

## L 1 KR 368/15

Land  
Berlin-Brandenburg  
Sozialgericht  
LSG Berlin-Brandenburg  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
1  
1. Instanz  
SG Berlin (BRB)  
Aktenzeichen  
S 198 KR 202/12  
Datum  
21.08.2015  
2. Instanz  
LSG Berlin-Brandenburg  
Aktenzeichen  
L 1 KR 368/15  
Datum  
28.06.2017  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
B 1 KR 57/17 B  
Datum  
07.12.2017  
Kategorie  
Urteil  
Leitsätze

Zur Annahme einer Auffangpflichtversicherung nach [§ 5 Abs 1 Nr 13 SGB 5](#).

Das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 21. August 2015 wird aufgehoben. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 2.019,76 EUR nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz jährlich seit dem 10. August 2010 zu zahlen. Die Beklagte trägt die Kosten des Rechtsstreits. Die Revision wird nicht zugelassen. Der Streitwert des Berufungsverfahrens beträgt 2.019,76 EUR.

Tatbestand:

Im Streit steht, ob die Beklagte die Kosten der Krankenhausbehandlung des mittlerweile verstorbenen P L (nachfolgend: "Patient" = P) bezahlen muss, weil P als Versicherter der Beklagten anzusehen ist.

Der P war jedenfalls in der Zeit vom 1. Juli 2001 bis zum 31. Dezember 2006 pflichtversichertes Mitglied der Beklagten. Die Klägerin betreibt das Bkrankenhaus in B. Dort wurde am 18. September 2008 der P über die Ambulanz als unabweisbarer Notfall aufgenommen. P war Jahrgang 1945 und gab bei der Aufnahme ausweislich der Patientenakte an, Krankenkasse sei das "BZA Reinickendorf". In der Behandlungsdokumentation des Bundeswehrkrankenhauses ist in der Pflegeanamnese unter soziale Situation/häusliche Versorgung vermerkt: "Seit 23 geschieden, lebt in Geschäft, [keine] Wohnung, 4 Kinder - seit 23 [kein] Kontakt". Im "Bericht zur Notfallbehandlung 208042851" vom 18. September 2009 ist als Kostenträger eingetragen: "BZA Reinickendorf". Das Feld "Mitglieds-Nummer" ist leer gelassen. Das Feld "Versicherungsart KVK" enthält den Eintrag "1000". Der Entlassungsbericht ist an den P selbst adressiert "mit der Bitte um Weiterleitung an den behandelnden Hausarzt!". Das "AHB-Erfassungsblatt" enthält ebenfalls in der Spalte Kostenträger eine Lücke. Unter "Name der Krankenkasse" ist eingetragen "BA Reinickendorf von Berlin" unter "Versicherungsnummer Krankenkasse" ist vermerkt "Krankenkassennummer 1395803. Dort noch einmal nachfragen".

In einer "Epikrise" der C - vom 7. November 2008 heißt es, bereits im September sei es zu einer Episode von Vorhofflimmern gekommen und dem P eine weitere invasive Koronardiagnostik angeraten worden. Diesem Rat sei P aufgrund einer fehlenden Krankenversicherung nicht gefolgt.

Das Bundeswehrkrankenhaus stellte unter dem Datum 19. September 2008 einen Kostenübernahmeantrag an das Bezirksamt Reinickendorf von Berlin. Ausweislich eines Telefonvermerks wurde der Vorgang von dort an das Bezirksamt Mitte gesandt. Das Bundeswehrkrankenhaus schickte dann unter dem 2. März 2009 einen Kostenübernahmeantrag und Entlassungsschein an das Bezirksamt Mitte von Berlin. Dieses lehnte den Antrag unter dem 1. April 2009 ab.

Bereits zuvor erstellte die Klägerin für die Behandlung des P eine Kostenrechnung unter dem Datum 3. März 2009, welcher als Adressat ebenfalls den P selbst nennt.

Der P verstarb am 10. November 2009.

Auf Anfrage der Klägerin teilte die Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg dieser mit, dass als letzte bekannte Krankenkasse die Beklagte bis 31. Dezember 2006 verzeichnet sei. Für die Zeit ab danach lägen keine Daten mehr vor.

Die Klägerin hat am 3. Februar 2012 Klage beim Sozialgericht Berlin (SG) erhoben.

Das Bezirksamt Mitte von Berlin (Amt für Soziales) hat unter dem 4. Juli 2014 mitgeteilt, dass unter den Angaben des P keine Person registriert sei. Das Jobcenter Berlin-Mitte hat unter dem 25. Juli 2014 die Auskunft erteilt, dass P dort keine Leistungen bezogen habe und auch in der zentralen Personendatenverwaltung der Bundesagentur für Arbeit nicht verzeichnet sei.

Zur Klagebegründung hat die Klägerin vorgetragen, die genannte Kostenrechnung sei der Beklagten spätestens am 10. August 2010 zugegangen. Sie nehme in einem Schreiben an die Klägerin vom 2. September 2010 hierauf Bezug. Bis zur stationären Aufnahme am 18. September 2008 habe nach dem 31. Dezember 2006 keine anderweitige gesetzliche oder private Krankenversicherung bestanden. Auch sei eine Kostenübernahme durch das Bezirksamt Reinickendorf von Berlin nicht erfolgt. Trotz Aufforderung habe die Beklagte die Behandlungskosten nicht übernommen. Dazu sei sie jedoch nach [§ 109 Abs. 4 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch \(SGB V\)](#) in Verbindung mit [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) verpflichtet, da der P während des Behandlungszeitraumes bei ihr nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 lit. a SGB V](#) gesetzlich krankenversichert gewesen sei. Es sei [§ 186 Abs. 11 Satz 1 SGB V](#) ergänzend heranzuziehen. Die Kostenlast trage die Beklagte, weil der P dort zuletzt versichert gewesen sei. Angesichts des schmalen Zeitfensters von 2 Jahren zwischen der Versicherung bis 31. Dezember 2006 und der Behandlung im September 2008 sei recht unwahrscheinlich, dass der P anderweitig versichert gewesen sei. Die Klägerin könne nicht nachweisen, was nicht bestanden habe oder bestehe. Sie habe alle ihr zur Verfügung stehenden Möglichkeiten ausgeschöpft. Die Beklagte hat vorgebracht, keine Unterlagen zum streitbestandenen Sachverhalt vorfinden bzw. vorlegen zu können.

Das SG hat die auf Zahlung von 2019,76 EUR nebst Zinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 10. August 2010 gerichtete Klage mit Urteil vom 21. August 2015 abgewiesen. Die Beklagte sei nicht nach [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) in Verbindung mit der jeweiligen Pflegesatzvereinbarung verpflichtet, den der Höhe nach hier nicht streitigen Vergütungsanspruch nach [§ 109 Abs. 4 SGB V](#) in Verbindung mit [§ 7 Satz 1 Nr. 2 Krankenhausentgeltgesetz](#) zu begleichen, weil eine Mitgliedschaft des P bei der Beklagten als Voraussetzung für dessen Anspruch auf eine Krankenhausbehandlung als Sachleistung nicht angenommen werden könne. Es existierten keine feststellbaren Tatsachen, die belastbar für das Bestehen einer Krankenversicherung des P bei der Beklagten sprächen. Es sei hier zwar erwiesen, das P keinen Anspruch auf Leistungen zur Hilfe bei Krankheit gemäß [§ 48 Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch \(SGB XII\)](#) oder auf Grundsicherungsleistungen nach [§ 41 SGB XII](#) gehabt habe, da das Bezirksamt Mitte von Berlin keine Daten von ihm registriert habe. Es sei aber nicht erwiesen, dass der P am 18. September 2008 als "zuletzt gesetzlich krankenversichert" anzusehen sei. Es könne nicht ausgeschlossen werden, dass nach Beendigung seiner gesetzlichen Krankenversicherung zum 31. Dezember 2006 ein privates Krankenversicherungsverhältnis begründet worden sei. Selbst wenn dies nicht der Fall gewesen sein sollte, sei weiter unklar, ob das letzte gesetzliche Krankenversicherungsverhältnis des Patienten bei der Beklagten bestanden habe. Es sei nicht auszuschließen, dass der P zum 1. Januar 2007 oder später zu einer anderen gesetzlichen Krankenversicherung gewechselt sei. Diese Möglichkeit habe besonders aufgrund der zum 1. April 2007 in Kraft getretenen Wahlmöglichkeiten der Versicherten zum Wechsel der Krankenkasse bestanden. Eine Beweislastumkehr zugunsten der Klägerin könne nicht angenommen werden. Anzeichen für eine Beweisvereitelung durch die Beklagte lägen nämlich nicht vor. Es sei auch nicht nach den Grundsätzen eines Beweises des ersten Anscheines anzunehmen, dass der P zuletzt bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert gewesen sei. Es sei nicht fernab jeder Lebensrealität, dass der P in der Zeit zwischen dem 1. Januar 2007 bis zum 18. September 2008 bei einer anderen Krankenversicherung gesetzlich oder privat krankenversichert gewesen sein könnte.

Gegen dieses Urteil richtet sich die Berufung der Klägerin vom 7. September 2015. Zur Begründung hat sie ausgeführt, zunächst sei eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall auszuschließen. Ein (potentieller) Anspruch auf Krankenhilfe nach dem Fünften Kapitel des SGB XII sei von vornherein kein "anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall" im Sinne vom [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#). Es fehlten tatsächliche und belastbare Anhaltspunkte, die eine zwischenzeitliche andere Absicherung als naheliegend erscheinen ließen. Die Klägerin hat sich auf die von ihr beigefügten Urteile bezogen. Die vom SG vorgenommene Beweislastentscheidung stelle sich zudem als eine unzulässige Ausgrenzung gerade derjenigen Personen dar, welche auf die Auffang-Pflichtversicherung in besonderem Maße angewiesen seien.

Sie beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 21. August 2015 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an sie 2019,76 EUR nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz jährlich seit dem 10. August 2010 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie führt aus, es sei nicht erwiesen, dass der P zum Zeitpunkt seiner stationären Aufnahme als "zuletzt gesetzlich krankenversichert" anzusehen gewesen sei. Dass die Klägerin hier die Beweislast trage, finde sich auch in dem von ihr zitierten Urteil des LSG Nordrhein-Westfalen vom 26. März 2015 ([L 16 KR 820/12](#)). Sie habe bereits darauf hingewiesen, dass der P seine Pflichtversicherung nicht angezeigt habe.

Auf Anfrage des Senats hat das Bezirksamt Reinickendorf von Berlin mitgeteilt, dass der P auch dort nicht registriert sei.

In der mündlichen Verhandlung am 6. April 2017 haben die Beteiligten einen Vergleich geschlossen, der später widerrufen wurde. Für diesen Fall haben sich die Beteiligten mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung und durch den Berichterstatter alleine einverstanden erklärt.

Auf die für den Beteiligten eingereichten Unterlagen und Vorgänge wird ergänzend Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Über die zulässige Berufung konnte der Berichterstatter des Senats ohne mündliche Verhandlung entscheiden, da die Beteiligten übereinstimmend ihr Einverständnis mit einem solchen Verfahren erklärt haben ([§§ 124 Abs. 2, 155 Sozialgerichtsgesetz -SGG-](#)).

Berufung und Klage haben Erfolg.

Hinsichtlich der Voraussetzungen des Zahlungsanspruches der Klägerin gegen die Beklagte kann zunächst auf die Ausführungen des SG im angegriffenen Urteil verwiesen werden, welche sich der Senat zu eigen macht ([§ 153 Abs. 2. SGG](#)).

Entgegen dessen Auffassung ist jedoch davon auszugehen, dass der P während des Krankenhausaufenthaltes zwischen dem 18. September 2008 und dem 24. September 2008 pflichtversichertes Mitglied der Beklagten nach [§ 5 Nr. 13](#) lit a SGB V gewesen ist.

Nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) (der sogenannten Auffangpflichtversicherung) sind seit dem 01. April 2007 in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und zuletzt gesetzlich krankenversichert (Buchst a) oder bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, sie gehören zu den in [§ 5 Abs. 5 SGB V](#) genannten hauptberuflich Selbstständigen oder zu den nach [§ 6 Abs. 1 oder 2 SGB V](#) versicherungsfreien Personen oder hätten bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland zu ihnen gehört (Buchst b). Die Mitgliedschaft beginnt aufgrund [§ 184 Abs. 11 Satz 1 SGB V](#) mit dem ersten Tag ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall im Inland. Die Anzeige der Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13](#) obliegt zwar den betroffenen Personen selbst (Umkehrschluss aus [§ 186 Abs. 11 Satz 4](#)), die Mitgliedschaft der Personen ohne anderweitige Absicherung im Krankheitsfall tritt jedoch kraft Gesetzes ein, also unabhängig von der Anzeige des Versicherten (vgl. Gerlach in: Hauck/Noftz, SGB, 05/16, [§ 5 SGB V](#), Rdnr. 473a).

Eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall ist hier auszuschließen. Zunächst stellt der (potentielle) Empfang von Hilfen zur Gesundheit im Sinne des 5. Kapitels des SGB XII alleine - also ohne gleichzeitigen Empfang laufender Leistungen - keinen eigenständigen Ausschlussbestand für den Eintritt der Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) dar (BSG, Urteil vom 21. Dezember 2011 - [B 12 KR 13/10 R](#) - Rdnr. 13f mit Bezugnahme auf Urteil vom 6.10.2010 - [B 12 KR 25/09 R](#)-, [BSGE 107, 26](#) Rdnr. 28). Dies ergibt sich aus [§ 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V](#), der eine abschließende Konkretisierung des Merkmals der "anderweitigen Absicherung" in [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) für den Bereich des SGB XII darstellt und Hilfe zur Krankheit nach dem 5. Kapitel des SGB XII gerade nicht nennt (LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 26. März 2015 - [L 16 KR 820/12](#) -, Rdnr. 43 in Zusammenfassung der BSG-Rechtsprechung). Dass der P hier zum Zeitpunkt des Krankenhausaufenthaltes laufende Leistungen zur Grundsicherung erhalten hat, ist mit dem SG auszuschließen, da er bei den möglichen Sozialämtern unbekannt ist. Sähe man dies anders, trüge die Beklagte die Darlegungs- und Beweislast für das Vorliegen des [§ 5 Abs. 8a S. 2 SGB V](#). Der betreffende Absatz ist als Ausnahme zu [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) formuliert.

P war zur Überzeugung des Senats auch zuletzt gesetzlich krankenversichert:

Zunächst besteht die Auffangpflichtversicherung von Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und zuletzt gesetzlich krankenversichert waren, auch dann, wenn diese Absicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung der (fraglichen) Auffangpflichtversicherung nicht unmittelbar voranging, sondern zwischenzeitlich eine anderweitige Absicherung gegen Krankheit außerhalb der privaten Krankenversicherung erfolgte (so zutreffend weitgehend wörtlich LSG Nordrhein-Westfalen, a. a. O. Rdnr. 44 mit Bezugnahme auf BSG, Urteil vom 21. Dezember 2011 - [B 12 KR 13/10 R](#)- Rdnr. 17). Rein theoretisch denkbar sind hier zwischenzeitliche Sozialleistungen durch einen Träger außerhalb Berlins.

Es ist des Weiteren auch nicht davon auszugehen, dass der P nach dem Ausscheiden bei der Beklagten noch eine andere private oder gesetzliche Krankenversicherung gehabt hat.

Aus dem Verhalten des P im Krankenhaus und den dort von ihm gemachten Angaben kann nämlich gefolgert werden, dass er jedenfalls zum Zeitpunkt seiner Einweisung weder über einen Krankenversicherungsschutz einer privaten noch bei einer anderen gesetzlichen Krankenkasse als der Beklagten verfügte. Es bestand für ihn schlicht kein Grund, eine solche zu verschweigen.

Es ist vielmehr davon auszugehen, dass der P meinte, nicht krankenversichert zu sein. Dies erklärt seine ungenauen bzw. in sich un schlüssigen Angaben zur Krankenkasse "Bezirksamt Reinickendorf" bzw. die ohne Namensnennung genannte angebliche Krankenkassen(betriebs-)nummer. Ausdrücklich hat er der C gegenüber erklärt, nicht krankenversichert zu sein.

Realistischerweise müsste die Beklagte deshalb unterstellen, dass der P nach der Mitgliedschaft bei ihr noch bei einer anderen Krankenkasse versichert gewesen ist, jedoch auch diesen Versicherungsschutz wieder verloren hat bzw. -bei unterstellter Versicherung bei einer anderen gesetzlichen Krankenkasse- gemeint hat, diesen wieder verloren zu haben. Hiergegen spricht allerdings dass bei der Rentenversicherung keine weitere Krankenversicherung verzeichnet ist. Auch ist die Zeitspanne zwischen dem 31. Dezember 2006 (letzter Tag un streitiger Pflichtversicherung bei der Beklagten) und dem September 2008 relativ kurz.

Dass das Krankenhaus der Klägerin die an sich unschwer möglichen und gebotenen Aufklärungsbemühungen bereits während des Aufenthaltes des P im Krankenhaus oder jedenfalls zügig danach unterlassen hat, wirkt sich somit in diesem Einzelfall für sie nicht nachteilig aus.

Der Zinsanspruch folgt aus [§ 12 Nr. 5](#) des Vertrages über Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung für das Land Berlin.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

Gründe für die Zulassung der Revision nach [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGG](#) sind nicht gegeben. Es handelt sich um einen Einzelfall. Allgemeine Erwägungen zu einer grundsätzlichen Verteilung der Darlegungs- und Beweislast stellen sich nicht.

Der Beschluss über den Streitwert, der nicht mit der Beschwerde an das Bundessozialgericht anfechtbar ist, beruht auf [§ 52 Abs. 1, Abs. 3](#) Gerichtskostengesetz.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB  
Saved  
2018-01-18