L 1 KR 204/13

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Duisburg (NRW)
Aktenzeichen
S 9 KR 291/11
Datum
19.02.2013
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 1 KR 204/13
Datum
24.03.2015
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Es wird festgestellt, dass das Urteil des Sozialgerichts Duisburg vom 19.02.2013 insoweit wirkungslos ist, als Zinsen für den Zeitraum vom 19.11.2008 bis 04.12.2008 zugesprochen worden sind. Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Duisburg vom 19.02.2013 wird zurückgewiesen. Die Beklagte trägt die Kosten auch des Berufungsverfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen. Der Streitwert wird für das Berufungsverfahren auf 51.692,97 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt von der Beklagten Kostenerstattung für eine stationäre Krankenhausbehandlung.

Der am 00.00.1938 geborene Herr L I (im Folgenden: Patient) war bis zum 15.06.1990 bei der DAK als freiwilliges Mitglied krankenversichert. Bis zum 31.08.1999 war er bei der Beklagten aufgrund des Bezuges von Arbeitslosengeld gesetzlich krankenversichert gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). In der Zeit vom 01.09.1999 bis zu seinem Tob am 01.10.2008 bezog er eine Altersrente wegen Arbeitslosigkeit aus der gesetzlichen Rentenversicherung. Die Höhe des monatlichen Rentenzahlbetrages betrug ab dem 01.06.2008 782,06 EUR (Rentenbescheid vom 30.04.2008), in der Zeit davor - aufgrund einer Verrechnung zugunsten der Arbeitsverwaltung - 623,68 EUR. Ergänzende Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) bezog der Patient neben seiner Rente nicht. Während des Rentenbezuges war er nicht versicherungspflichtig in der Krankenversicherung der Rentner, weil er die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen hierfür nicht erfüllte. Es ließ sich nicht feststellen, dass sich der Patient in der Zeit ab dem 01.09.1999 gegen das Risiko Krankheit (privat oder gesetzlich) versicherungsrechtlich abgesichert hätte.

Die Beigeladene verneinte im März 2008 nach einer Prüfung wegen fehlendem festen Wohnsitz und unbekanntem Aufenthaltsort des Patienten, dass dieser bei ihr versichert sei gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V. Zuvor hatte die Stadt T ihr mitgeteilt, der Patient sei dort nicht gemeldet. Im September 2008 teilte die Stadt P der Beigeladenen mit, der früher in P wohnhafte Patient sei mit unbekanntem Ziel verzogen.

Der Patient wurde nach einem Verkehrsunfall am 07.09.2009 von dem Kläger als zugelassenes Krankenhaus gemäß § 108 Nr. 1 SGB V notfallmäßig aufgenommen und dort bis zu seinem Tod am 01.10.2008 fortlaufend stationär behandelt. Nach Operationen am 08.09. und 09.09.2008 wurde er künstlich beatmet (für mehr als 499 und weniger als 1.000 Stunden). Der Kläger ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts und nach den landesrechtlichen Vorschriften als Hochschulklinik anerkannt.

Der Kläger forderte die Beklagte mit Rechnung vom 04.11.2008 auf, für die stationäre Krankenhausbehandlung des Patienten 51.962,97 EUR bis zum 04.12.2008 zu zahlen; wegen der Zusammensetzung des Rechungsbetrages und der einzelnen Rechnungspositionen wird auf den Inhalt der Rechnung vom 04.11.2008 (in der Verwaltungsakte des Klägers) verwiesen. Der Kläger wies darauf hin, der Patient habe bei seiner Krankenhausaufnahme angegeben, bei der Beklagten versichert zu sein. Mit Schreiben vom 16.07.2009 erwiderte die Beklagte, der Patient sei seit dem 31.08.1999 nicht mehr bei ihr versichert. Eine Zahlung leistete sie nicht.

Der Kläger hat mit seiner am 05.05.2011 vor dem Sozialgericht (SG) Duisburg erhobenen Klage die Beklagte auf Zahlung der Behandlungskosten in Höhe von 51.962,97 EUR in Anspruch genommen.

Zur Begründung hat er vorgetragen, die Beklagte habe mitgeteilt, dass der Patient dort seit dem 31.08.1999 nicht mehr versichert sei. Damit habe sie eingeräumt, dass er dort zuvor versichert gewesen sei. Da sich eine anderweitige Versicherung nicht feststellen lasse, seien die Voraussetzungen für eine Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V erfüllt, so dass die Beklagte als Letztversicherer

zahlungspflichtig sei. Ein Versicherungsverhältnis nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V komme kraft Gesetzes zustande. Es bedürfe nicht der Begründung, sondern es entstehe, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen vorlägen. Da der Krankenhausaufenthalt der Beklagten schon bei der Aufnahme des Patienten gemeldet worden sei, sei zu diesem Zeitpunkt auch ein Verwaltungsverfahren eingeleitet worden. Es komme daher nicht darauf an, dass der Patient später verstorben sei. Das Verwaltungsverfahren im Sinne des § 59 Satz 2 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) sei überdies bis zu dessen Tod noch nicht beendet gewesen. Mit der Aufnahmeanzeige durch das Krankenhaus, die zugleich einen Antrag des Patienten auf Übernahme der Krankenhausbehandlungskosten durch seine Krankenkasse beinhalte, sei ein solches Verfahren erneut in Gang gesetzt worden. Ein Grund für die Ablehnung der Durchführung der Bürgerversicherung bestehe nicht. Soweit die Beklagte nicht dartun könne, ob eine anderweitige Versicherung bestanden habe, stelle die frühere bei ihr begründete Versicherung die maßgebliche Vorversicherung dar.

Der Kläger hat schriftsätzlich beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an ihn einen Betrag in Höhe von 51.692,97 EUR zuzüglich 2 Prozentpunkten Zinsen über dem Basiszinssatz seit dem 19.11.2008 zu zahlen.

Die Beklagte hat schriftsätzlich beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte hat sich gegen ihre Inanspruchnahme verwahrt. Ein Vergütungsanspruch setze das Bestehen eines Versicherungsverhältnisses voraus. Die Entscheidung über den Versichertenstatus sei der Frage des Vergütungsanspruches vorgelagert. Eine solche Entscheidung könne jedoch von dem Kläger nicht begehrt werden. Insoweit handele es sich nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) zu § 95 SGB XII (bzw. der Vorgängervorschrift des § 91a Bundessozialhilfegesetzes) um einen Fall der unzulässigen Prozessstandschaft. Allenfalls der Patient habe die Kostenerstattung für die von ihm aufgewandten Krankenhausbehandlungskosten neben der Prüfung einer Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V begehren können. Ansprüche auf Geldleistungen kämen jedoch nach § 59 Satz 2 SGB I zum Erlöschen, wenn sie im Zeitpunkt des Todes des Berechtigten weder festgestellt noch ein Verwaltungsverfahren über sie anhängig sei. Schließlich sei auch kein Verwaltungsverfahren bei der Beklagten begründet worden; es komme nach § 59 SGB I darauf an, dass zum Zeitpunkt des Todes noch ein Verwaltungsverfahren über Ansprüche auf Geldleistungen anhängig sei. Dies sei im Zeitpunkt des Todes am 01.10.2008 gerade nicht der Fall gewesen, weil die Beigeladene bereits am 06.05.2008 die Durchführung einer Versicherung abgelehnt habe. Damit sei das Verwaltungsverfahren abgeschlossen gewesen. Ihren Unterlagen zufolge sei der Patient bis zum 31.08.1999 aufgrund des Bezuges von Arbeitslosengeld nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V bei ihr pflichtversichert gewesen. Die für die Krankenversicherung der Rentner nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V erforderlichen Voraussetzungen seien nicht erfüllt gewesen. Eine freiwillige Versicherung nach § 9 SGB V sei bei ihr nicht zustande gekommen. Bei welcher Krankenkasse gegebenenfalls eine freiwillige Versicherung zustande gekommen sei, könne nicht beantwortet werden. Aus den vorgelegten Unterlagen sei eine Korrespondenz mit der DAK E und der DAK L zu entnehmen.

Die Beigeladene hat keinen Antrag gestellt.

Auf Anfrage des SG hat die Deutsche Rentenversicherung Rheinland mitgeteilt, der Patient sei während des gesamten Bezuges der Rente nicht versicherungspflichtig in der Krankenversicherung der Rentner gewesen. Die Gründe hierfür seien nicht bekannt. Bei Rentenbewilligung sei anfangs noch davon ausgegangen worden, dass eine Versicherungspflicht zur Krankenversicherung der Rentner bestanden habe. Es seien zunächst Beiträge von der Rente einbehalten worden, bis die Beklagte mit maschineller Meldung vom 30.08.2000 mitgeteilt habe, dass ab dem 01.09.1999 die Vorversicherungszeit für die Krankenversicherung der Rentner nicht erfüllt sei und auch sonst keine gesetzliche Krankenversicherung bestehe. Die einbehaltenen Beitragsanteile seien sodann an das Landesarbeitsamt ausgezahlt worden, das noch eine offene Forderung gehabt habe. Die Rente sei auf ein Konto bei der Postbank überwiesen worden; Kontoinhaber sei der Patient gewesen. Erben seien nicht bekannt.

Die Beigeladene (AOK F) hat auf Nachfrage des SG mitgeteilt, dass sie im März 2008 eine telefonische Anfrage einer Sozialarbeiterin des Klägers wegen seines Krankenversicherungsschutzes erhalten und sie daraufhin nach Einholung einer Auskunft der Stadt T die Krankenversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V verneint habe.

Die DAK hat auf Anfrage des SG mitgeteilt, der Patient sei dort bis zum 15.06.1990 freiwilliges Mitglied gewesen.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung des SG durch Urteil ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Mit Urteil vom 19.02.2013 hat das SG Duisburg die Beklagte ohne mündliche Verhandlung verurteilt, an den Kläger 51.692,97 EUR (zuzüglich Zinsen seit dem 19.11.2008 in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz) zu zahlen.

Dem Kläger stehe der gegenüber der Beklagten geltend gemachte Vergütungsanspruch in Höhe von 51.692,97 EUR zu. Rechtsgrundlage des verfolgten Vergütungsanspruchs sei § 109 Abs. 4 Satz 2 und Satz 3 SGB V in Verbindung mit § 7 Satz 1 Nr. 1 des Gesetzes über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen - Krankenhausentgeltgesetz - in Verbindung mit der seinerzeit geltenden Fallpauschalenvereinbarung 2008 sowie dem Sicherstellungsvertrag nach § 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V.

Zwischen den Beteiligten bestehe kein Streit, dass die Krankenhausbehandlung des Patienten in der Zeit vom 07.09. bis zum 01.10.2008 im Sinne der vorgenannten Regelungen erforderlich gewesen sei. Der Patient sei notfallmäßig nach einem erlittenen Verkehrsunfall in das von dem Kläger betriebene Krankenhaus eingeliefert und behandelt worden. Auch hinsichtlich der Höhe des Rechnungsbetrages bestehe kein Streit, so dass diesbezüglich kein weiterer Aufklärungsbedarf gesehen werde.

Der Patient sei vom 01.04.2007 bis zu seinem Tod am 01.10.2008 Mitglied der Beklagten gewesen. Dies ergebe sich aus der seit dem 01.04.2007 geltenden Regelung des § 5 Abs. 1 Nr. 13 a SGB V. Der Versicherte habe ab dem 01.04.2007 zum Personenkreis des § 5 Abs. 1 Nr. 13 a SGB V gehört. Er sei zu diesem Zeitpunkt berentet gewesen, habe aber keinen Anspruch auf Versicherung in der Krankenversicherung der Rentner gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V gehabt, wie der zuständige Rentenversicherungsträger auf Anfrage

bestätigt habe. Er habe auch keine sonstigen Leistungen - etwa nach dem SGB II oder nach dem SGB XII - bezogen.

Es sei auch nicht ersichtlich, dass der Patient sich, nachdem feststand, dass die Voraussetzungen für die Krankenversicherung der Rentner nicht vorlagen, freiwillig bei einer anderen Krankenkasse als der Beklagten versichert hätte. Die insoweit im Verwaltungsverfahren als auch im Klageverfahren bei verschiedenen gesetzlichen Krankenkassen getätigten Ermittlungen seien sämtlich erfolglos geblieben. Es sei auch nicht zu ermitteln gewesen, ob und ggf. wo der Versicherte zuletzt einen festen Wohnsitz gehabt habe. Des Weiteren bestünden keine Anhaltspunkte dafür, dass er in einer privaten Krankenversicherung anderweitig gegen den Krankheitsfall versichert gewesen sei. Bei dieser Sachlage sei nicht ersichtlich, auf welcher tatbestandlichen Grundlage ein weiteres Krankenversicherungsverhältnis hätte begründet werden können. Insbesondere unter Berücksichtigung des Lebensalters des Patienten sowie seiner Einkommenssituation erscheine es nahezu ausgeschlossen, dass ein weiteres Krankenversicherungsverhältnis nach Ausscheiden aus der zunächst begründeten Versicherungspflicht bei der Beklagten bestanden habe. Der Patient sei damit im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 13 a SGB V zuletzt in der gesetzlichen Krankenversicherung krankenversichert gewesen.

Hierbei sei es unerheblich, dass sich die Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 a SGB V nicht unmittelbar an die zuvor bestehende Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V angeschlossen habe. Denn die Krankenversicherungspflicht von Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und zuletzt gesetzlich krankenversichert waren, bestehe auch dann, wenn diese Absicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung der Auffangpflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V nicht unmittelbar vorangegangen sei (Hinweis auf BSG, Urteil vom 12.01.2011, B 12 KR 11/09 R).

Die Mitgliedschaft des Patienten bei der Beklagten habe - nach dem Inkrafttreten des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V am 01.04.2007 - mit dem ersten Tag ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall im Inland begonnen (§ 186 Abs. 11 Satz 1 SGB V), mithin am 01.04.2007. Diese Mitgliedschaft habe bis zum Eintritt des Todes des Versicherten am 01.10.2008 angedauert; denn es sei nicht ersichtlich, dass Beendigungstatbestände im Sinne des § 190 Abs. 13 SGB V bis zu diesem Zeitpunkt eingetreten seien.

Entgegen der von der Beklagten vertretenen Rechtsauffassung entstehe die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V unabhängig von einem ausdrücklich erklärten Beitritt oder einer Anzeige kraft Gesetzes, wenn deren Voraussetzungen vorliegen (Hinweis u.a. auf BSG, Urteil vom 12.01.2011, B 12 KR 11/09 R; LSG NRW, Beschluss vom 24.02.2010, L 16 B 49/09 NZB).

Ergänzend sei darauf hinzuweisen, dass die Beklagte die nach § 174 Abs. 5 die für den verstorbenen versicherten Patienten zuständige Krankenkasse gewesen sei. Nach dieser Vorschrift würden Versicherungspflichtige nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V abweichend von § 173 SGB V Mitglied der Krankenkasse oder des Rechtsnachfolgers der Krankenkasse, bei der sie zuletzt versichert waren, anderenfalls würden sie Mitglied der von ihnen nach § 173 Abs. 1 SGB V gewählten Krankenkasse. Nachdem nicht feststellbar gewesen sei, dass der Patient nach Rentenbeginn eine andere Krankenkasse gewählt habe, und aufgrund der zuvor bestehenden Pflichtversicherung aufgrund des Bezuges von Arbeitslosengeld zuletzt bei der Beklagten versichert gewesen sei, sei er Mitglied bei der Beklagten geworden.

An diesem Ergebnis ändere auch der Umstand nichts, dass der Patient, bevor er zur Beitragszahlung herangezogen werden konnte, verstorben sei. Das Risiko der fehlenden Beitragszahlung bzw. des Ausfalls von Beiträgen trage die Beklagte. Im Fall der stationären Behandlung eines in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Patienten, der eine Behandlung als Sachleistung in Anspruch nehme, sei das Abrechnungsverhältnis von den Behandlungsbeziehungen abgekoppelt. Die Vergütungsansprüche des Krankenversicherungsträgers richteten sich ausschließlich und unmittelbar gegen den Versicherungsträger; eine Zahlungsverpflichtung des Versicherten gegenüber dem Krankenhaus entstehe nicht.

Gegen dieses ihr am 06.03.2013 zugestellte Urteil des SG hat die Beklagte am 02.04.2013 Berufung erhoben.

Zur Begründung trägt sie vor, das Urteil des SG konterkariere die Rechtsprechung des BSG. Danach seien Entscheidungen über die Versicherteneigenschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung Statusentscheidungen, die nur gegenüber dem am Versicherungsverhältnis Beteiligten ergingen und für Dritte Tatbestandswirkung hätten. Eine Beantragung oder Anfechtung durch Dritte komme nicht in Betracht. Die vom BSG (Hinweis auf Urteil vom 17.06.1999, B 12 KR 11/99 R) erfolgten Feststellungen zur Bindungswirkung gegenüber Rentenversicherungsträgern, Trägern der Kriegsopferfürsorge, Sozialhilfeträgern etc. würden in gleicher Weise auch für Leistungserbringer wie den Kläger gelten. Das Urteil des SG würde zudem dazu führen, dass die Bestimmungen der § 13 Abs. 3 SGB V und § 59 SGB I vollständig ausgehebelt würden. Denn "ein potentiell nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Versicherter hätte im Fall einer unrechtmäßigen Ablehnung einer Versicherung und dadurch von ihm selbst übernommenen Behandlungskosten bzw. bei zu Unrecht erfolgter Ablehnung einer Leistung einen Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs. 3 SGB V". Dieser Kostenerstattungsanspruch sei "eine Geldleistung". Geldleistungen würden jedoch erlöschen gemäß § 59 Satz 2 SGB I, wenn sie im Zeitpunkt des Todes des Berechtigten weder festgestellt seien noch ein Verwaltungsverfahren über sie anhängig sei. Ein solches Verwaltungsverfahren sei zum Zeitpunkt des Todes des Patienten nicht bzw. nicht mehr anhängig gewesen. Wenn Erben dann keinen Anspruch hätten, sei nicht einzusehen, warum dies bei Dritten anders sein solle. Die vom SG zitierte Entscheidung des BSG vom 12.01.2011 (B 12 KR 11/09 R) treffe keine Aussage zu der Frage, inwieweit Dritte eine Feststellung der Versicherungspflicht begehren können. Der Kläger habe "schlicht kein Recht darauf, im Rahmen einer Leistungserbringerabrechnung den Versichertenstatus eines von ihm behandelten Patienten klären zu lassen".

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Duisburg vom 19.02.2013 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er ist der Auffassung, das Urteil des SG sei rechtmäßig. Die Beklagte habe in tatsächlicher Hinsicht nichts vorgetragen, was die Anwendung des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ausschließe. Diese Versicherung entstehe kraft Gesetzes. Der Gesetzgeber habe mit ihr beabsichtigt, dass niemand in Deutschland mehr ohne Krankenversicherungsschutz sein solle.

Der Kläger hat in der mündlichen Verhandlung vom 24.03.2015 die Klage hinsichtlich des Zinsanspruchs dahingehend begrenzt, das Zinsen erst für die Zeit ab dem 05.12.2008 begehrt werden. Hinsichtlich Zinsen für die Zeit vom 19.11.2008 bis zum 04.12.2008 hat er die Klage zurückgenommen.

Die Beigeladene hat keinen Antrag gestellt.

Wegen der weiteren Einzelheiten zum Sach- und Streitstand wird auf den Inhalt der Gerichtsakten, der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten und der Beigeladenen sowie der Verwaltungsakten des Klägers verwiesen, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung waren.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung der Beklagten ist in der Sache nicht begründet. Das SG Duisburg hat sie zu Recht verurteilt, an den Kläger 51.692,97 EUR zu zahlen.

1. Streitgegenstand ist der Anspruch des Klägers als Leistungserbringer gegen die beklagte Krankenkasse auf Zahlung der Vergütung für die Krankenhausbehandlung des Patienten. Diesen Anspruch macht der Kläger zu Recht mit der (echten) Leistungsklage nach § 54 Abs. 5 SGG geltend. Bei der auf Zahlung der Behandlungskosten gerichteten Klage eines Krankenhausträgers gegen eine Krankenkasse handelt es sich um einen Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt (BSG, Urteil vom 13.05.2004, B 3 KR 18/03 R, BSGE 92, 300 m.w.N.). Ein Vorverfahren ist daher nicht durchzuführen und eine Klagefrist nicht zu beachten (BSG, Urteil vom 16.12.2008, B 1 KN 1/07 KR R, BSGE 102, 172). Der Kläger hat den Zahlungsanspruch auch konkret beziffert (vgl. BSG a.a.O.).

2. Der Kläger kann von der Beklagten die Zahlung der Kosten für die stationäre Krankenhausbehandlung des Patienten in Höhe von 51.692,97 EUR mit Erfolg beanspruchen. Die Krankenhausbehandlung des Patienten war erforderlich (dazu a). Der Patient war bei der Beklagten während seiner Krankenhausbehandlung gesetzlich krankenversichert (dazu b).

a) Eine Krankenkasse ist nach § 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V in Verbindung mit den jeweils einschlägigen Vereinbarungen über Fallpauschalen (DRG) und tagesgleichen Pflegesätzen zwischen Krankenkasse und Krankenhausträger verpflichtet, die vereinbarten Entgelte zu zahlen, wenn Krankenhausbehandlung stattgefunden hat und die Versorgung des Versicherten im Krankenhaus im Sinne des § 39 SGB V erforderlich gewesen ist.

aa) Nach § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die zur Krankenbehandlung gehörende Krankenhausbehandlung (§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V) wird gemäß § 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht (BSG, Urteil vom 16.12.2008, B 1 KN 1/07 KR R, BSGE 102, 172 m.w.N.).

Versicherte haben gemäß § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus, wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Ob einem Versicherten vollstationäre Krankenhausbehandlung zu gewähren ist, richtet sich damit allein nach medizinischen Erfordernissen. Ermöglicht es der Gesundheitszustand des Versicherten, das Behandlungsziel durch andere Maßnahmen - insbesondere durch ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege - zu erreichen, besteht kein Anspruch auf stationäre Behandlung (BSG, Großer Senat, Beschluss vom 25.09.2007, GS 1/06, BSGE 99, 111).

Zwischen den Beteiligten besteht kein Streit, dass die stationäre Krankenhausbehandlung des Patienten in der Zeit vom 07.09. bis zum 01.10.2008 in diesem Sinne erforderlich war. Insoweit bestehen auch keine Bedenken. Der Patient wurde notfallmäßig nach einem erlittenen Verkehrsunfall bei dem Kläger eingeliefert und dort behandelt; er kam nicht wieder zu Bewusstsein und musste fortlaufend künstlich beatmet werden.

bb) Die Zahlungsverpflichtung der Beklagten ist unmittelbar mit dieser erforderlichen Versorgung des Patienten entstanden. Damit hat - als Kehrseite der Zahlungsverpflichtung - zugleich der Kläger einen entsprechenden Vergütungsanspruch gegenüber der Beklagten erworben. Dieser wirksam entstandene Vergütungsanspruch ist nachträglich nicht untergegangen; denn anspruchsvernichtende Einwendungen existieren nicht.

"Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und i.S. von § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V erforderlich ist" (st. Rspr., BSG, Urteil vom 16.12.2008, B 1 KN 1/07 KR R, BSGE 102, 172; BSG, Urteil vom 08.11.2011, B 1 KR 8/11 R, BSGE 109, 236; jeweils m.w.N.).

Der Vergütungsanspruch des Krankenhauses gegen die Krankenkasse gründet damit im Krankenversicherungsrecht. Es entspricht dem Naturalleistungsprinzip (§ 2 Abs. 2 SGB V), dass die Vergütung der Sach- und Dienstleistungen, auf die die Versicherten Anspruch haben, unmittelbar durch die Krankenkasse erfolgt. Da die Krankenkassen auch die Krankenhausbehandlung als Naturalleistung schulden, ist die Auffassung überholt, dass der Vergütungsanspruch einen auf das Krankenhaus übergegangenen Kostenerstattungsanspruch des Versicherten darstellt (so noch BSG, Urteil vom 20.01.1982, 8/8a RK 13/80, BSGE 53, 62, 64 f.). Diese früher einmal vom BSG verwandte Konstruktion diente allein dazu, für Streitigkeiten über Vergütungsansprüche von Krankenhäusern den Rechtsweg zu den Sozialgerichten zu begründen. Nachdem der BGH dies akzeptiert hatte (BGH, Urteil vom 10.01.1984, VI ZR 297/81, BGHZ 89, 250, 252 ff.), hat das BSG die Konstruktion wieder aufgegeben (BSG, Urteil vom 21.11.1991, 3 RK 32/89, BSGE 70, 20, 22 f.). Seither betont das BSG in ständiger Rechtsprechung, dass der Vergütungsanspruch unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Krankenhausbehandlung entsteht (BSG, Urteil vom 16.12.2008, B 1 KN 1/07 KR R, BSGE 102, 172; BSG, Urteil vom 08.11.2011, B 1 KR 8/11 R, BSGE 109, 236; jeweils m.w.N.). Dementsprechend ist eine zusätzliche vertragliche Vereinbarung nicht erforderlich (BSG, Urteil vom 28.09.2006, B 3 KR 23/05 R; BSG, Urteil vom 13.12.2001, B 3 KR 11/01 R, BSGE 89, 104, 105 f.). Der Vergütungsanspruch beruht daher auch nicht auf einem Behandlungsvertrag,

der anlässlich der Aufnahme des Versicherten geschlossen wird. Seine Grundlage ist jedoch der Versorgungsvertrag. Denn nur durch ihn ist das Krankenhaus berechtigt, Versicherte auf Kosten der Krankenkassen zu behandeln. Insoweit handelt es sich bei ihm um einen vertraglichen Anspruch (zum Vorstehenden: Wahl in: jurisPK-SGB V, 2. Aufl. 2012, § 109 SGB V, Rn. 127).

Angesichts dieser ständigen höchstrichterlichen Rechtsprechung, der sich der Senat nach eigener Prüfung anschließt, vermag der Einwand der Beklagten hiergegen rechtlich nicht zu überzeugen. Der zwischenzeitliche Tod des Patienten wirkt sich nicht anspruchsvernichtend aus, weil der Vergütungsanspruch des Klägers bereits mit der Behandlung entstanden war. Dieser Vergütungsanspruch ist nach dem zuvor Ausgeführten ein originärer Anspruch des Klägers und kein übergegangener Kostenerstattungsanspruch des Patienten. Ob zuvor eine Kostenzusage beantragt oder erteilt oder ein Verwaltungsverfahren eröffnet wurde, ist entgegen der Rechtsauffassung der Beklagten somit unerheblich. Diese Rechtsauffassung der Beklagten basiert auf Rechtsprechung, die überholt ist, und dies seit mehreren Jahrzehnten.

b) Der Patient war bei der Beklagten während seiner stationären Krankenhausbehandlung auch gesetzlich krankenversichert.

aa) Diese Versicherungspflicht folgt kraft Gesetzes aus § 5 Abs. 1 Nr. 13 a SGB V. Nach dieser Regelung sind Personen versicherungspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und zuletzt gesetzlich krankenversichert waren. Diese Regelung wurde mit Wirkung zum 01.04.2007 durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26.03.2007 (BGBl I S. 378) eingefügt.

Der Patient erfüllte die Voraussetzung des § 5 Abs. 1 Nr. 13 a SGB V in der streitigen Behandlungszeit vom 07.09. bis zum 01.10.2008. Der Patient war zuletzt - bis zum 31.08.1999 - durch den Bezug von Arbeitslosengeld bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V. Diese frühere Versicherungspflicht wird auch von dem Beklagten nicht in Frage gestellt.

Der Patient hatte danach keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall. Das Bestehen einer anderweitigen Absicherung ließ sich nicht feststellen. Insbesondere war der Patient kein freiwilliges Mitglied; er war auch kein Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des SGB XII, so dass die Regelung des § 5 Abs. 8 a SGB V, welche die Anwendung des § 5 Abs. 1 Nr. 13 a SGB V ausschließt, nicht greift.

bb) Die beiden Einwände der Beklagten gegen die Anwendung des § 5 Abs. 1 Nr. 13 a SGB V sind rechtlich unerheblich. Der zwischenzeitliche Tod des Patienten wirkt sich nicht anspruchsvernichtend auf den Vergütungsanspruch des Klägers aus, weil die Pflichtversicherung des Patienten (sowie der Vergütungsanspruch des Krankenhauses, dazu oben) bereits unmittelbar kraft Gesetzes entstanden war; ob zuvor eine Mitgliedschaft (oder eine Kostenzusage) beantragt oder ein Verwaltungsverfahren eröffnet wurde, ist daher von vornherein unerheblich.

Dies hat das BSG ausdrücklich in diesem Sinne entschieden (BSG, Urteil vom 12.01.2011, B 12 KR 11/09 R, BSGE 107, 177, juris Rn. 10): "Die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V besteht unabhängig von einem Beitritt kraft Gesetzes." Die Beklagte nimmt diese höchstrichterliche Rechtsprechung nicht zur Kenntnis bzw. setzt sich mit ihr nicht auseinander.

cc) Es schadet nicht, dass zwischen der letzten gesetzlichen Krankenversicherung des Patienten (bis September 1999) bei der Beklagten und dem Eintritt der gesetzlichen Auffangversicherung am 01.04.2007 eine zeitliche Lücke bestand.

Das BSG hat (auch) dies bereits entschieden (BSG, Urteil vom 12.01.2011, B 12 KR 11/09 R, BSGE 107, 177, juris Rn. 18): "Demnach ist § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V so auszulegen, dass er nicht nur auf der Rechtsfolgenseite eine Zuweisung entweder zur GKV oder zur PKV vornimmt, sondern auch auf der Tatbestandsseite an die letzte Krankenversicherung entweder in der GKV oder der PKV anknüpft. Dabei können zwischen der letzten Krankenversicherung in der GKV und dem Einsetzen der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V auch Zeiten einer anderweitigen, nun aber entfallenen Absicherung außerhalb der PKV liegen, die der Versicherungspflicht in der GKV nicht entgegenstehen." Diese Überlegungen greifen erst recht, wenn zwischen der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 a SGB V und einer zuvor bestehenden Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung eine vollständige Lücke - also ein Zeitraum ohne jedwede andere Absicherung - liegt.

Zusammengefasst muss sich die einsetzende Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 a SGB V also nicht zeitlich ohne Unterbrechung an eine zuvor bestehende Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung anschließen (vgl. BSG a.a.O., juris Rn. 15). Die Beklagte nimmt auch diese höchstrichterliche Rechtsprechung nicht zur Kenntnis.

dd) Soweit die Beklagte auf die Urteile des BSG vom 12.11.2003 (B 3 KR 1/03 R) sowie vom 17.06.1999 (B 12 KR 11/99 R) verweist, überzeugt dies nicht.

Das BSG hat mit Urteil vom 12.11.2003 (B 3 KR 1/03 R) eine Entscheidung getroffen "zur Verbindlichkeit der Kostenübernahmeerklärung für eine Krankenhausbehandlung, die eine Krankenkasse unter dem Vorbehalt abgegeben hat, dass der Patient bei ihr versichert ist" (Leitsatz 1.). Um diese Thematik geht es hier nicht, zumal diese Entscheidung, worauf der Kläger zu Recht hinweist, noch vor Einführung der "Auffangversicherung" durch § 5 Abs. 1 Nr. 13 a SGB V ergangen ist, also hierzu gar keine Aussagen trifft und treffen konnte.

Mit Urteil vom 17.06.1999 (B 12 KR 11/99 R) hat das BSG entschieden, der Sozialhilfeträger sei nicht berechtigt, die Familienversicherung eines von ihm Unterstützten durch die Krankenkasse feststellen zu lassen. Darum geht es hier ebenfalls nicht. Außerdem hat das BSG ausgeführt, Entscheidungen über die Versicherteneigenschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung seien Statusentscheidungen, die nur gegenüber den am Versicherungsverhältnis Beteiligten ergehen, für Dritte Tatbestandswirkung haben und von diesen nicht beantragt oder angefochten werden können. Auch darum geht es hier nicht. Der Kläger ficht keine Statusentscheidung an, sondern begehrt Zahlung, so dass die BSG-Entscheidung ein ganz anderes Begehren bzw. einen ganz anderen Streitgegenstand betrifft. Zudem hat das BSG ausgeführt, dass Bestehen einer Versicherung sei in solchen Fällen eine "Vorfrage, über die im Rechtsstreit ohne Bindung an die Ansicht der Krankenkasse zu entscheiden ist" (BSG, Urteil vom 17.06.1999, B 12 KR 11/99 R, juris Rn. 17). Nur wenn bereits eine Statusentscheidung ergangen sei - was hier nicht der Fall ist -, habe der Leistungsträger bei der Verfolgung von Leistungs- oder Erstattungsansprüchen diese Statusentscheidung hinzunehmen (BSG a.a.O.). Im Übrigen erging auch diese Entscheidung des BSG (aus dem Jahr 1999) noch vor der

Einfügung der Nr. 13 a in § 5 Abs. 1 SGB V und trifft hierzu keine Aussage.

c) Für Personen, die - wie der Patient - am 01.04.2007 keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall hatten, begann die Mitgliedschaft an diesem Tag, d.h. am 01.04.2007 (§ 186 Abs. 11 Satz 3 SGB V).

Der Senat nimmt im Übrigen auf die in jeder Hinsicht zutreffenden Ausführungen des SG Bezug und macht sich diese nach Prüfung zu eigen (§ 153 Abs. 2 SGG).

d) Hinsichtlich der Höhe des Rechnungsbetrages besteht kein Streit und sind keine Ansatzpunkte für eine rechtswidrige Berechnung erkennbar.

3. Der Kläger kann von der Beklagten Zahlung von Zinsen für die Zeit ab dem 05.12.2008 mit Erfolg begehren.

a) Nach § 15 Abs. 1 des Vertrages nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V - Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung (Sicherstellungsvertrag) - sind die Rechnungen innerhalb von 15 Kalendertagen nach Eingang zu begleichen (Satz 1). Als Tag der Zahlung gilt der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut oder Übersendung von Zahlungsmitteln an das Krankenhaus (Satz 2). Ist der Fälligkeitstag Samstag, Sonntag oder gesetzlicher Feiertag, verschiebt er sich auf den nächstfolgenden Arbeitstag (Satz 3). Bei Überschreitung des Zahlungsziels kann das Krankenhaus nach Maßgabe der §§ 284, 285, 288 Abs. 1 BGB Verzugszinsen in Höhe von 2 v. H. über dem jeweiligen Diskontsatz der Deutschen Bundesbank (jetzt: Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank) ab dem auf den Fälligkeitstag folgenden Tag verlangen (Satz 4).

Die Rechnung des Klägers datiert vom 04.11.2008. Das Zahlungsziel von 15 Tagen endete mit Ablauf des 19.11.2008 und die Rechnung wäre somit am 20.11.2008 fällig gewesen; der Fälligkeitstag 20.11.2008 war ein Donnerstag. Verzugszinsen in Höhe von 2 v.H. über dem jeweiligen Basiszinssatz könnte der Kläger somit frühestens erst ab dem auf den Fälligkeitstag folgenden Tag - also ab dem 21.11.2008 und nicht bereits ab dem 19.11.2008, wie vom SG entschieden - verlangen (§ 15 Abs. 1 Satz 4 des Sicherstellungsvertrages).

b) Ein Zinsanspruch (frühestens) ab dem 21.11.2008 setzt allerdings voraus, dass der Beklagten die Rechnung vom 04.11.2008 noch an diesem Tag tatsächlich auch zugegangen ist. Der Senat musste sich jedoch nicht gedrängt sehen, den Sachverhalt insoweit weiter aufzuklären. Offen bleiben kann ebenfalls, ob der Rechnungsbetrag ggf. erst ab dem 05.12.2008 fällig geworden ist. Dieses könnte deshalb der Fall sein, weil der Kläger die Beklagte mit Rechnung vom 04.11.2008 aufgefordert hatte, für die stationäre Krankenhausbehandlung des Patienten 51.962,97 EUR bis zum 04.12.2008 zu zahlen. Dies wirft die Frage auf, ob der Kläger befugt war, insoweit von den dargestellten Vorgaben des Sicherstellungsvertrages als Normsetzungs- bzw. Normenvertrag (hierzu Wahl in: jurisPK-SGB V, 2. Aufl. 2012, § 112 SGB V Rn. 33 mit Verweis auf BSG, Urteil vom 25.09.2007, GS 1/06, juris Rn. 30) abzuweichen.

Als dies kann dahinstehen. Denn der Kläger hat seine Klage hinsichtlich des Zinsanspruchs nach einem Hinweis des Senates dahingehend begrenzt, dass Zinsen erst für die Zeit ab dem 05.12.2008 begehrt werden; hinsichtlich Zinsen für die Zeit vom 19.11.2008 bis zum 04.12.2008 hat er die Klage zurückgenommen. Mit dieser Teil-Klagerücknahme ist der Rechtsstreit in der Hauptsache insoweit erledigt gemäß § 102 Abs. 1 Satz 2 (i.V.m. § 153 Abs. 1) SGG. Die bereits ergangene, noch nicht rechtskräftig gewordene Entscheidung des SG wird insoweit wirkungslos (§ 269 Abs. 3 Satz 1 Hs. 2 ZPO i.V.m. § 202 SGG; vgl. Leitherer in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 10. Aufl. 2014, § 102 Rn. 9); dies hat der Senat im Urteilstenor entsprechend festgestellt.

3. Die Kostenentscheidung folgt aus § 197 a Abs. 1 Satz 1 Hs. 3 SGG i.V.m. § 154 Abs. 2 VwGO. Die Teil-Klagerücknahme hinsichtlich der Zinsen fällt wegen ihrer Geringfügigkeit dabei nicht ins Gewicht. Im Rahmen der gemäß § 155 Abs. 1 Satz 1 VwGO einheitlich zu treffenden Kostenentscheidung können nach § 155 Abs. 1 Satz 3 VwGO (jeweils i.V.m. § 197 a Abs. 1 Satz 1 Hs. 3 SGG) einem Beteiligten die Kosten ganz auferlegt werden, wenn der andere nur zu einem geringen Teil unterlegen ist.

4. Gründe, die Revision zuzulassen (§ 160 Abs. 2 SGG), lagen nicht vor. Die streitentscheidenden Fragen sind höchstrichterlich, wie dargelegt, bereits beantwortet.

5. Die Streitwertfestsetzung beruht auf § 197 a Abs. 1 Satz 1 Hs. 1 SGG i.V.m. § 63 Abs. 2 Satz 1, § 52 Abs. 1 und Abs. 3 Satz 1 sowie § 47 Abs. 1 und 2 GKG und entspricht dem Antrag des Klägers im Klageverfahren sowie dem Wert des Streitgegenstands des ersten Rechtszugs.
Rechtskraft
Aus
Login
NRW
Saved
2015-06-22