflichtversichert. Nach dieser Vorschrift sind Personen pflichtversichert, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und a) zuletzt gesetzlich krankenversichert waren oder b) bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in § 5 Abs 5 SGB V oder den in § 6 Abs 1 oder 2 SGB V genannten Personen gehören oder bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten. Die Mitgliedschaft der nach § 5 Abs 1 Nr 13 SGB V Versicherungspflichtigen beginnt mit dem ersten Tag ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall im Inland (§ 186 Abs. 11 Satz 1 SGB V). Für die Beiträge gilt nach § 227 SGB V § 240 SGB V entsprechend. Die Voraussetzungen des § 5 Abs 1 Nr 13 SGB V sind vorliegend er-füllt. Der Kläger hat keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall (dazu unten 1.). Er war zuletzt gesetzlich krankenversichert (dazu unten 2.). Der Kläger gehört auch nicht zu den in § 5 Abs 5 SGB V oder den in § 6 Abs 1 oder 2 SGB V genannten Personen.
1. Der Kläger hat keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall. Insoweit kommt es darauf an, ob die ausländische Versicherung ein Sicherungsniveau gewährleistet, dass die Voraussetzungen des § 193 Abs 3 Satz 1 VVG erfüllt (BSG 20.3.2013 – B 12 KR 14/11 R, juris Rn 17). Nach Halbsatz 1 dieser Vorschrift ist jede Person mit Wohnsitz im Inland verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5.000 EUR begrenzt sind, abzuschließen und aufrechtzuerhalten. Diese Voraussetzungen erfüllt die spanische Versicherung des Klägers nicht, wie das SG zu Recht dargelegt hat. Diese Versicherung ist grundsätzlich auf das spanische Territorium beschränkt; bei Aufenthalten im Ausland gilt das Kostenerstattungsprinzip, das auf bis zu 90 Tage je Aufenthalt im Ausland beschränkt ist. Zudem ist nicht gewährleistet, dass der Selbstbehalt auf 5.000, EUR jährlich begrenzt ist. Der Senat verweist im Übrigen insoweit auf die Entscheidungsgründe des SG (§ 153 Abs 2 SGG).
2. Entgegen der Auffassung der Beklagten und des SG war der Kläger zuletzt gesetzlich krankenversichert iSd § 5 Abs 1 Nr 13 SGB V. Zuletzt krankenversichert im Sinne dieser Vorschrift war der Kläger bis zum 29.10.1999 in Deutschland in der gesetzlichen Krankenversicherung. Bei der Prüfung, ob der Kläger "zuletzt" gesetzlich versichert war, ist die spanische Versicherung, die den Charakter einer privaten Krankenversicherung hat, nicht einzubeziehen. § 5 Abs 1 Nr 13 SGB V geht nach allgemeinen Grundsätzen grundsätzlich vom Territorialitätsprinzip aus (Hessisches LSG 19.7.2011 – L 1 KR 180/11 B ER, juris Rn 29; LSG für das Saarland 16.7.2014 – L 2 KR 50/11, juris Rn 29). Deshalb sind allein deutsche Versicherungstatbestände maßgebend, sofern sich nicht aus Normen des über-staatlichen oder internationalen Rechts etwas anderes ergibt.
Vorliegend gibt es keine Norm des überstaatlichen oder internationalen Rechts, welche die Gleichstellung der spanischen Versicherung mit

der deutschen Versicherung erlaubt. Art 5 Buchstabe b VO (EG) 883/2004 ist entgegen der Auffassung der Beklagten und des SG nicht anwendbar. Die VO (EG) 883/2004 ist am 1.5.2010 in Kraft getreten (Hauschild in Hauck/Noftz, EU-Sozialrecht K Art 91 – VO 883/04). Die Versicherungspflicht nach § 5 Abs 1 Nr 13 SGB V war aber bereits zuvor eingetreten, und zwar ab dem 1.4.2007, dem Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Vorschrift. Der Kläger hatte schon zu diesem Zeitpunkt seinen Wohnort in Deutschland, weil er sich hier gewöhnlich aufhielt (Art 1 Buchstabe h VO (EWG) 1408/71; vgl die gleichlautende Vorschrift des Art 1 Buchstabe j VO (EG) 883/2004). Da er in der Zeit danach seinen Wohnort im Sinne des EU-Rechts nicht mehr außerhalb Deutschlands hatte, ist auch für die gesamte Zeit danach nicht die VO (EG) 883/2004, sondern die VO (EWG) 1408/71 anwendbar.
Die spanische private Krankenversicherung des Klägers wäre daher einer deutschen in Bezug auf die Anspruchsvoraussetzungen des § 5 Abs 1 Nr 13 SGB V nur gleichzustellen, wenn sich dies aus dem vor dem Inkrafttreten der VO (EG) 883/2004 geltenden Gemeinschaftsrecht ergäbe. Seinerzeit galt die VO (EWG) 1408/71. Diese enthielt jedoch, anders als Art 5 Buchstabe b VO (EG) 883/2004, keine vergleichbare Gleichstellungsnorm. Zwar war nach der Rechtsprechung des EuGH im Zeitraum der Geltung der VO (EWG) 1408/71 die Gleichstellung ausländischer mit inländischen Sachverhalten als Ausfluss der primär-rechtlichen Gleichstellungspflicht möglich (dazu Heinert/Wendtland, ZESAR 2015, Seite 414, 417 mwN). Dies führte in einer Vielzahl von Entscheidungen des EuGH zu einer Berücksichtigung im Ausland eingetretener Tatsachen für die Anwendung nationalen Rechts (vgl EuGH 23.11.2000 – C 135/99, juris; EuGH 21.2.2008 – C 508/06, juris; Schuler in Fuchs, Europäisches Sozialrecht, 6. Auflage 2013, Art. 5 VO 883/04 Rn 1 ff). Dabei handelte es sich jedoch um Sachverhalte, bei denen die Einbeziehung der im EU-Ausland entstandenen Tatsache für die Versicherten günstig war und damit einer Diskriminierung aufgrund des Aufenthalts im anderen EU-Land vorgebeugt wurde.
Ausgehend davon ist vorliegend eine Gleichstellung jedenfalls hinsichtlich der Zeit vor dem Inkrafttreten der VO (EG) 883/2004 in Anbetracht des Fehlens einer ausdrücklichen EU-rechtlichen Gleichstellungsnorm nicht möglich (im Ergebnis ebenso LSG für das Saarland 16.7.2014 – L 2 KR 50/11, juris). Die Basisversicherung in der privaten Krankenversicherung ist in aller Regel mit höheren Versicherungsbeiträgen verbunden als die Auffangpflichtversicherung nach § 5 Abs 1 Nr 13 SGB V (vgl Padé, SGb 2014, 389, 390). Die Höhe des Beitrags zum Basistarif ist zwar gemäß § 152 Abs 3 Satz 1 Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (VAG) auf den Höchstbetrag der gesetzlichen Krankenversicherung begrenzt, wobei der individuelle Beitrag niedriger ausfallen kann als der Höchstbeitrag (zur Halbierung des Beitrags für Bezieher von Leistungen nach dem SGB II oder SGB XII § 152 Abs 4 VAG). Ungeachtet dessen führt die Einbeziehung in die gesetzliche Versicherung nach § 5 Abs 1 Nr 13 SGB V für die meisten Versicherten, speziell für solche mit verhältnismäßig geringem Einkommen, im Verhältnis zum Basistarif in der privaten Krankenversicherung zu niedrigeren Beiträgen. Bei dieser typischen Fallgestaltung, die ausgehend von den Einkommensangaben des Klägers auch für diesen zutrifft, kann die spanische Versicherung der deutschen jedenfalls in der Zeit vor dem Inkrafttreten der VO (EG) 883/2004 nicht gleichgestellt werden.
Zuständig für die Versicherung nach § 5 Abs 1 Nr 13 SGB V ist die Beklagte. Nach § 174 Abs 5 SGB V werden Versicherungspflichtige nach § 5 Abs 1 Nr 13 SGB V Mitglieder der Krankenkasse, bei der sie zuletzt versichert waren. Dies war beim Kläger die Beklagte.
Die Kostenentscheidung folgt aus § 193 SGG.
Die Revision wird wegen grundsätzlicher Bedeutung der Rechtssache zugelassen (§ 160 Abs 2 Nr 1 SGG).
Rechtskraft
Aus
Login
RPF
Saved
2016-11-28