L 1 KR 562/15

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 112 KR 1964/14
Datum
16.11.2015
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 1 KR 562/15
Datum
16.05.2018
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 16. November 2015 wird zurückgewiesen. Die Klägerin hat auch die Kosten des Berufungsverfahrens zu tragen. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Verpflichtung der Beklagten zur Übernahme der Kosten der Krankenhausbehandlung des E A(nachfolgend: Patient).

Die Klägerin nahm den 1952 geborenen Patienten am 20. September 2013 zur Behandlung wegen eines akuten Herzinfarkts auf. Die Entlassung erfolgte am 9. Oktober 2013. Am 28. November 2013 beantragte der Patient bei der Beklagten die Aufnahme als freiwilliges Mitglied rückwirkend zum 1. Januar 2002. Er sei als Lehrer vollzeitbeschäftigt bei dem Senator für Jugend, Bildung und Wissenschaft. Seine letzte Krankenkasse, die City BKK, sei insolvent geworden und abgewickelt.

Die Beklagte lehnte durch Schreiben vom 10. Dezember 2013 ab. Die Voraussetzungen für einen freiwilligen Beitritt seien nicht erfüllt. Auch die Auffangpflichtversicherung nach [§ 5 Abs.1 Nr. 13 SGB V](#) sei nicht durchzuführen. Sie scheitere daran, dass das Arbeitsentgelt des Patienten nach Auskunft seines Arbeitgebers die Arbeitsentgeltgrenze übersteige. Der Patient legte Widerspruch ein. Für ihn habe jahrelang keine Krankenversicherung bestanden. Die Beklagte sei als letzte gesetzliche Krankenkasse für die Aufnahme zuständig.

Die Beklagte lehnte die Versicherung durch Schreiben vom 17. Januar 2014 und 10. Februar 2014 erneut ab. Der Patient verwies darauf, dass er sich erfolglos um die Aufnahme bei einer privaten Krankenversicherung bemüht habe, die aber die Zuständigkeit der Beklagten als gegeben ansah.

Durch Bescheid vom 4. April 2014 stellte die Beklagte fest, dass es ihr weiterhin nicht möglich sei, den Patienten zu versichern. Der Patient legte Widerspruch ein, den er am 12. August 2014 mit dem Hinweis zurücknahm, dass eine private Krankenversicherung nunmehr seine Aufnahme (mit Wirkung ab dem 1. April 2014) bestätigt habe.

Bereits vorher, am 13. Juni 2014, hatte die Klägerin der Beklagten für die Behandlung des Patienten einen Betrag von 40.190,22 EUR in Rechnung gestellt. Mit Schreiben an die Beklagte vom 16. Juni 2014 wies sie darauf hin, dass der Patient zuletzt bis 1993 bei der Beklagten versichert gewesen sei und seitdem keinen anderweitigen Krankenversicherungsschutz erlangt habe. Nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) sei er deswegen bei der Beklagten pflichtversichert.

Die Beklagte entgegnete mit Schreiben vom 25. Juni 2014, dass wegen der absoluten Versicherungsfreiheit nach [§ 6 Abs. 3 SGB V](#) keine Kranken- und Pflegeversicherung durchgeführt werden könne. Es bestehe seit dem 1. Januar 2009 die Verpflichtung zum Abschluss einer Privaten Krankenversicherung zum Basistarif. Der Patient gehöre zu den nach [§ 6 Abs. 3a SGB V](#) versicherungsfreien Personen, da er im Jahre 2013 bereits über 55 Jahre alt gewesen und vorher versicherungsfrei wegen Überschreitung der Jahresarbeitsentgeltgrenze gewesen sei.

Nach ergebnislos gebliebenen Mahnungen vom 27. August 2014 und vom 12. September 2014 hat die Klägerin am 6. November 2014 Klage beim Sozialgericht Berlin erhoben.

Das Sozialgericht hat die Klage durch Urteil vom 16. November 2015 als unbegründet abgewiesen. Der Patient sei während der Behandlung nicht bei der Beklagten versichert gewesen. Das stehe zwischen ihm und der Beklagten bindend fest, nachdem der Patient seinen

Widerspruch gegen den Bescheid der Beklagten vom 4. April 2014 zurückgenommen habe. Gegen eine Bindungswirkung auch im Abrechnungsverhältnis seien keine Bedenken zu erheben. Die Beklagte habe die Bevollmächtigten der Klägerin über den fehlenden Krankenversicherungsschutz informiert, ohne dass die Klägerin dies zum Anlass genommen habe, ihre Hinzuziehung zum Verwaltungsverfahren zu beantragen. Die Beklagte habe auch keine vorbehaltlose Kostenzusage erteilt.

Gegen das ihr am 23. November 2015 zugestellte Urteil richtet sich die am 22. Dezember 2015 bei dem Landessozialgericht Berlin-Brandenburg eingegangene Berufung der Klägerin. Das Schreiben vom 4. April 2014 sei kein Verwaltungsakt. Es fehle an einem feststellenden Tenor, an dem Wort "Bescheid" in der Überschrift und an einer Regelung. Denn die Versicherungspflicht ergebe sich bereits aus der Ausübung des Krankenkassenwahlrechts durch den Versicherten. Das erst nach dem Krankenhausaufenthalt formulierte Schreiben enthalte jedenfalls keine rückwirkende Regelung, sondern sei lediglich in die Zukunft gerichtet. Seine Verbindlichkeit würde sich jedenfalls nicht auch auf Dritte wie die Klägerin erstrecken. Die Krankenkassen könnten sich ihrer Gläubiger nicht durch den Erlass von an ihre Versicherten gerichteten Bescheiden entledigen. Ein Antrag auf Hinzuziehung zu dem Verwaltungsverfahren sei nach dem Schreiben vom 25. Juni 2014 jedenfalls nicht in Betracht gekommen, da das Verwaltungsverfahren durch das Schreiben vom 4. April 2014 bereits beendet gewesen sei. Jedenfalls sei der Verwaltungsakt zwingend zurückzunehmen, wenn er in dem Schreiben enthalten sei. Er sei rechtswidrig, weil der Patient versicherungspflichtig gewesen sei. Die Beklagte habe die Mitgliedschaft nicht ablehnen dürfen. Der Patient sei als Arbeitnehmer mit einem Verdienst unterhalb der Jahresentgeltgrenze versicherungspflichtig gewesen. Die Versicherungspflicht sei mit der Unterschreitung der Jahresarbeitsentgeltgrenze zu einem bestimmten Zeitpunkt bis 2013 wieder aufgelebt. Die Beklagte sei als letzte vorherige Krankenkasse die zuständige Krankenkasse, weil der Patient sein Wahlrecht nicht anderweitig ausgeübt habe. Jedenfalls ergebe sich eine Auffangversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#). [§ 5 Abs. 8a Satz 1 SGB V](#) sei nämlich teleologisch zu reduzieren, dass [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) auch dann greife, wenn eine Versicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) vorliege. Dafür spreche der vom Gesetzgeber gewollte lückenlose Versicherungsschutz. Die Fälle, in denen der Versicherungsschutz wegen Beitragsschulden entfallen sei, seien ebenfalls unter [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) zu subsumieren. Auch insoweit sei die Mitgliedschaft bei der Beklagten als der zuletzt zuständigen Krankenkasse entstanden. Sollte das Schreiben der Beklagten vom 4. April 2014 als Verwaltungsakt anzusehen sein, so habe sie - die Klägerin - dagegen mit Schreiben vom 16. Juni 2014 Widerspruch eingelegt. Dieser sei zwar nicht ausdrücklich so benannt worden, ergebe sich aber aus Inhalt und Zielsetzung des Schreibens. Sie - die Klägerin - sei widerspruchsbefugt, da die Entscheidung der Beklagten ihren Kostenerstattungsanspruch gefährde. Für die Einlegung des Widerspruchs gelte die Jahresfrist, da ihr gegenüber keine ordnungsgemäße Rechtsbehelfsbelehrung erteilt worden sei. Es fehle bisher an einem Widerspruchsbescheid oder an sonstigen Schreiben mit Bindungswirkung. Gegebenenfalls sei das Schreiben vom 16. Juni 2014 als Antrag auf Beiziehung nach [§ 12 Abs. 2 Satz 2 SGB X](#) auszulegen. Im Übrigen habe der Patient im Jahre 2013 nicht die Jahresarbeitsentgeltgrenze in Höhe von 52.200,- EUR überschritten. Ausweislich der Lohnsteuerbescheinigung habe er einen Bruttoarbeitslohn von 44.210,99 EUR erzielt. Nach der Rechtsprechung des BSG setze sogleich Versicherungspflicht ein, wenn das Entgelt unter die Jahresarbeitsentgeltgrenze sinke (BSG v. 29. Juni 1993 - [12 RK 48/91](#)). Es komme auch nicht darauf an, ob die Jahresarbeitsentgeltgrenze nur wegen einer Unterbrechung der Arbeitnehmertätigkeit unterschritten worden sei. Zudem handele es sich nicht um einen Fall der Unterbrechung, sondern um den einer Beendigung der Arbeitnehmertätigkeit. Der Patient beziehe ab dem 1. Oktober 2013 Rente wegen voller Erwerbsminderung.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 16. November 2015 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 40.190,22 EUR nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 7. Juli 2014 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Dem Antrag des Patienten auf freiwillige Versicherung habe nicht entsprochen werden können, weil es an der erforderlichen Vorversicherungszeit fehle. Eine Mitgliedschaft über die Auffangversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) scheitere an der absoluten Versicherungsfreiheit nach [§ 6 Abs. 3 SGB V](#). Wegen Überschreitung der Jahresarbeitsentgeltgrenze bestehe Versicherungsfreiheit in der Kranken- und Pflegeversicherung. Für den Patienten habe die Verpflichtung zum Beitritt zu einer privaten Krankenversicherung bestanden. Zwischen dem Patienten und ihr - der Beklagten - stehe das Nichtbestehen einer Krankenversicherung auch bindend fest, nachdem der Widerspruch gegen den Bescheid der Beklagten vom 4. April 2014 zurückgenommen worden war. Zutreffend habe das Sozialgericht ausgeführt, dass keine Bedenken gegen die Erstreckung der Bindungswirkung auf die Klägerin bestehen würden. Zum Zeitpunkt der Benachrichtigung der Klägerin sei der Bescheid noch nicht bestandskräftig gewesen. Das Schreiben der Klägerin vom 16. Juni 2014 könne nicht als Widerspruch oder als Antrag auf Beiziehung zu dem Verfahren verstanden werden. Über die Frage, ob ein Arbeitnehmer mit seinem Jahresarbeitsentgelt die Krankenversicherungspflichtgrenze überschreite, habe der Arbeitgeber zu entscheiden. Da es auf eine vorausschauende Betrachtung ankomme, bleibe es bei Versicherungsfreiheit, auch wenn sich im Nachhinein Unterbrechungen der Entgeltzahlung infolge von Arbeitsunfähigkeit ergeben würden. Deswegen komme es nicht darauf an, welches Entgelt die Lohnsteuerbescheinigung ausweise.

Für die weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakte und die Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen, die vorgelegen haben und Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Klägerin hat keinen Erfolg. Das Sozialgericht hat die Klage im Ergebnis zu Recht abgewiesen.

Als Rechtsgrundlage für einen Anspruch der Klägerin gegen die Beklagte auf Vergütung der Behandlung des Patienten in der Zeit vom 20. September 2013 bis zum 9. Oktober 2013 kommen nur [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#), [§ 17 b Abs. 1 Satz 10 Krankenhausfinanzierungsgesetz \(KHG\)](#), [§ 7 Abs. 1 Satz 1, § 9 Abs. 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz \(KHEntgG\)](#) und der Berliner Vertrag über Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung ([§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#)) vom 1. November 1994 in der Fassung vom 22. Dezember 1997 in Betracht. Nach diesen Regelungen entsteht die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch ihren Versicherten, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und

im Sinne von [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) objektiv erforderlich war. Der Patient war während des Krankenhausaufenthaltes aber nicht Versicherter der Beklagten.

Der Senat ist zwar entgegen dem Sozialgericht nicht der Auffassung, dass der an den Patienten gerichtete Bescheid der Beklagten vom 4. April 2014 auch gegenüber der Klägerin bindende Wirkung hat. Denn das setzte nach [§ 77 SGG](#) voraus, dass die Klägerin Beteiligte des Verwaltungsverfahrens gewesen wäre. Daran fehlte es indessen. Nach [§ 12 Abs. 1 SGB X](#) ist Beteiligter eines Verwaltungsverfahrens nur, wer im Verfahren einen Antrag gestellt hat oder gegen den ein Antrag gestellt worden ist, wer Adressat des Verwaltungsaktes oder Partei eines öffentlich-rechtlichen Vertrags ist oder von der Behörde nach [§ 12 Abs. 2 SGB X](#) zu dem Verfahren hinzugezogen worden ist. Diese Voraussetzungen sind für die Klägerin hier sämtlich nicht erfüllt. Das Sozialgericht verkennt, dass nach dem insoweit eindeutigen Wortlaut der Vorschrift auch das Unterbleiben eines nach [§ 12 Abs. 2 SGB X](#) möglichen Antrags auf Hinzuziehung den Berechtigten noch nicht zu einem Beteiligten macht (vgl. von Wulffen. SGB X, 7. Aufl., § 12 Rn 11). Dementsprechend wäre es möglich, die ablehnende Statusentscheidung inzident in dem zwischen Leistungserbringer und Krankenkasse geführten Rechtsstreit aufzuheben (LSG Nordrhein-Westfalen v. 18. April 2011 - [L 20 SO 78/10](#) - juris Rn 38). Vertrauensschutzgesichtspunkte standen dem jedenfalls nicht entgegen. Auf diese Fragen kommt es aber letztlich nicht an, weil die Beklagte in der Sache zu Recht entschieden hat, dass der Patient nicht ihr Versicherter war.

Der Patient war nicht freiwillig Versicherter der Beklagten. Für die Begründung einer freiwilligen Versicherung stellt [§ 9 Abs. 1 SGB V](#) bestimmte Zugangsvoraussetzungen auf. Es ist nicht ersichtlich, dass der Patient, der nach eigenen Angaben in einem Angestelltenverhältnis bei der Senatsverwaltung des Landes Berlin stand hat und bis 1993 bei der Beklagten freiwillig versichert war, bis das Versicherungsverhältnis von dieser wegen Zahlungsverzugs beendet wurde, seit dem Jahre 1993 bis zum Beginn seiner privaten Versicherung im April 2014 eine der in [§ 9 Abs. 1 SGB V](#) genannten Zugangsvoraussetzungen erfüllt haben könnte. Der Senat geht zwar angesichts der Tatsache, dass der Patient bis 1993 freiwillig Versicherter der Beklagten war, davon aus, dass er in der Vergangenheit eine Zugangsvoraussetzung zur freiwilligen Krankenversicherung erfüllt hatte. Der erneute freiwillige Beitritt zur Beklagten scheitert aber jedenfalls daran, dass er nach [§ 9 Abs. 2 SGB V](#) innerhalb von drei Monaten nach Erfüllung der Zugangsvoraussetzungen angezeigt wird. Der Patient hat den erneuten freiwilligen Beitritt zu der Beklagten aber erst im Jahre 2013 und damit 20 Jahre nach Beendigung seiner bisherigen bis zum Jahre 1993 andauernden Mitgliedschaft erklärt. Die Beitrittsfrist war zu diesem Zeitpunkt längst verstrichen, so dass keine freiwillige Mitgliedschaft erneut begründet werden konnte.

Der Patient war auch nicht pflichtversichertes Mitglied der Beklagten. Als Grundlage für eine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung kommt allein [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) in Betracht. Nach dieser Vorschrift sind pflichtversichert Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und zuletzt gesetzlich krankenversichert waren oder bisher nicht gesetzlich krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in [§ 5 Absatz 5 oder § 6 Abs. 1 oder 2 SGB V](#) genannten Personen gehören oder bei Ausübung ihrer Tätigkeit im Inland gehört hätten. Die Voraussetzungen dieser Vorschrift sind zwar insoweit erfüllt, als der Patient bis zum 31. März 2014 keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall hatte. Denn erst mit dem 1. April 2014 hat er ein Versicherungsverhältnis bei einer privaten Krankenversicherung begründet. Unstreitig ist auch, dass er zuletzt bei der Beklagten versichert war.

Der Patient gehört aber zu dem Personenkreis des [§ 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) und unterfällt deswegen nicht der Auffangpflichtversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#). Der Patient ist nämlich auch im Jahre 2013 versicherungsfrei gewesen als Angestellter, dessen regelmäßiges Arbeitseinkommen die für die Krankenversicherung maßgebende Jahresarbeitsentgeltgrenze überschritten hat. Dafür bezieht sich der Senat auf die in der Verwaltungsakte der Beklagten befindlichen entsprechenden Angaben des Arbeitgebers des Patienten. Entgegen der Rechtsauffassung der Klägerin wird die Einschätzung des Arbeitgebers nicht dadurch wiederlegt, dass für den Patienten in seiner Lohnsteuerbescheinigung betreffend das Jahr 2013 ein tatsächliches Bruttoeinkommen unterhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze von 44.210,99 EUR ausgewiesen worden ist.

Entscheidend für die Frage des Über- oder Unterschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze ist nach dem Wortlaut des [§ 6 Nr. 1 SGB V](#) nämlich das regelmäßige Arbeitsentgelt. Das sind die Einnahmen, auf die der Arbeitnehmer Anspruch hat und die ihm mit hinreichender Sicherheit zufließen werden (Felix in jurisPK SGB V, § 6 Rn 15). Die Klägerin übersieht, dass sich die Versicherungsfreiheit wegen Überschreitung der Jahresarbeitsentgeltgrenze nur auf Zeiträume beziehen kann, in denen noch Arbeitsentgelt bezogen worden ist (Felix in jurisPK SGB V, § 6 Rn 28).

Eine Veränderung der regelmäßigen Arbeitsentgelts setzt demnach voraus, dass sich die vertraglichen Rahmenbedingungen der Tätigkeit des Patienten geändert haben. Es reicht dagegen nicht, dass etwa wegen Arbeitsunfähigkeit für bestimmte Zeiträume tatsächlich kein Arbeitsentgelt gezahlt worden ist, weil dies keine am Anfang des Kalenderjahres mit hinreichender Sicherheit vorhersehbare Entwicklungen sind. Angesichts der von der Klägerin selbst beschriebenen Rahmenbedingungen, nach denen ihr Patient Angestellter im öffentlichen Dienst war, erscheint es dem Senat ausgeschlossen, dass sich das von dem Patienten regelmäßig zu erwartende Arbeitsentgelt ohne eine Änderung seines Dienstvertrags verschoben haben könnte. Für eine solche Änderung gibt es aber keinerlei Anhaltspunkte. Auch wird durch die vorgelegten Lohnsteuerbescheinigungen belegt, dass das Arbeitsverhältnis des Patienten mit dem Land Berlin während des gesamten Jahrs 2013 fortbestanden hat. Dementsprechend ist das regelmäßig zu erwartende Einkommen des Patienten im Jahre 2013 unverändert geblieben und liegt damit oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze.

Nach alledem war die Berufung zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

Gründe für die Zulassung der Revision nach [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGG](#) sind nicht gegeben.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2018-08-09