

S 18 KR 170/11

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Wiesbaden (HES)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
18
1. Instanz
SG Wiesbaden (HES)
Aktenzeichen
S 18 KR 170/11
Datum
21.05.2014
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 8 KR 237/14
Datum
11.09.2014
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Klage wird abgewiesen.

Die Klägerin hat die Kosten des Rechtsstreites zu tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Kosten der vollstationären Krankenhausbehandlung einer polnischen Staatsangehörigen.

Die Klägerin ist Trägerin der A-Kliniken in A-Stadt. Sie hat die polnische Staatsangehörige CC (Patientin) am 13.11.2009 notfallmäßig in die Klinik für Innere Medizin aufgenommen und bis einschließlich 20.11.2009 stationär behandelt. Am 01.12.2009 hat die Klägerin die Patientin erneut notfallmäßig aufgenommen und bis einschließlich 04.12.2009 stationär behandelt.

Nach dem Vortrag der Klägerin lebte die Patientin vor der stationären Aufnahme bereits 5 Jahren ohne festen Wohnsitz in A-Stadt und arbeitete als Putzhilfe. Eine gesetzliche Krankenversicherung habe zu keinem Zeitpunkt bestanden.

Die Klägerin hat nach ihrem eigenen Vortrag umgehend bei der Landeshauptstadt A Stadt die Übernahme der Behandlungskosten nach dem 12. Buch des Sozialgesetzbuches beantragt. Für die Behandlung vom 13.11.2009 bis 20. 11. 2009 hat die Klägerin die Kosten in Höhe von 2070,95 EUR mit Rechnung vom 13.1.2010 gegenüber der der Landeshauptstadt A Stadt geltend gemacht. Die Kosten der Behandlung für die Zeit vom 1.12.2009 bis 4.12.2009 in Höhe von 1562,99 EUR hat die Klägerin mit Rechnung vom 9.7.2010 gegenüber Frau CC unter der Kontaktadresse C-Straße, in C-Stadt geltend gemacht. Die Landeshauptstadt A-Stadt hat die Kostenübernahme nach dem Vortrag der Klägerin mit Bescheid vom 28.10.2010 abgelehnt. Den Widerspruch der Klägerin habe die Stadt mit Widerspruchsbescheid vom 18.03.2011 mit der Begründung abgelehnt, dass für die Patientin eine Versicherungspflicht gemäß [§ 5 Abs. 1 Nr. 13b SGB V](#) und somit ein vorrangiger Anspruch auf Pflichtversicherung bei einer gesetzlichen Krankenkasse bestehe.

Sodann habe die Klägerin am 28.03.2011 bei der beklagten Krankenkasse einen Antrag auf Kostenübernahme gestellt. Die Beklagte habe den Antrag mit Schreiben vom 06.05.2011 abgelehnt. Zur Begründung habe die Beklagte darauf hingewiesen, dass Frau C zwar der Versicherungspflicht gemäß [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) unterliege. Sie habe ihr Wahlrecht jedoch gegenüber der Beklagten nicht ausgeübt

Die Klägerin hat am 24.06.2011 Klage erhoben. Nach der zum 1.4.2007 in Kraft getretenen Regelung des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13b SGB V](#) bestehe für die Patientin eine gesetzliche Versicherungspflicht, da sie keinen Anspruch auf eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall habe und nicht gesetzlich krankenversichert gewesen sei. Die Versicherungspflicht gelte nach [§ 3 Nr. 2 SGB IV](#) für alle Personen, die einen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches haben. Die Patientin lebe seit mindestens 5 Jahren in Deutschland und habe daher ein Aufenthaltsrecht nach § 4a Freizügigkeitsgesetz/EU. In Fällen, in denen der Versicherte sein Kassenwahlrecht nach den [§§ 173-175 SGB V](#) nicht ausgeübt habe und auch keine Anmeldung bei der Krankenkasse durch eine dazu verpflichtete Stelle erfolgt sei, trete die Pflichtversicherung kraft Gesetzes ein und sei gegebenenfalls rückwirkend durchzuführen.

Die Klägerin beantragt,
die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin die Kosten der Krankenhausbehandlung vom 13.11.2009 bis 20. 11. 2009 in Höhe von 2070,95 EUR und vom 1.12.2009 bis 4.12.2009 in ihre von 1562,99 EUR nebst Zinsen von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit Klageerhebung zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Die Klägerin habe gegenüber der Beklagten keinen Anspruch auf die Übernahme der Kosten für die Behandlung der polnischen Staatsangehörigen CC. Da die Patientin zur Zeit der Behandlung ohne festen Wohnsitz gewesen sei, könne die örtliche Zuständigkeit i.S.d. [§ 3 Abs. 1 SGB IV](#) nicht geklärt werden. Im Übrigen setze das Zustandekommen eines Versicherungsverhältnisses im Sinne des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) i.V.m. [§ 186 Abs. 11 SGB V](#) einen Antrag des Versicherten voraus. Das Antragsersfordernis ergebe sich aus dem Kassenwahlrecht des Patienten nach [§§ 173 ff. SGB V](#). Außerdem sei die Anwendung des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) gemäß [§ 5 Abs. 11 S. 2 SGB V](#) ausgeschlossen. Nach dieser Vorschrift würden Angehörige eines anderen Mitgliedstaates der Europäischen Union von der Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13](#) nicht erfasst, wenn die Voraussetzung für die Wohnortnahme in Deutschland die Existenz eines Versicherungsschutzes nach [§ 4](#) des Freizügigkeitsgesetzes/EU sei. Nach [§ 4 Freizügigkeitsgesetz/EU](#) setze die Wohnortnahme in Deutschland voraus, dass die Personen über ausreichenden Krankenversicherungsschutz und ausreichende Existenzmittel verfügten. Da der Patient nicht erwerbsfähig gewesen sei, habe er nur mit ausreichendem Versicherungsschutz einreisen dürfen. Hätte der Patient in Polen einen ausreichenden Versicherungsschutz, so könnte sich ein Anspruch auf Kostentragung allenfalls aus [§ 13 Abs. 4 SGB V](#) ergeben. Diesbezügliche Angaben habe die Klägerin nicht gemacht. Polen habe ein staatliches Krankenversicherungssystem, das polnische Staatsbürger verpflichte, sich bei der polnischen Krankenkasse zu versichern. Beitragszahlungen würden entweder vom Gehalt abgezogen oder - wenn ein Versicherter auf Sozialleistungen angewiesen sei, vom polnischen Staat übernommen. Ob die Patientin in Polen versichert gewesen sei und mithin unter Nutzung einer europäischen Krankversicherungskarte auch Leistungen in Deutschland beanspruchen könne, sei nicht bekannt. Selbst wenn der Gesetzgeber einen lückenlosen Versicherungsschutz habe erreichen wollen, so stünden dem die gesetzlichen Regelungen entgegen. In Deutschland existiere kein staatliches Versicherungssystem, das jedem Einwohner ohne Voraussetzungen Krankenversicherungsschutz gewähre. Gemäß [§ 193 Abs. 3 VVG](#) sei jede Person im Inland verpflichtet eine Krankenversicherung bei einer privaten Krankenversicherung abzuschließen. Die Pflicht bestünde in den Fällen nicht, in denen die Person einem Pflichtversicherungsverhältnis in der gesetzlichen Krankenkasse nach den [§§ 5-10 SGB V](#) unterliege. Wenn aber die gesetzgeberische Konstruktion primär die Pflicht zum Abschluss eines Versicherungsvertrages regle und die gesetzliche Krankenversicherung hiervon nur eine Ausnahme mache, könne ein gesetzliches Versicherungsverhältnis nicht ohne Kenntnis und Zutun des Begünstigten entstehen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakte und die Patientenakte der Klägerin Bezug genommen. Die Akten sind Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist als Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5 SGG](#) zulässig, denn bei einer auf Zahlung der Behandlungskosten eines Versicherten gerichteten Klage eines Krankenträgers gegen eine Krankenkasse handelt es sich um einen sogenannten Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt ([BSGE 90, 1 ff.](#)). Es ist demnach weder ein Vorverfahren durchzuführen noch eine Klagefrist zu beachten.

Die Klage ist unbegründet, denn der Klägerin steht der geltend gemachte Vergütungsanspruch nicht zu.

Rechtsgrundlage des geltend gemachten Vergütungsanspruchs der Klägerin ist [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) mit Verweis auf das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG), sowie der "Vertrag über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung gemäß [§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#)" zwischen der Hessischen Krankenhausgesellschaft und den Krankenkassen (-verbänden). Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse gegenüber einem Krankenhaus entsteht unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistungen des Krankenhauses durch einen Versicherten der Krankenkasse, wenn die Versorgung in einem nach [§ 108 SGB V](#) zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und im Sinne von [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich ist. Die Klägerin betreibt ein zugelassenes Krankenhaus und die Inanspruchnahme der Leistungen der Klägerin war auch erforderlich. Die Patientin ist jedoch zu keinem Zeitpunkt Mitglied der beklagten Krankenkasse gewesen.

Die Patientin war weder als Versicherungsberechtigte nach [§ 9 SGB V](#) noch als Versicherungspflichtige nach [§ 5 Abs. 1 SGB V](#) bei der Beklagten krankenversichert.

Gemäß [§ 173 Abs. 1 SGB V](#) sind Versicherungspflichtige ([§ 5 SGB V](#)) und Versicherungsberechtigte ([§ 9 SGB V](#)) Mitglied der von ihnen gewählten Krankenkasse, soweit in den nachfolgenden Vorschriften, im Zweiten Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte oder im Künstlersozialversicherungsgesetz nichts Abweichendes bestimmt ist.

Konstitutive Voraussetzung für die Mitgliedschaft eines Versicherungspflichtigen in einer gesetzlichen Krankenkasse ist somit die Ausübung des Wahlrechts durch die Versicherten nach den [§§ 173 ff. SGB V](#). Die Vorschriften sind durch das Gesundheitsstrukturgesetz 1993 neu gefasst worden. Die Neuregelung kehrte das bisherige Verhältnis von der Regel der gesetzlichen Zuweisung und Ausnahme des Wahlrechts der Versicherten um. Die Begründung der Zuständigkeit durch die Wahl des Versicherten ist nunmehr bei allen Mitgliedern und Kassenarten die Regel, die gesetzliche Zuweisung zu einer bestimmte Krankenkassen die Ausnahme (vgl. Peters in Kasseler Kommentar, [§ 173 Rn. 5](#)).

Für den streitgegenständlichen Personenkreis der Versicherungspflichtigen im Sinne des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) hat der Gesetzgeber in [§ 174 Abs. 5 SGB V](#) unter der Überschrift "Besonderer Wahlrechte" eine Sonderregelung getroffen.

Nach [§ 174 Abs. 5 SGB V](#) werden Versicherungspflichtige im Sinne des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13a SGB V](#) Mitglied der Krankenkasse oder des Rechtsnachfolgers der Krankenkasse, bei der sie zuletzt versichert waren, andernfalls - wenn sie nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13b SGB V](#) bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren - werden sie Mitglied der von ihnen nach [§ 173 Abs. 1 SGB V](#) gewählten Krankenkasse. Nach [§ 174 Abs. 5 2. Halbs. SGB V](#) gilt in diesem Fall [§ 173 SGB V](#).

Nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) sind Personen versicherungspflichtig, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und zuletzt gesetzlich krankenversichert waren (a) oder bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren (b), es sei denn, dass sie zu den in Abs. 5 oder denen [§ 6 Abs. 1 oder 2](#) genannten Personen gehören oder bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland

gehört hätten.

Da die Patientin in dem streitgegenständlichen Fall nach ihren eigenen Angaben gegenüber den zuständigen Mitarbeitern der Klägerin zu keinem Zeitpunkt im Bundesgebiet gesetzlich krankenversichert war, ist eine gesetzliche Zuweisung zu der bisher zuständigen Krankenkasse nach den [§§ 174 Abs. 5](#), 1. Halbs. 1. Alt., [5 Abs. 1 Nr. 13a SGB V](#) nicht möglich. Die Patientin konnte ausschließlich nach den [§§ 174 Abs. 5](#), 1. Halbs. 2. Alt., [5 Abs. 1 Nr. 13b SGB V](#) Mitglied der von ihr gemäß [§ 175 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) gewählten Krankenkasse werden.

Die Wahlrechtserklärung nach [§ 175 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) ist eine einseitige, empfangsbedürftige Willenserklärung (Blöcher, jurisPK-SGB V [§ 175 SGB V](#), Rdnr. 15), die von dem Versicherungspflichtigen gegenüber der ausgewählten Krankenkasse auszuüben ist. Eine entsprechende Erklärung hat die Patientin gegenüber der beklagten Krankenkasse nicht abgegeben.

Die klagende Krankenhausträgerin hat gegenüber der beklagten Krankenkasse auch kein Recht auf Ausübung des Wahlrechts der Patientin im Wege der Ersatzvornahme gegenüber einer Krankenkasse entsprechend dem Recht des Arbeitgebers als meldepflichtige Stelle i.S.d. [§ 175 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#). Die Klägerin ist als Leistungsträgerin im Sinne des [§ 39 SGB V](#) keine zur Meldung verpflichtete Stelle im Sinne der [§§ 198 ff. SGB V](#). Sie fällt insbesondere nicht in den enumerativen Katalog der Meldepflichtigen bei sonstigen versicherungspflichtigen Personen i. S. d. [§ 200 SGB V](#).

Die Ausübung des Wahlrechts durch die versicherungspflichtige Patientin kann unter diesen Voraussetzungen durch den Krankenhausträger nach den Grundsätzen der Geschäftsführung ohne Auftrag in entsprechender Anwendung der [§§ 677 BGB](#) nicht ersetzt werden. Die Auswahl der Krankenkasse durch den Krankenhausträger im Wege der Geschäftsführung ohne Auftrag in entsprechender Anwendung der [§§ 677 ff. BGB](#) scheidet an den gesetzlichen Sonderregelungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (vgl. BSG, Urteil vom 03.11.1999 – [B 3 KR 4/99 R](#) m. w. N.; Palandt, BGB, § 677 Rdnr. 8). Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch regelt die Rechtsverhältnisse zwischen den Versicherten, den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern abschließend und bietet somit keinen Raum für eine entsprechende Anwendung der Regeln über die Geschäftsführung ohne Auftrag. Die historische und systematische Auslegung des Gesetzes ergibt, dass der Gesetzgeber die streitgegenständliche Fallgruppe der versicherungspflichtigen Personen im Sinne des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13b SGB V](#), die bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, ausdrücklich den Regeln des allgemeinen Wahlrechts nach [§ 173 SGB V](#) unterstellt, mit der Folge, dass diesem Personenkreis ein Wahlrecht eingeräumt wird, das nur ausnahmsweise - unter gesetzlich ausdrücklich zu regelnden Voraussetzungen - eingeschränkt, oder durch eine ausdrücklich gesetzlich anzuordnende Ersatzvornahme Dritter ersetzt werden könnte. Dieser Auslegung steht bei teleologischer Auslegung auch nicht die Intention des Gesetzgebers entgegen, mit der Neuregelung des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) eine Versicherungspflicht für Personen ohne Absicherung im Krankheitsfall zu begründen, die bisher nicht in Deutschland gesetzlich oder privat krankenversichert waren und dem Grunde nach der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen sind ([BT-Dr. 16/3100, S. 94](#)). Die Versicherungspflicht begründet für den Versicherungspflichtigen das Recht des Zugangs zu einer gesetzlichen Krankenkasse durch Ausübung seines Wahlrechts gegenüber der Krankenkasse. Der Versicherungspflichtige im Sinne des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) ist jedoch nicht verpflichtet, sein Recht auf Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung durch Ausübung seines Wahlrechts gegenüber einer Krankenkasse auszuüben und damit beispielsweise auch seine Pflicht zur Beitragszahlung gegenüber der ausgewählten Krankenkasse zu begründen.

Im Übrigen kann der klagende Krankenhausträger seinen Anspruch gegenüber der beklagten Krankenkasse auch nicht aus der Obliegenheit des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach [§ 175 Abs. 3 S. 3 SGB V](#) herleiten. Nach [§ 175 Abs. 3 S. 3 SGB V](#) legte der Spitzenverband Bund der Krankenkassen Regeln über die Zuständigkeit für die Fälle fest, in denen eine Mitgliedsbescheinigung nach [§ 175 Abs. 3 S. 1 SGB V](#) nicht vorgelegt und keine Meldung nach [§ 175 Abs. 3 S. 2 SGB V](#) erfolgt. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat keine Entscheidung über die Zuständigkeit zu Lasten der Beklagten getroffen und die Gemeinsamen Verlautbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Kassenwahlrecht vom 15.03.2006 enthält auch keine Regelung für die streitgegenständliche Zuweisung von nicht sozialversicherungspflichtig erwerbstätigen Personen.

Den Krankenhausträgern bleibt unter diesen Voraussetzungen nur die Möglichkeit, den Patienten aufgrund des Behandlungsvertrages in Anspruch zu nehmen und ihn auf sein Wahlrecht im Sinne des [§ 174 Abs. 5 SGB V](#) hinzuweisen (vgl. Flachsbarth, f&w 3/2010, S. 306 ff.). Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#).

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2015-11-24