

## L 1 KR 234/15

Land  
Freistaat Sachsen  
Sozialgericht  
Sächsisches LSG  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
1  
1. Instanz  
SG Leipzig (FSS)  
Aktenzeichen  
S 8 KR 621/12  
Datum  
30.06.2015  
2. Instanz  
Sächsisches LSG  
Aktenzeichen  
L 1 KR 234/15  
Datum  
25.09.2019  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil  
Leitsätze

Familienversicherung bei Nichtausübung des Wahlrechts der Stammversicherten - keine Fälligkeit des Vergütungsanspruchs eines Krankenhauses vor Rechnungserteilung - Beginn der Verjährungsfrist

1. Üben Stammversicherte, die Mitglieder verschiedener Krankenkassen sind, ihr Wahlrecht nach [§ 10 Abs. 5 SGB V](#) nicht aus, besteht die Familienversicherung ihrer Angehörigen bei mehreren Krankenkassen, die als Gesamtschuldner zur Erbringung von Leistungen verpflichtet sind.
  2. Ein Krankenhaus kann seinen Vergütungsanspruch gegen eine Krankenkasse vor der Rechnungserteilung mangels Fälligkeit nicht gerichtlich durchsetzen.
  3. Eine vom Krankenhaus der unzuständigen Krankenkasse erteilte Rechnung vermag die Fälligkeit des Vergütungsanspruchs des Krankenhauses gegen die zuständige Krankenkasse nicht zu begründen.
  4. Die Verjährung von Vergütungsansprüchen der Krankenhäuser beginnt bereits mit deren Entstehung und nicht erst mit ihrer Fälligkeit.
  5. Unerheblich für den Lauf der Verjährung im Sozialrecht ist, ob der Gläubiger (hier: das Krankenhaus) Kenntnis von der Person des Schuldners (hier: der Krankenkasse) hatte.
- I. Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Leipzig vom 30. Juni 2015 aufgehoben. Die Klage wird abgewiesen.

II. Die Kosten des Verfahrens beider Instanzen trägt die Klägerin.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

IV. Der Streitwert wird auf 1.572,57 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Streitig ist, welche Krankenkasse die Vergütung für die vollstationäre Behandlung des Beigeladenen zu 1 im Krankenhaus der Klägerin zu tragen hat.

Der 1987 geborene Beigeladene zu 1 war bis zum 30.04.2008 bei der AOK Brandenburg, einer Rechtsvorgängerin der Beklagten, gesetzlich krankenversichert. Er war wohnhaft in E ... und bezog vom dortigen Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II). Nach einem Umzug nach A ... bezog der ab dem 17.06.2008 vom dort zuständigen Grundsicherungsträger, der Arbeitsgemeinschaft A ..., SGB II-Leistungen.

In der Zeit vom 20.09.2008 bis 22.09.2008 wurde der Beigeladene zu 1 im Krankenhaus der Klägerin – einem zugelassenen Krankenhaus im Sinne von [§ 108 Nr. 2](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) – vollstationär behandelt, wofür Kosten in Höhe von 1.572,57 EUR anfielen. Bei der Aufnahme hatte der Beigeladene zu 1 fälschlicherweise angegeben, er sei bei der AOK Plus gesetzlich krankenversichert.

Mit Endabrechnung vom 20.12.2012 stellte die Klägerin die Kosten der Behandlung des Beigeladenen zu 1 der Beklagten in Rechnung. Zur Begründung verwies sie darauf, dass der Beigeladene zu 1 nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) Mitglied der Beklagten sei. Er sei bis zum 30.04.2008 Mitglied der Beklagten gewesen. Da er zum Behandlungszeitpunkt nicht über einen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall verfügt habe, komme die sog. Auffangversicherung zum Tragen.

Nachdem seitens der Beklagten keine Zahlung erfolgt war, hat die Klägerin am 27.12.2012 Klage zum Sozialgericht (SG) A ... erhoben mit dem Begehren, die Beklagte zur Zahlung von 1.572,57 EUR nebst Zinsen zu verurteilen.

Die Beklagte ist der Klage entgegengetreten. Der Beigeladene zu 1 sei nur bis zum 30.04.2008 bei ihr (bzw. ihrer Rechtsvorgängerin) versichert gewesen. Eine hieran anschließende Versicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) scheide aus. Vielmehr sei vom Bestehen einer Familienversicherung auszugehen. Die Mutter des Beigeladenen zu 1 sei allerdings nur bis zum 31.03.2007 bei ihr (bzw. ihrer Rechtsvorgängerin) versichert gewesen. Seit 01.04.2017 sei sie Mitglied der Beigeladenen zu 2. Der Vater des Beigeladenen zu 1 sei Mitglied der Beigeladenen zu 3. Die Durchführung der Familienversicherung obliege somit den Beigeladenen zu 2 und 3.

Das SG hat daraufhin die Krankenkasse der Mutter des Beigeladenen zu 1 (Beigeladene zu 2 – Beiladungsbeschluss vom 19.12.2014) und die Krankenkasse des Vaters des Beigeladenen zu 1 (Beigeladene zu 3 – Beiladungsbeschluss vom 30.06.2015) zum Verfahren beigeladen.

Mit Urteil vom 30.06.2015 hat das SG die Beklagte verurteilt, an die Klägerin 1.572,57 EUR nebst 5 % Zinsen über dem jeweiligen Basiszinssatz hieraus ab Rechtshängigkeit zu zahlen. Der Beigeladene zu 1 sei gemäß [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) bei der Beklagten pflichtversichert. Eine Familienversicherung ([§ 10 SGB V](#)) komme nicht zum Tragen. Zwar erfülle der Beigeladene zu 1 grundsätzlich die hierfür erforderlichen Voraussetzungen. Insbesondere habe er das 23. Lebensjahr noch nicht vollendet gehabt und sei nicht erwerbstätig gewesen. Jedoch sehe das Gesetz, wenn, wie hier, Mutter und Vater bei verschiedenen Krankenkassen gesetzlich krankenversichert seien, ein Wahlrecht ([§ 10 Abs. 5 SGB V](#)) vor, das vom Stammversicherten auszuüben sei. Für den streitigen Behandlungszeitraum habe keiner der Stammversicherten eine Wahl getroffen. In derartigen Fällen sei die Vorschrift des [§ 10 Abs. 5 SGB V](#) praktisch kaum zu handhaben. Für Fälle dieser Art sei daher auf die Auffangversicherung des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) zurückzugreifen.

Gegen das ihr am 31.08.2015 zugestellte Urteil des SG richtet sich die Berufung der Beklagten vom 21.09.2015. Sie verweist darauf, dass eine Mitgliedschaft des Beigeladenen zu 1 nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) nicht in Betracht komme, da mit der Familienversicherung ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall bestehe. Die – beitragsfreie – Familienversicherung entstehe kraft Gesetzes und sei gegenüber der Auffangversicherung vorrangig (Verweis auf [§ 5 Abs. 8a Satz 1 SGB V](#)). Dies gelte auch bei unterbliebener Ausübung des Wahlrechts nach [§ 10 Abs. 5 SGB V](#). Die Ausübung des Wahlrechts sei nicht konstitutiv für die Familienversicherung, sondern betreffe lediglich deren Durchführung. Werde keine Wahl getroffen, seien die für die Durchführung der Familienversicherung in Frage kommenden Krankenkassen gehalten, sich zu verständigen und bei ihren jeweiligen Versicherten auf die Ausübung des Wahlrechts hinzuwirken.

Die Beklagte beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Leipzig vom 30. Juni 2015 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt, die Berufung der Beklagten zurückzuweisen, hilfsweise das Urteil des Sozialgerichts Leipzig vom 30. Juni 2015 zu ändern und die Beigeladene zu 2 oder die Beigeladene zu 3 oder die Beigeladenen zu 2 und 3 als Gesamtschuldner zu verurteilen, an die Klägerin 1.572,57 EUR nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz hieraus ab Rechtshängigkeit zu zahlen.

Sie verteidigt das erstinstanzliche Urteil. Eine Wahlentscheidung nach [§ 10 Abs. 5 SGB V](#) liege für den vorliegend maßgeblichen Zeitraum nicht vor, so dass die Auffangversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) zum Tragen komme. Hieran vermöge auch das Vorliegen der Voraussetzungen für die Familienversicherung nach [§ 10 Abs. 1 bis 4 SGB V](#) nichts zu ändern.

Die Beigeladene zu 2 führt – ohne einen eigenen Antrag zu stellen – aus, dass die Voraussetzungen für die Durchführung der Familienversicherung zwar vorgelegen hätten. Ihre Versicherte, die Mutter des Beigeladenen zu 1, habe die nach [§ 10 Abs. 5 SGB V](#) erforderliche Wahlerklärung jedoch erst für die Zeit ab 01.01.2009 abgegeben. Für die bereits im Jahr 2008 erfolgte Behandlung des Beigeladenen zu 1 sei sie, die Beigeladene zu 2, daher nicht leistungspflichtig. Vorsorglich erhebe sie die Einrede der Verjährung.

Die Beigeladene zu 3 verweist – ohne einen eigenen Antrag zu stellen – darauf, dass der Beigeladene zu 1 vor dem SG erklärt habe, eine Versicherung über den von der Mutter getrennt lebenden Vater habe nie in Rede gestanden. Sofern die Voraussetzungen der Familienversicherung überhaupt vorlägen, wäre diese – wie dann ja auch ab 01.01.2009 erfolgt – von der Beigeladenen zu 2 durchzuführen.

Beigezogen waren die Verwaltungsvorgänge der Beklagten und der Beigeladenen zu 2 sowie die SGB II-Leistungsakte des Beigeladenen zu 1. Auf diese und auf die Gerichtsakte wird ergänzend Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Beklagten hat Erfolg. Sie ist zulässig und begründet. Auf die Berufung war daher das erstinstanzliche Urteil aufzuheben und die – als allgemeine Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) zulässige – Klage abzuweisen. Denn die Klägerin hat weder gegen die Beklagte (dazu 1.) noch gegen die Beigeladene zu 2 und/oder gegen die Beigeladene zu 3 (dazu 2. und 3.) einen (derzeit) durchsetzbaren Anspruch auf Vergütung der vollstationären Krankenhausbehandlung des Beigeladenen zu 1 in der Zeit vom 20.09.2008 bis 22.09.2008.

1. Der vom SG angenommene Vergütungsanspruch gegen die Beklagte besteht nicht.

Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs eines Krankenhauses gegen eine Krankenkasse ist [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. § 17b Abs. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und § 7 Abs. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG). Der Vergütungsanspruch für eine Krankenhausbehandlung und dazu korrespondierend die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse entsteht unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten, wenn – wie hier – die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus erfolgt und im Sinne von [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich und wirtschaftlich ist (siehe nur BSG, Urteil vom 19.06.2018 – [B 1 KR 39/17 R](#) – juris Rn. 8; Urteil vom 19.12.2017 – [B 1 KR 17/17 R](#) – juris Rn. 13; Urteil vom 25.10.2016 – [B 1 KR 6/16 R](#) – juris Rn. 26; Urteil vom 17.11.2015 – [B 1 KR 18/15 R](#) – juris Rn. 9; Urteil vom 27.11.2014 – [B 3 KR 1/13 R](#) – juris Rn. 9; Urteil vom 01.07.2014 – [B 1 KR 29/13 R](#) – juris Rn. 8; Urteil vom 22.11.2012 – [B 3 KR 1/12 R](#) – juris Rn. 10). Die Zahlungsverpflichtung setzt voraus, dass der Patient während der Krankenhausbehandlung versichert war; dabei dürfen gesetzliche Krankenkassen grundsätzlich nur an ihre Mitglieder und deren mitversicherte Familienangehörige

Leistungen erbringen (vgl. [§§ 5, 9, 10 SGB V](#); Ausnahme: [§ 19 Abs. 2](#) und 3 SGB V). Daher ist im Vergütungsrechtsstreit der Versicherungsschutz des behandelten Patienten inzident zu prüfen (Sächsisches Landessozialgericht [LSG], Urteil vom 17.05.2016 - [L 8 SO 139/13](#) - juris Rn. 28; BSG, Urteil vom 14.10.2014 - [B 1 KR 18/13 R](#) - juris Rn. 10 ff.; Urteil vom 12.06.2008 - [B 3 KR 19/07 R](#) - juris Rn. 19; Urteil vom 12.11.2003 - [B 3 KR 1/03 R](#) - juris Rn. 14).

Der Beigeladene zu 1 war im maßgeblichen Zeitpunkt der Inanspruchnahme der stationären Behandlung (September 2008) nicht Mitglied der beklagten Krankenkasse. Entgegen der Auffassung des SG kommt die Auffangversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) vorliegend nicht zum Tragen. Denn tatbestandliche Voraussetzung des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) ist, dass kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall besteht. Ein solche anderweitige Absicherung liegt insbesondere dann vor, wenn in der gesetzlichen Krankenversicherung selbst eine Pflicht- oder freiwillige Versicherung oder eine Familienversicherung nach [§ 10 SGB V](#) besteht (Just in: Becker/Kingreen, SGB V, 6. Aufl. 2018, § 5 Rn. 62). So liegt die Sache hier.

Zwar bestand bei Inanspruchnahme der Krankenhausbehandlung aufgrund des Bezugs von SGB II-Leistungen durch den Beigeladenen zu 1 keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall, obwohl [§ 5 Abs. 1 Nr. 2a SGG V](#) für Arbeitslosengeld II-Bezieher grundsätzlich eine eigene Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung vorsieht. Denn nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V](#) in der bis zum 31.12.2015 geltenden Fassung waren Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem SGB II bezogen, nur versicherungspflichtig, soweit sie nicht familienversichert waren. Der Familienversicherung kam demnach der Vorrang vor einer eigenständigen Versicherungspflicht vor ([BT-Drs. 15/1516, S. 72](#)). Diese Einschränkung hat der Gesetzgeber erst mit Wirkung vom 01.01.2016 - und damit nach der hier streitigen Zeit - gestrichen.

Doch lagen im maßgeblichen Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Krankenhausbehandlung - wovon im Übrigen auch die Beteiligten des Rechtsstreits auszugehen - beim Beigeladenen zu 1 die Voraussetzungen der Familienversicherung ([§ 10 SGB V](#)) vor, so dass aus diesem Grund eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall bestand, die eine Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) ausschloss, aber auch einer Pflichtversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V](#) (in der damals geltenden Fassung) entgegenstand. Sowohl die Mutter als auch der Vater des Beigeladenen zu 1 waren Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse. Der (zum maßgeblichen Zeitpunkt 21-jährige) Beigeladene zu 1 hatte das 23. Lebensjahr noch nicht vollendet und übte keine Erwerbstätigkeit aus ([§ 10 Abs. 2 Nr. 2 SGB V](#)). Er hatte seinen Wohnsitz im Inland ([§ 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#)), war nicht anderweitig versichert, versicherungsfrei oder von der Versicherungspflicht befreit ([§ 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2](#) und 3 SGB V) und übte auch keine selbständige Erwerbstätigkeit aus ([§ 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V](#)). Als Bezieher von SGB II-Leistungen verfügte er zudem nicht über relevantes Einkommen ([§ 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V](#)).

Soweit das SG davon ausgegangen ist, die Durchführung der Familienversicherung scheitere daran, dass keiner der Stammversicherten (Mutter oder Vater des Beigeladenen zu 1) eine Wahlentscheidung nach [§ 10 Abs. 5 SGB V](#) getroffen hat, so dass aus diesem Grund [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) zur Anwendung komme, kann dem nicht gefolgt werden. Zwar sieht [§ 10 Abs. 5 SGB V](#) vor, dass, wenn die Voraussetzungen der Absätze 1 bis 4 mehrfach erfüllt sind, das Mitglied die Krankenkasse wählt - gemeint ist damit: wenn es mehrere Stammversicherte für einen Familienangehörigen gibt, wählt einer der Stammversicherten die Krankenkasse, die für den Angehörigen die Familienversicherung durchführt (zur früheren Rechtslage nach der Reichsversicherungsordnung siehe Peters in Handbuch der Krankenversicherung, Stand: 09/2011, § 10 Rn. 168 ff. sowie in Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, Stand: 03/2019, [§ 10 SGB V](#) Rn. 50). Zu der Frage, was die Folge ist, wenn - wie hier - keiner der Stammversicherten eine Wahl trifft, schweigt das Gesetz jedoch (vgl. Just in: Becker/Kingreen, SGB V, 6. Aufl. 2018, § 10 Rn. 48 wonach eine Regelung durch den Gesetzgeber wünschenswert wäre). Auch die in Ausfüllung von [§ 10 Abs. 6 Satz 2 SGB V](#) geschlossene Vereinbarung über ein einheitliches Meldeverfahren zur Durchführung der Familienversicherung vom 28.09.1993 (Meldeverfahren-FV - ab 01.01.2012 abgelöst durch die einheitlichen Grundsätze zum Meldeverfahren bei Durchführung der Familienversicherung [Fami-Meldegrundsätze] vom 28.06.2011) behandelt die Fallkonstellation nicht ausgeübter Wahl nicht. Dort finden sich lediglich die Regelungen, dass, wenn das Mitglied wegen des Beginns seiner Mitgliedschaft bzw. wegen des Beginns einer Familienversicherung das Wahlrecht ([§ 10 Abs. 5 SGB V](#)) ausübt, die Familienversicherung mit dem Beginn der Mitgliedschaft bzw. mit der Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen nach [§ 10 SGB V](#) beginnt (Nr. 5 Abs. 1 Satz 1 Meldeverfahren-FV / § 8 Abs. 1 Fami-Meldegrundsätze). Wird das Wahlrecht aus einem anderen Anlass ausgeübt, beginnt die Familienversicherung mit dem Tag des Eingangs der Wahlerklärung bei der gewählten Kasse (Nr. 5 Abs. 1 Satz 2 Meldeverfahren-FV / § 8 Abs. 2 Fami-Meldegrundsätze). Zum Fall des Kassenwechsels des Stammversicherten bestimmt Nr. 5 Abs. 2 Meldeverfahren-FV / § 8 Abs. 2 Meldeverfahren-FV, dass, wenn das Mitglied, dessen Krankenkasse bisher die Familienversicherung durchführte, die Krankenkasse wechselt und für die Familienversicherung seine neue Krankenkasse nicht wählt, eine Wahl des anderen Mitglieds auf den Tag nach Beendigung der Familienversicherung bei der bisherigen Krankenkasse zurückwirkt. Entsprechend bestimmt § 8 Abs. 3 Fami-Meldegrundsätze, dass, für den Fall, dass das Mitglied die Krankenkasse wechselt und das Wahlrecht für die bislang bei der bisherigen Krankenkasse versicherten Familienangehörigen nicht ausübt, die Familienversicherung bei der Krankenkasse des anderen Mitglieds, aus dessen Mitgliedschaft ebenfalls eine Familienversicherung hergeleitet werden kann, abweichend von Absatz 2 am Tag nach der Beendigung der Familienversicherung bei der bisherigen Krankenkasse beginnt. Voraussetzung dafür, dass im Falle eines Kassenwechsels des Stammversicherten, bei dem die Familienversicherung bisher geführt wurde, der Familienversicherte zur Krankenkasse des anderen Stammversicherten (hier: des anderen Elternteils) überwechselt, ist demnach immer - auch nach § 8 Abs. 3 Fami-Meldegrundsätze, wie aus der Bezugnahme auf Absatz 2 folgt -, dass der Stammversicherte, zu dessen Versicherung der Familienversicherte überwechselt, überhaupt eine Wahlerklärung abgegeben hat. Denn Nr. 5 Abs. 2 Meldeverfahren-FV und § 8 Abs. 3 Fami-Meldegrundsätze regeln allein den Zeitpunkt des Beginns der Familienversicherung bei Ausübung des Wahlrechts. Nicht geregelt ist dagegen der - hier vorliegende - Fall, dass keiner der Stammversicherten eine Erklärung abgibt. Dies ist auch einleuchtend vor dem Hintergrund, dass die von den Beteiligten tatsächlich gelebte Praxis (Meldung oder Stornierung der Meldung, Ausgabe, Nutzung oder Rückgabe einer Versichertenkarte) nichts an der - allein aus dem Gesetz folgenden - versicherungsrechtlichen Situation zu ändern vermag (vgl. BSG, Urteil vom 04.09.2018 - [B 12 KR 16/17 R](#) - juris Rn. 21). Zu einer abweichenden Regelung ermächtigt [§ 10 Abs. 6 Satz 2 SGB V](#) den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (bzw. bis 30.06.2008 die Spitzenverbände der Krankenkassen) nicht.

Indes vermag es nicht zu überzeugen, den Grundsatz des Vorrangs der Familienversicherung allein mit dem Verweis darauf außer Acht zu lassen, dass die Vorschrift des [§ 10 Abs. 5 SGB V](#) "praktisch kaum zu handhaben" sei. Denn auch wenn gesetzliche Detailregelungen zur Durchführung der Familienversicherung für den Fall mehrerer, bei unterschiedlichen Kassen versicherter Stammversicherter fehlen, so gilt doch, dass bei mehreren in Betracht kommenden Zuständigkeiten die Durchführung der Familienversicherung nicht an der ungeklärten Zuständigkeit scheitern darf (Baier in: Krauskopf, SGB V, Stand: 12/2015, § 10 Rn. 74). Vielmehr gilt, dass sich in diesem Fall die in Frage kommenden Krankenkassen über die Durchführung der Familienversicherung verständigen müssen und gehalten sind, bei ihren

Versicherten auf die Abgabe einer Wahlerklärung hinzuwirken (Baier, a.a.O.). Jedenfalls muss die Durchführung der Familienversicherung gewährleistet sein (Baier, a.a.O., Rn. 76). Dies folgt bereits daraus, dass die Familienversicherung unmittelbar kraft Gesetzes eintritt, ohne dass es zu ihrer Begründung oder Beendigung eines Verwaltungsakts bedürfte (Simon in: Gesundheitsrecht SGB V/SGB XI, 2. Aufl. 2018, § 10 SGB V Rn. 28). Die Familienversicherung beginnt kraft Gesetzes mit dem Tag, an dem ihre Voraussetzungen erfüllt sind und endet entsprechend, wenn ihre Voraussetzungen entfallen (Just in: Becker/Kingreen, SGB V, 6. Aufl. 2018, § 10 Rn. 46). Die in § 10 Abs. 5 und 6 SGB V enthaltenen Regelungen betreffen nicht die sachlichen oder persönlichen Voraussetzungen der Familienversicherung, sondern normieren allein Verfahrensfragen (Felix in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, § 10 Rn. 47). Hieraus folgt, dass, wenn eine Wahlerklärung durch die Stammversicherten nicht abgegeben wird, mehrere (Familien-)Versicherungsverhältnisse – nämlich zu den Krankenkassen beider Stammversicherter – existieren (Berchtold in: Knickrehm/Kreikebohm/Walter-mann, Kommentar zum Sozialrecht, 6. Aufl. 2019, § 10 SGB V Rn. 8; Simon in: Gesundheitsrecht SGB V/SGB XI, 2. Aufl. 2018, § 10 SGB V Rn. 29). Die Krankenkassen der Stammversicherten sind dann – bis zur Bewirkung der Leistung – entsprechend § 421 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) als Gesamtschuldner zur Leistungserbringung verpflichtet. Da eine Form für die Wahlerklärung nicht vorgeschrieben ist (Peters in: Handbuch der Krankenversicherung, Stand: 09/2011, § 10 Rn. 173), kann die Wahl in diesem Fall ggf. auch konkludent durch die Inanspruchnahme einer der beiden verpflichteten Krankenkassen erfolgen (Wiegand in: Eichenhofer/von Koppenfels-Spies/Wenner, SGB V, 3. Aufl. 2018, § 10 Rn. 74).

2. Ein Vergütungsanspruch der Klägerin für die Krankenhausbehandlung des Beigeladenen zu 1 im September 2008 kann vor diesem Hintergrund allein gegenüber den Beigeladenen zu 2 und 3 bestehen. Hierbei kann dahinstehen, ob eine vorrangige Inanspruchnahme der Beigeladenen zu 2 deshalb geboten wäre, weil die bei dieser versicherte Mutter des Beigeladenen zu 1 nachfolgend mehrfach, nämlich in den Jahren 2009 und 2011, eine – allerdings zeitlich begrenzte – Wahlerklärung abgeben hat (für die Zeit ab 01.01.2009), während der von der Familie getrennt lebende, bei der Beigeladenen zu 3 versicherte Vater des Beigeladenen zu 1 zu keinem Zeitpunkt eine entsprechende Wahl getroffen hat und, wie der Beigeladene zu 1 vor dem SG erklärt hat, dies auch nie beabsichtigt war. Zwar ist ein sachlicher Grund für die zeitliche Begrenzung der Erklärung der Mutter des Beigeladenen zu 1 nicht ersichtlich. Indes scheidet das Bestehen eines Vergütungsanspruchs der Klägerin gegenüber der Beigeladenen zu 2 wie auch gegenüber der Beigeladenen zu 3 derzeit aus anderen Gründen aus. Denn ein solcher Anspruch ist bislang nicht fällig geworden.

Auch wenn der Vergütungsanspruch des Krankenhauses unmittelbar mit Inanspruchnahme der Krankenhausbehandlung durch den Versicherten entsteht, wird er doch erst mit der formal ordnungsgemäßen Abrechnung durch das Krankenhaus fällig (BSG, Urteil vom 21.04.2015 – [B 1 KR 10/15 R](#) – juris Rn. 10; Urteil vom 17.09.2013 – [B 1 KR 51/12 R](#) – juris Rn. 26; Urteil vom 21.03.2013 – [B 3 KR 28/12 R](#) – juris Rn. 13; Urteil vom 13.11.2012 – [B 1 KR 14/12 R](#) – juris Rn. 31; Urteil vom 16.05.2012 – [B 3 KR 14/11 R](#) – juris Rn. 32; Urteil vom 28.05.2003 – [B 3 KR 10/02 R](#) – juris Rn. 19). Wie im Zivilrecht wird auch im Sozialrecht zwischen Entstehung und Fälligkeit eines Anspruchs unterschieden (vgl. § 40 f. Sozialgesetzbuch Erstes Buch [SGB I]): Fällig ist ein bereits entstandener Anspruch erst in dem Zeitpunkt, in dem die Befriedigung des Anspruchs auch verlangt werden kann. Erfüllbar ist eine Forderung zwar – wie im Zivilrecht (§ 271 Abs. 2 BGB) – im Zweifel schon vor der Fälligkeit; ihre Erfüllung kann aber erst ab der Fälligkeit verlangt und im Streitfall gerichtlich durchgesetzt werden. Grundvoraussetzung für die Fälligkeit des krankenversicherungsrechtlichen Vergütungsanspruchs eines Krankenhauses ist eine Abrechnung, d.h. eine gegliederte Aufstellung über die Forderung des Krankenhausesentgelts, die formal ordnungsgemäß ist. Eine formal ordnungsgemäße Abrechnung setzt eine ordnungsgemäße Information der Krankenkasse über die vom Krankenhaus abgerechnete Behandlung nach Maßgabe seiner Informationsobliegenheiten und -pflichten, insbesondere aus § 301 SGB V sowie ggf. ergänzenden landesvertraglichen Bestimmungen, voraus (BSG, Urteil vom 21.04.2015 – [B 1 KR 10/15 R](#) – juris Rn. 10 m.w.N.). Genügt das Krankenhaus mit der Abrechnung seinen Informationsobliegenheiten und -pflichten, setzt die Fälligkeit der Entgeltforderung weiterhin den Zugang der Abrechnung beim Schuldner voraus. Dies ist die Krankenkasse, bei der der Patient bei Inanspruchnahme der Krankenhausbehandlung versichert war (Sächsisches LSG, Urteil vom 17.05.2016 – [L 8 SO 139/13](#) – juris Rn. 44; Wahl in: jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, § 109 Rn. 133 ff.; siehe auch BSG, Urteil vom 17.12.2013 – [B 1 KR 52/12 R](#) – juris Rn. 8; Urteil vom 28.02.2007 – [B 3 KR 12/06 R](#) – juris Rn. 15). Die Rechnung ist vom Krankenhaus der Krankenkasse erteilt, wenn sie vom Krankenhaus an die Krankenkasse gerichtet und ihr zugegangen ist, also auf Tätigwerden des Krankenhauses an die Krankenkasse gelangt ist. Vorliegend hat das klagende Krankenhaus den beigeladenen Krankenkassen indes (noch) keine Rechnung über die streitige Krankenhausbehandlung erteilt. Eine solche wurde allein gegenüber der Beklagten gestellt, die allerdings aus den oben dargestellten Gründen als Schuldnerin des Vergütungsanspruchs nicht in Betracht kommt. Bereits aus diesem Grund stellt sich das Klagebegehren gegenüber den Beigeladenen zu 2 und 3 als derzeit unbegründet dar.

3. Zudem ist der Vergütungsanspruch der Klägerin verjährt und gegen die Beigeladene zu 2 nach deren Verjährungseinrede entsprechend § 214 Abs. 1 BGB nicht mehr gerichtlich durchsetzbar.

a) Der Vergütungsanspruch der Klägerin unterliegt der vierjährigen Verjährungsfrist (BSG, Urteil vom 19.04.2016 – [B 1 KR 33/15 R](#) – juris Rn. 13 m.w.N.) Dies ist zwar im Gesetz nicht ausdrücklich geregelt; doch hat das BSG den Verjährungsregelungen in den Büchern des Sozialgesetzbuchs, insbesondere § 45 Abs. 1 SGB I, das allgemeine Rechtsprinzip der vierjährigen Verjährung entnommen, das auf die öffentlich-rechtlichen Vergütungsansprüche von Leistungserbringern anzuwenden ist (BSG, Urteil vom 21.04.2015 – [B 1 KR 11/15 R](#) – juris Rn. 13 ff.; Urteil vom 12.05.2005 – [B 3 KR 32/04 R](#) – juris Rn. 13 ff.; Wahl in: jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, § 109 Rn. 172). Die zweijährige Verjährungsfrist des § 109 Abs. 5 Satz 1 SGB V in der seit 01.01.2019 geltenden Fassung findet vorliegend noch keine Anwendung (§ 109 Abs. 5 Satz 3 SGB V). Entsprechend § 45 Abs. 1 SGB I beginnt die Verjährung nach Ablauf des Kalenderjahrs, in dem der Anspruch entstanden ist. Der Vergütungsanspruch für die Krankenhausbehandlung entsteht unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung (wie hier) in einem zugelassenen Krankenhaus erfolgt und – wovon auszugehen ist – im Sinne von § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V erforderlich und wirtschaftlich ist (BSG, Urteil vom 21.04.2015 – [B 1 KR 11/15 R](#) – juris Rn. 9 m.w.N.). Die vierjährige Verjährungsfrist für den im Streit stehenden, im Jahr 2008 entstandenen Vergütungsanspruch der Klägerin endete somit mit Ablauf des Jahres 2012.

Unerheblich für den Lauf der Verjährung ist, ob die Klägerin Kenntnis von der Person des Schuldners hatte. Denn im Rahmen des § 45 Abs. 1 SGB I ist es – anders als nach Bürgerlichem Recht (§ 199 Abs. 1 Nr. 2 BGB) – unerheblich, ob der Berechtigte von seinem Anspruch Kenntnis hatte, ihn hätte kennen müssen und ob er die Rechtsverfolgung verschuldet oder unverschuldet unterlassen hat (Rolfs in: Hauck/Noftz, SGB I, Stand 07/2017, § 45 Rn. 18; Oberverwaltungsgericht Saarlouis, Urteil vom 10.09.2018 – [2 A 161/18](#) – juris Rn. 41; a.A.: LSG Hamburg, Urteil vom 21.01.2016 – [L 1 KR 46/15](#) – juris Rn. 33). Angesichts der eigenständigen sozialrechtlichen Verjährungsregelung kommt ein Rückgriff auf die Vorschriften des bürgerlich-rechtlichen Verjährungsrechts nicht in Betracht (BSG, Urteil vom 28.11.2013 – [B 3 KR 27/12 R](#) –

juris Rn. 44; siehe auch Bundesverwaltungsgericht, Urteil vom 11.12.2008 - [3 C 37/07](#) - juris Rn. 12).

Dem Eintritt der Verjährung steht auch die mangelnde Fälligkeit des Vergütungsanspruchs nicht entgegen. Denn für den Verjährungsbeginn entsprechend [§ 45 Abs. 1 SGB I](#) kommt es nur auf die Entstehung des Anspruch, nicht auf dessen Fälligkeit an (BSG, Urteil vom 21.04.2015 - [B 1 KR 11/15 R](#) - juris Rn. 12; a.A.: Rolfs in: Hauck/Noftz, SGB I, Stand 07/2017, § 45 Rn. 19; Wagner in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB I, 2. Aufl 2011, § 45 Rn. 18). Andernfalls würde bei Entgeltforderungen von Krankenhäusern gegen Krankenkassen wegen der an eine Rechnungserteilung geknüpften Fälligkeit die Verjährungsfrist vor der Erteilung der Rechnung nicht zu laufen beginnen, so dass das Krankenhaus auch nach Jahr und Tag noch mit der Rechnung und der Forderung daherkommen könnte. Dies wäre aber mit der Intention des Verjährungsrechts nicht vereinbar (Sächsisches LSG, Urteil vom 17.05.2016 - [L 8 SO 139/13](#) - juris Rn. 47).

Eine Hemmung der Verjährung ist nicht eingetreten. Insbesondere vermochte die Klageerhebung am 27.12.2012 eine solche nicht zu bewirken. Zwar wird die Verjährung durch die Erhebung einer Klage auf Leistung gehemmt ([§ 45 Abs. 2 SGB I](#) i.V.m. [§ 204 Abs. 1 Nr. 1 BGB](#)). Dies gilt jedoch nur für eine Klageerhebung gegen den richtigen Schuldner (BSG, Urteil vom 01.08.1991 - [6 RKa 9/89](#) - juris Rn. 25 m.w.N. zur Unterbrechung nach [§ 209 BGB](#) a.F.). Wie oben dargelegt kommt die Beklagte als Vergütungsschuldnerin indes nicht in Betracht. Ob im sozialgerichtlichen Verfahren mit Blick auf [§ 75 Abs. 5 SGG](#) eine Hemmung der Verjährung infolge einer Beiladung eintreten kann (bejahend für den Fall, dass der Kläger die Verurteilung des Beigeladenen begehrt: Sächsisches LSG, Urteil vom 17.05.2016 - [L 8 SO 139/13](#) - juris Rn. 47), kann vorliegend dahinstehen. Denn jedenfalls wäre insoweit der Zeitpunkt der Zustellung des Beiladungsbeschlusses maßgeblich (Sächsisches LSG, a.a.O., m.w.N.). Die Beiladungen erfolgten vorliegend indes erst im Jahr 2014 (Beigeladene zu 2) bzw. 2015 (Beigeladene zu 3) und damit, nachdem die Verjährung bereits eingetreten war.

b) Die Beigeladene zu 2 hat die Verjährungseinrede wirksam erhoben. Ein Leistungsträger ist regelmäßig - wenn keine besonderen Umstände vorliegen - im Hinblick auf die Grundsätze der sparsamen Haushaltsführung und der Gleichbehandlung gehalten, die Verjährungseinrede zu erheben. Denn die Erhebung der Einrede der Verjährung entspricht im Regelfall pflichtgemäßem Ermessen. Wenn, wie hier, keine Sozialleistungsansprüche, sondern Vergütungsansprüche von Leistungserbringern im Streit stehen, ist es - im Interesse des Rechtsfriedens und der Überschaubarkeit öffentlicher Haushalte - sachgerecht, für den Eintritt der Verjährung grundsätzlich nur an den Zeitablauf anzuknüpfen (BSG, Urteil vom 30.09.1993 - [4 RA 6/92](#) - juris Rn. 22; Urteil vom 14.03.2006 - [B 4 RA 8/05 R](#) - juris Rn. 34 f.). Ihre Grenze findet die Erhebung der Einrede der Verjährung dann lediglich in den Grundsätzen von Treu und Glauben ([§ 242 BGB](#)). Insoweit kann der Einwand der unzulässigen Rechtsausübung der Verjährungseinrede entgegenstehen. In Betracht kommt dies insbesondere bei einem widersprüchlichen Verhalten des Leistungsträgers (BSG, Urteil vom 30.09.1993 - [4 RA 6/92](#) - juris Rn. 23; Urteil vom 14.03.2006 - [B 4 RA 8/05 R](#) - juris Rn. 35). Hierfür bestehen vorliegend jedoch keine Anhaltspunkte. Die Beigeladene zu 2 hat von ihrer (potentiellen) Leistungspflicht erstmals während des laufenden Klageverfahrens und zu einem Zeitpunkt erfahren, zu dem die Verjährung bereits eingetreten war. Ein treuwidriges Verhalten kann ihr vor diesem Hintergrund nicht zum Vorwurf gemacht werden. Im Hinblick auf die wirksame Erhebung der Einrede der Verjährung war die Klage gegenüber der Beigeladenen zu 2 damit als endgültig unbegründet abzuweisen.

c) Die Beigeladene zu 3 hat die Einrede der Verjährung bislang nicht erhoben. Da die Verjährung im Sozialrecht - ebenso wie im Zivilrecht - durch Einrede geltend zu machen ist, ist sie im gerichtlichen Verfahren nicht von Amts wegen zu berücksichtigen. Dennoch konnte die Klage auch gegenüber der Beigeladenen zu 3 keinen Erfolg haben. Denn wegen der fehlenden Fälligkeit des Vergütungsanspruchs stellt sich das Klagebegehren gegenüber der Beigeladenen zu 3 als derzeit unbegründet dar und war - ohne dass dies im Tenor gesondert zum Ausdruck gebracht werden müsste (Bundesgerichtshof, Urteil vom 21.01.2009 - [VIII ZR 62/08](#) - juris Rn. 12; Urteil vom 28.09.2000 - [VII ZR 57/00](#) - juris Rn. 14; Bundesverfassungsgericht, Kammerbeschluss vom 30.09.2003 - [1 BvR 2388/02](#) - juris Rn. 10) - entsprechend abzuweisen.

4. Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Eine Beteiligung der Beigeladenen an den Kosten des Verfahrens war - ebenso wie eine Erstattung ihrer Kosten - nicht geboten, da von diesen keine Anträge gestellt wurden ([§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 3](#) und [§ 162 Abs. 3 VwGO](#)).

5. Gründe für die Zulassung der Revision nach [§ 160 Abs. 2 SGG](#) liegen nicht vor.

6. Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 63 Abs. 2](#), [§ 52 Abs. 1](#) und 3, [§ 47 Abs. 1](#) und 2 Gerichtskostengesetz.

Rechtskraft

Aus

Login

FSS

Saved

2020-02-12