L 5 KR 661/19

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Mannheim (BWB)
Aktenzeichen
S 4 KR 1328/18
Datum
18.01.2019
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KR 661/19
Datum
14.08.2020
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
Zum Ausschluss der Auffangpflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V bei in Deutschland fortbestehender Versicherung bei der US-amerikanischen Krankenversicherungsgesellschaft GEHA Inc.
Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Mannheim vom 18.01.2019 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Feststellung ihrer Versicherungspflicht bei den Beklagten.

Die im Jahr 1942 geborene Klägerin war vom 03.04.1956 - 31.01.1958, vom 16.03.1959 - 09.03.1961 und zuletzt vom 13.03. - 05.04.1961 aufgrund einer versicherungspflichtigen Beschäftigung bei der Beklagten zu 1) pflichtversichert. Sodann wanderte sie gemeinsam mit ihrem Ehegatten in die Vereinigten Staaten von Amerika aus, wo sie, auch nach ihrer Rückkehr in die Bundesrepublik Deutschland im Jahr 1999, bei der Versicherungsgesellschaft GEHA Inc. (Government Employees Health Association) versichert gewesen ist.

Die Klägerin, die zwar am 13.04.2015 einen Antrag auf Altersrente gestellt hat, jedoch nicht in der Krankenversicherung der Rentner versichert ist, beantragte am 09.10.2017 unter Hinweis auf ihre letzten Beschäftigungsverhältnisse in der Bundesrepublik Deutschland, wieder Mitglied bei der Beklagten zu 1) werden zu können. Sie sei zur Zeit noch bei der GEHA versichert.

Mit Bescheid vom 17.11.2017 lehnten die Beklagten die Aufnahme der Klägerin ab. Sie, die Klägerin, sei zuletzt in Amerika privat krankenversichert gewesen, sie verfüge somit über eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall, weswegen eine Versicherung bei ihnen nicht möglich sei.

Hiergegen erhob die Klägerin mit Schreiben vom 15.12.2017, das am 27.12.2017 bei der Beklagten zu 1) eingegangen ist, Widerspruch, mit dem sie vorbrachte, sie sei bei der GEHA Inc. über ihren Ehegatten mit- bzw. familienversichert. Bei der GEHA Inc. handele es sich nicht um eine Privatversicherung im deutschen Sinne, denn dies erfordere, dass jede Person einzeln versichert sei. Die Sozial- und Gesundheitssysteme in Deutschland und den USA seien insofern nicht miteinander vergleichbar. Die Abwicklung ihrer derzeitigen Versicherung erfordere, dass sie alle Rezepte, Rechnungen, Verordnungen und sonstige Unterlagen vor der Einreichung ins Englische übersetzen lassen müsse, was dazu führe, dass sie i.d.R. mehrere Wochen auf Zahlungen warten müsse, wodurch es zu Konflikten mit den behandelnden Ärzten gekommen sei. Der zuständige Bundesverband der Beklagten habe veröffentlicht, dass, wer vor der Auswanderung bei einer gesetzlichen Krankenversicherung abgesichert gewesen sei, grundsätzlich das Recht habe, wieder bei der bisherigen Krankenkasse einzutreten.

Mit Widerspruchsbescheid vom 11.04.2018, der ausdrücklich auch im Namen der Beklagten zu 2) erging, wies die Beklagte zu 1) den Widerspruch der Klägerin zurück. Sie führte hierzu begründend aus, nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) seien Personen versicherungspflichtig, die nicht über einen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall verfügten und zuletzt gesetzlich krankenversichert gewesen seien oder bisher nicht gesetzlich oder privat versichert gewesen seien. Hierbei seien, so die Beklagte zu 1) unter Hinweis auf die Gesetzesbegründung, Personen, die nicht privat krankenversichert seien, als solche ohne anderweitige Absicherung anzusehen. Die Klägerin verfüge über Krankenversicherungsschutz bei der GEHA Inc., die, entgegen der Einschätzung der Klägerin, als private Krankenversicherung anzusehen sei, weswegen ein anderweitiger Krankenversicherungsschutz bestehe und eine

Mitgliedschaft nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V nicht möglich sei. Dies werde auch dadurch bestätigt, dass die Klägerin bereits im Jahr 1999 wieder in die Bundesrepublik Deutschland zurückgekehrt sei, und sodann für mehr als 15 Jahre den Schutz der GEHA Inc. in Anspruch genommen habe.

Hiergegen hat die Klägerin am 14.05.2018 Klage beim Sozialgericht Mannheim (SG) erhoben. Zu deren Begründung hat sie vorgetragen, sie sei in der Bundesrepublik Deutschland zuletzt bei der Beklagten zu 1) krankenversichert gewesen. Nach ihrer Heirat und dem Umzug in die Vereinigten Staaten, wo sie nicht erwerbstätig gewesen sei, sondern ihre drei Kinder erzogen habe, sei eine Weiterversicherung bei der Beklagten zu 1) nicht möglich gewesen. Sie sei deswegen bei GEHA Inc. versichert. Dieses Unternehmen, bei dem sie unverändert versichert sei, sei keine private Krankenversicherung, sie sei daher nicht anderweitig abgesichert. Sie habe sich bereits im Jahr 2004 bei der Beklagten zu 1) nach einer Aufnahmemöglichkeit erkundigt, wobei ihr gesagt worden sei, eine Aufnahme sei nicht möglich. Eine solche sei erst im Zuge einer Gesetzesänderung zum 01.04.2007 möglich geworden, wovon sie erst im Jahr 2017 Kenntnis erlangt habe. Sie, die Klägerin, leide an einer Maculopathie am linken Auge, die sie regelmäßig mit Lucentis-Injektionen behandeln lassen müsse, die pro Spritze 1.200,- EUR kosteten. Hierauf habe sie bei ihrer derzeitigen Versicherung einen Eigenanteil von 150,- EUR zu tragen. Bei einer Versicherung durch die Beklagte zu 1) beliefe sich der Eigenanteil hingegen auf lediglich 10,- EUR.

Die Beklagte zu 1) ist der Klage unter Verweis auf den Widerspruchsbescheid vom 14.05.2018 entgegengetreten.

Mit Gerichtsbescheid vom 18.01.2019 hat das SG die Klage abgewiesen. Zur Begründung seiner Entscheidung hat es ausgeführt, die Klägerin sei nicht nach § 5 Abs. 1 SGB V pflichtversichert. Eine Mitgliedschaft in der Krankenversicherung der Rentner (§ 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V) scheide aus, weil die Klägerin nicht mindestens 9/10 der zweiten Hälfte des Zeitraums von der Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung eines Rentenantrages Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung gewesen sei. Eine Mitgliedschaft folge auch nicht aus § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V und der dortigen Auffangversicherung. Hierunter fielen nur Personen, die u.a. über keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall verfügten, wobei nach § 5 Abs. 8a SGB V ausgenommen sei, wer nach Abs. 1 Nr. 1 bis 12 versicherungspflichtig, freiwilliges Mitglied oder nach § 10 SGB V versichert sei. Die nach § 6 Abs. 3a Satz 1 SGB V bestehende Versicherungsfreiheit für Personen, die nach dem 55. Lebensjahr versicherungspflichtig werden, gelte nicht für die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V (§ 6 Abs. 3a Satz 4 SGB V). Zwar sei die Klägerin, entgegen der Einschätzung der Beklagten im System der Abgrenzung zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung, nicht der privaten Krankenversicherung zuzuzählen, da die Abgrenzung an den zuletzt, d.h. vor dem Zustand der Nichtabsicherung anknüpfe, innegehabten Versicherungsschutz anknüpfe und die Klägerin zuletzt vor ihrem Wegzug in die USA - bei der Beklagten - gesetzlich krankenversichert gewesen sei. Indes verfüge die Klägerin mit dem Schutz der GEHA Inc. über einen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall i.S.d. § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V. Eine die Auffangpflichtversicherung ausschließende anderweitige Absicherung im Krankheitsfall bestehe auch bei im Inland realisierbaren Leistungsansprüchen gegen ein ausländisches Sicherungssystem, das im Wesentlichen den Mindestanforderungen an eine Absicherung in der deutschen privaten Krankenversicherung entspreche. Die Klägerin habe nach ihrem Vorbringen bisher alle Rechnungen, die ihr für ihre Krankenbehandlung angefallen seien, über die GEHA Inc. abgerechnet. Weder die vorgebrachte zeitlich verzögerte Abrechnung, noch die Eigenbeteiligung stünden der Annahme einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall entgegen. Dies gründe bereits darin, dass auch bei privaten Krankenkassen, die einen Vollkrankenschutz anböten, je nach Tarif, Selbstbeteiligungen möglich seien, ohne dass dies an dem Status einer Vollversicherung etwas ändere. I.d.S habe das Landessozialgericht Sachsen-Anhalt (Urteil vom 19.05.2011 - L 10 KR 39/10 -, in juris) entschieden, dass eine Belastung mit Selbstbeteiligungen von 3.000,- EUR im Jahr nicht gegen eine anderweitige gleichwertige Absicherung im Krankheitsfall spreche. Überdies sei für die Annahme einer "anderweitige Absicherung im Krankheitsfall" nicht erforderlich, dass eine genau dem deutschen System entsprechende Absicherung bestehe, insb. sei eine Absicherung auf dem Niveau des Basistarifs nicht erforderlich, solange im Wesentlichen die Mindestanforderungen an eine private Absicherung erfüllt seien. Dass dies im Falle der Absicherung bei der GEHA Inc. nicht der Fall sei, sei nicht ersichtlich. Vielmehr erbringe diese der Klägerin seit deren Rückkehr in die Bundesrepublik im Jahr 1999 Leistungen im Krankheitsfall, ohne dass bestimmte Leistungsbereiche wie die ambulante oder stationäre Krankenbehandlung oder die Arzneimittelversorgung ausgeschlossen wären. Dementsprechend führe die Klägerin im Wesentlichen den erheblichen Abrechnungsaufwand an. Ob die Versicherung bei der GEHA Inc. eine eigenständige Versicherung sei oder eine solche, die über ihren Ehegatten abgeleitet sei, sei nicht maßgeblich.

Gegen den ihr am 29.01.2019 zugestellten Gerichtsbescheid hat die Klägerin am 26.02.2019 Berufung beim Landessozialgericht Baden-Württemberg eingelegt. Zu deren Begründung bringt sie vor, ihre Versicherung bei der GEHA Inc. erfülle nicht die Mindestanforderungen, die, nach dem Urteil des LSG Sachsen-Anhalt (a.a.O.), auf das das SG Bezug nehme, an eine private Absicherung zu stellen seien. So belaufe sich ihr Eigenanteil für die monatliche Behandlung der bei ihr bestehenden Makuladegeneration auf 450,- EUR pro Injektion; im Falle einer Versicherung bei der Beklagten fielen lediglich 10,-. EUR Eigenanteil an. Allein die hierdurch bedingte Belastung i.H.v. 5.400,- EUR jährlich übersteige die vom LSG Sachsen-Anhalt angenommene Grenze von 3.000,- EUR. Überdies umfasse ihre Versicherung bei der GEHA Inc. bestimmte Leistungen nicht, bspw. die der Haushaltshilfe, häusliche Krankenpflege, Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen, alternative Heilmethoden und Krebsfrühuntersuchungen. Eine Bekannte von ihr, die gleichfalls aus den Vereinigten Staaten nach Deutschland zurückgekehrt sei, sei von der Beklagten aufgenommen worden. Auf Anforderung des Senats hat die Klägerin den ihrer Versicherung bei der GEHA Inc. zu Grunde liegenden Leistungsplan vorgelegt, der sodann einer Übersetzung zugeführt worden ist und hinsichtlich dessen Inhalts auf Bl. 38 – 111 bzw. auf Bl. 119 – 195 sowie auf Bl. 208 – 214 bzw. auf Bl. 218 - 224 der (elektronischen) Senatsakte verwiesen wird. Zuletzt hat die Klägerin noch vorgetragen, dass sie Rücksprache mit ihrer amerikanischen Krankenversicherungsgesellschaft genommen habe und diese seither richtig abrechne, weswegen sich die von ihr zu zahlenden Eigenanteile verringert hätten. Dies hat sie zuletzt dahingehend konkretisiert, dass der aktuell von ihr zu tragende Eigenanteil bei der GEHA Inc. 229,61 US-$ monatlich betrage und seitens der GEHA Inc. im August 2019 eine Ausgleichszahlung i.H.v. 12.687,97 EUR geleistet worden sei.

Die Klägerin beantragt - sachgerecht gefasst -,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Mannheim vom 18.01.2019 aufzuheben und unter Aufhebung des Bescheides vom 17.11.2017 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 11.04.2018 festzustellen, dass sie seit 09.10.2017 versicherungspflichtiges Mitglied der Beklagten ist.

Die Beklagten beantragen,

die Berufung zurückzuweisen.

Zur Begründung ihres Antrages verweisen sie auf die aus ihrer Sicht zutreffenden Ausführungen des SG im angefochtenen Gerichtsbescheid und tragen ergänzend vor, dem klägerischen Begehren stehe auch § 6 Abs. 3a SGB V entgegen, da sie zum Zeitpunkt der Einführung des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V am 01.04.2007 bereits das 65. Lebensjahr vollendet gehabt habe. Bei der von der Klägerin angeführten Bekannten sei, anders als bei der Klägerin, nach der Rückkehr noch eine Mitgliedschaftszeit wegen des Bezuges von Arbeitslosengeld II zu verzeichnen, weswegen sodann eine Mitgliedschaft nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V zustande gekommen sei. Aus dem vorgelegten Leistungsplan werde eindeutig ersichtlich, dass es sich bei dem Tarif der Klägerin ("311 High Option") um einen anderweitigen (vollwertigen) Versicherungsschutz handele. So seien die zu leistenden Selbstbeteiligungen so gering, dass diese im Hinblick auf eine ausreichende anderweitige Absicherung zu vernachlässigen seien.

Die Beklagte zu 1) hat zuletzt mit Schreiben vom 20.03.2020, die Klägerin mit solchem vom 13.05.2020 und die Beklagte zu 2) mit Schreiben vom 25.06.2020 das Einverständnis mit einer Entscheidung des Senats ohne mündliche Verhandlung erklärt.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Prozessakten beider Rechtszüge sowie die bei der Beklagten zu 1) geführte Leistungsakte, die Gegenstand der Entscheidungsfindung geworden sind, verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht (vgl. § 151 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz [SGG]) eingelegte Berufung der Klägerin, über die der Senat nach dem erteilten Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entscheidet (§§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2 SGG), ist statthaft (vgl. § 143 Abs. 1 SGG) und auch im Übrigen zulässig.

Das Begehren der Klägerin ist im Rahmen des § 123 SGG sachgerecht als Anfechtungs- und Feststellungsklage auszulegen, da die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V unabhängig von einem Beitritt kraft Gesetzes besteht (Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 12.01.2011 - B 12 KR 11/09 R -, in juris, dort Rn. 10). Da die Klägerin sowohl die Versicherungspflicht zur Kranken- und zur Pflegeversicherung begehrt, richtet sich Klage und Berufung auch gegen die bei der Beklagten zu 1) errichtete Pflegekasse (Beklagte zu 2)); das Rubrum ist (nur) entsprechend zu berichtigen (Senatsurteil vom 23.09.2015, - L 5 KR 127/15 -, nicht veröffentlicht). Auf Grund der Antragstellung der Klägerin am 09.10.2017 begehrt sie die Feststellung ab diesem Zeitpunkt.

Die Berufung führt jedoch für die Klägerin inhaltlich nicht zum Erfolg. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der angefochtene Bescheid der Beklagten ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Die Klägerin ist nicht gesetzlich krankenversichert und somit nicht Pflichtmitglied der von ihr gemäß §§ 174 Abs. 5, 173 Abs. 1 SGB V gewählten Krankenkasse, hier der Beklagten zu 1).

Die Klägerin ist nicht gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 1 bis 12 SGB V pflichtversichert; insb. erfüllt sie nicht die Voraussetzungen des § 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V, da sie nicht mindestens 9/10 der zweiten Hälfte des Zeitraums zwischen der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit und der Stellung eines Rentenantrages Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung gewesen ist, da sie bereits in der 60er Jahren die Bundesrepublik Deutschland verlassen hat und seitdem nicht mehr in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert gewesen ist.

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

Die Klägerin ist auch nicht über die Auffangversicherung des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V gesetzlich krankenversichert. Nach dieser Vorschrift (eingefügt mit Wirkung zum 01.04.2007 durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes [GKV-WSG] vom 26.03.2007 [BGBl. I S.378]) sind Personen versicherungspflichtig, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und die zuletzt gesetzlich krankenversichert waren (Buchst. a) oder die 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 (Buchst. b). Nach der Intention des Gesetzgebers soll mit dieser Regelung erreicht werden, dass es für alle Einwohner ohne Absicherung im Krankheitsfall einen entsprechenden Versicherungsschutz gibt (BT-Drs. 16/3100 S.86, 94).

Zu den anderweitigen Ansprüchen auf Absicherung im Krankheitsfall i.S.d. § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V zählen auch Leistungsansprüche gegen ausländische Krankenversicherungen. Dies folgt aus einer an Systematik und Regelungszweck orientierten Auslegung, die durch die Gesetzesmaterialien bestätigt wird. Die anderweitige Absicherung muss dabei kein dem Versicherungsschutz in der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechendes Sicherungsniveau gewährleisten. An eine "anderweitige Absicherung" i.S.d. § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V sind vielmehr keine höheren Anforderungen zu stellen, als an die Erfüllung der Versicherungspflicht nach § 193 Abs. 3 Satz 1 Versicherungsvertragsgesetz (VVG; so ausdrücklich BSG, Urteil vom 20.03.2013 - B 12 KR 14/11 R -, in juris, dort Rn. 13 ff.). Nach dieser Regelung besteht für jede Person mit Wohnsitz im Inland die Verpflichtung, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst eine Krankheitskostenversicherung abzuschließen und aufrechtzuerhalten, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehenen 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 ist. Mithin ist es erforderlich, aber auch ausreichend, dass die Versicherung unter Einhaltung bestimmter Selbstbeteiligungsgrenzen ambulante und stationäre Heilbehandlung abdeckt (BSG, Urteil vom 20.03.2013 a.a.O., Rn. 18).

Durch die Versicherung über die GEHA Inc. werden die Mindestanforderungen nach § 193 Abs. 3 Satz 1 VVG erfüllt, weswegen die Klägerin mit dieser Versicherung über einen die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung ausschließenden anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall i.S.d. § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V verfügt. Die Versicherung der Klägerin bei der GEHA Inc. deckt nach dem - in deutscher Übersetzung - vorliegenden Leistungsplan u.a. die Kosten für ambulante und stationäre Krankenbehandlungen wie aus Abschnitt 5 des Leistungsplans (medizinische Versorgung durch Ärzte) bzw. Abschnitt 5c (stationäre Krankenhausaufnahme und Dienstleistungen eines Krankenhauses) ersichtlich wird, umfassend ab. Auch die von der Klägerin zu tragende Kostenbeteiligung, worunter nach Abschnitt 4 des Vertrags Auslagen der Klägerin aus eigener Tasche (beispielsweise Eigenanteile, Selbstbeteiligungen und Selbstbehalte) zu verstehen sind, ist bei der Inanspruchnahme bevorzugter Leistungserbringer, d.h. solcher, die zugestimmt haben, die

Kosten, die sie in Rechnung stellen, zu begrenzen, im von der Klägerin gewählten Tarif auf maximal 5.000.- US-$ jährlich, d.h. umgerechnet (Kurs am 31.07.2020: 1 US-$ = 0,8401 EUR) 4.210,52 EUR jährlich begrenzt, aktuell beläuft sich die tatsächliche Zuzahlung der Klägerin nach deren letztem Vorbringen auf 229,61 US-$ monatlich, d.h. umgerechnet 2.320,32 EUR jährlich. Damit überschreitet die Kostenbeteiligung den noch statthaften Höchstbetrag von 5.000,- EUR nicht. Soweit die Klägerin vorbringt, die Versicherung bei der GEHA Inc. decke insbesondere Leistungen der Haushaltshilfe, der häuslichen Krankenpflege, Kur- und Rehamaßnahmen, osteopathische Leistungen, Gehhilfen, Akupunkturleistungen, alternative Heilmethoden, Naturheilverfahren sowie Haut- und Darmkrebsfrüherkennung nicht ab (Schriftsatz vom 03.04.2019), weswegen kein anderweitiger Versicherungsschutz i.S.d. § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V anzunehmen sei, sind diese Leistungen für die Erfüllung der Mindestanforderungen nach § 193 Abs. 3 Satz 1 VVG nicht erforderlich.

Das nach § 193 Abs. 3 Satz 1 VVG maßgebliche Mindestsicherungsniveau wird auch nicht dadurch unterschritten, dass die Klägerin durch GEHA Inc. keinen Schutz gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit erhält. Denn die in § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V allein geregelte Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung verlangt nur einen fehlenden anderweitigen Anspruch auf Absicherung "im Krankheitsfall". Die Absicherung im Pflegefall und darauf bezogene Leistungen der Pflegeversicherung fallen nicht hierunter; vielmehr sieht der Gesetzgeber hierfür eine verselbstständigte Pflegeversicherungspflicht vor, die - bezogen auf den vorliegenden Kontext - nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI erst eingreift, wenn - insoweit vorgreiflich - eine Versicherungspflicht in der GKV nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V besteht.

Die Klägerin verfügt mithin über eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall, weswegen eine Mitgliedschaft in der Auffangversicherung des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ausscheidet.

Die Klägerin ist mithin nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert, weswegen auch eine Mitgliedschaft in der sozialen Pflegeversicherung nicht besteht (vgl. § 20 Abs. 1 Satz 1 und Satz 2 Nr. 12 SGB XI).

Der Bescheid der Beklagten zu 1) vom 17.11.2017 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 11.04.2018 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten; die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des SG vom 18.01.2019 ist zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Gründe für die Zulassung der Revision (§ 160 Abs. 2 SGG) liegen nicht vor.
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2020-09-08