L 11 KR 3057/10

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
11
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 9 KR 1777/09
Datum
18.05.2010
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 11 KR 3057/10
Datum
24.04.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
Die notfallmäßige Behandlung ("akute Alkoholintoxikation") eines mittellosen Patienten in einem Krankenhaus ist auch dann eine Sachleistung der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn zum Zeitpunkt der Aufnahme in das Krankenhaus weder der Patient noch die nach § 174 Abs 5 SGB 5 zuständige Krankenkasse davon Kenntnis haben, dass der Patient nach § 5 Abs 1 Nr 13 SGB 5 versichert war.
Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 18.05.2010 dahingehend abgeändert, dass die Beklagte verurteilt wird, an die Klägerin 1.520,75 EUR nebst Zinsen in Höhe von 2 % über dem jeweiligen Basiszinssatz ab dem 20.02.2009 zu zahlen.

Die Beklagte trägt die Kosten des Rechtsstreits.

Der Streitwert wird endgültig auf 1.520,72 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob die Klägerin gegen die Beklagte einen Vergütungsanspruch für Krankenhausbehandlungen für den bereits verstorbenen M. B. (im Folgenden: Versicherter) hat.

Der 1963 geborene Versicherte war seit dem 18.08.1984 verheiratet. Die Ehe wurde durch Urteil des Amtsgerichts E. (Familiengericht) vom 26.01.2006 geschieden. Das Urteil ist seit dem 04.04.2006 rechtskräftig. Bis zur Rechtskraft des Scheidungsurteils am 04.04.2006 war der Versicherte über seine Ehefrau bei der Beklagten familienversichert. Er bezog zunächst bis zum 03.02.2004 Arbeitslosenhilfe. In der Zeit vom 04.05.2006 bis 20.04.2008 bezog er weder Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II; Schreiben der Arbeitsgemeinschaft Landkreis Emmendingen vom 07.05.2010) noch nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII; Schreiben des Landratsamtes E. vom 06.05.2010). Erst ab dem 21.04.2008 bezog er aufgrund seines Antrags vom 18.04.2008 Arbeitslosengeld II. Am 12.06.2008 verstarb der Versicherte.

Sowohl am 22.06.2007 als auch am 14./15.03.2008 und 29./30.03.2008 wurde der Versicherte im Kreiskrankenhaus E., deren Träger die Klägerin ist, mit der Diagnose "akute Alkoholintoxikation" (ICD-10: F10.0) stationär von der Polizei oder dem Deutschen Roten Kreuz eingeliefert. Mit Schreiben vom 18.11.2008 wandte sich das Kreiskrankenhaus E. an die Beklagte und bat um Überweisung von insgesamt 1.520,72 EUR. Vorgelegt wurden die Rechnungen Nr 4708113 (Aufenthalt am 22.06.2007 in der Abteilung Intensivmedizin, Rechnungsbetrag: 498,16 EUR), Nr 4806221 (Aufenthalt am 14./15.03.2008 in der Abteilung Innere Medizin, Rechnungsbetrag: 511,28 EUR) und Nr 4806223 (Aufenthalt am 29./30.03.2008 in der Abteilung Allgemein- und Viszeralchirurgie, Rechnungsbetrag: 511,28 EUR). Es wurde geltend gemacht, der Versicherte sei rückwirkend zum 01.04.2007 kraft Gesetzes Mitglied der Beklagten geworden. Eine Anzeige der Pflichtversicherung bei der Beklagten sei nicht möglich gewesen, da der Versicherte jeweils aufgrund einer akuten Alkoholintoxikation stationär eingeliefert worden sei und nach Ausnüchterung, jeweils samstags oder sonntags, fluchtartig und gegen den ärztlichen Rat das Krankenhaus verlassen habe. Somit sei eine Mithilfe bei der Erstellung der Anzeige nicht möglich gewesen. Darüber hinaus sei der Versicherte am 12.06.2008 verstorben, so dass eine nachträgliche Anzeige durch ihn auch nicht mehr möglich sei. Mit Schreiben vom 28.11.2008 lehnte die Beklagte die Begleichung der Rechnungen ab, da für die Anerkennung der allgemeinen Versicherungspflicht nach § 5 Abs 1 Nr 13 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) bestimmte rechtliche Voraussetzungen erfüllt sein müssten. Notwendig und zwingend sei ein entsprechender Antrag. Ein solcher liege nicht vor, so dass für den Versicherten während der entsprechenden Rechnungszeiträume auch kein Versicherungsschutz bestanden habe.

Am 20.02.2009 hat die Klägerin Klage beim Sozialgericht Freiburg erhoben, das den Rechtsstreit mit Beschluss vom 10.03.2009 an das

örtlich zuständige Sozialgericht Stuttgart (SG) verwiesen hat. Zur Begründung der Klage hat die Klägerin vorgetragen, der Versicherte sei jeweils notfallmäßig behandelt worden. Die Zahlungsverpflichtung der Beklagten entstehe unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten. Die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit sei im vorliegenden Fall unstreitig. Der Versicherte sei ab dem 21.04.2008 bei der Beklagten gemäß § 5 Abs 1 Nr 2a SGB V pflichtversichert gewesen. Für die Zeit davor, dh ab dem 01.04.2007, lägen die Voraussetzungen für die Auffangversicherung nach § 5 Abs 1 Nr 13 SGB V vor. Diese Pflichtversicherung trete kraft Gesetzes ein und unterliege nicht der Disposition des Versicherten. Auch bedürfe es nicht eines entsprechenden Antrages. Der Beginn der Auffangversicherung sei in § 186 Abs 11 Satz 3 SGB V geregelt. Die Zuständigkeit der Beklagten zur Durchführung der Pflichtversicherung resultiere aus § 174 Abs 5 SGB V. Die von der Beklagten vertretene Auffassung, eine Anzeige des Versicherten sei konstitutiv für das Entstehen der Pflichtversicherung nach § 5 Abs 1 Nr 13 SGB V, sei unzutreffend und finde im Gesetz keine Stütze. Generell sei zu berücksichtigen, dass der Zahlungsanspruch des Krankenhauses mit dem Anspruch des Versicherten auf Krankenhausbehandlung korrespondiere.

Das SG hat zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts die schriftliche Auskunft der Arbeitsgemeinschaft Landkreis E. vom 07.05.2010 und die Auskunft des Landratsamtes E. vom 06.05.2010 eingeholt, wonach der Versicherte im Zeitraum vom 04.05.2006 bis 20.04.2008 weder Leistungen nach dem SGB II noch Leistungen nach dem SGB XII bezogen hat.

Mit Urteil vom 18.05.2010 hat das SG die Beklagte verurteilt, an die Klägerin 1.520,72 EUR nebst Zinsen in Höhe von 2 % über dem jeweiligen Basiszinssatz ab dem 03.12.2008 zu zahlen. Zur Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt, die Versicherung habe am 01.04.2007 kraft Gesetzes begonnen. Der Versicherte sei unstreitig bis zum 04.05.2006 über seine mittlerweile geschiedene Ehefrau bei der Beklagten familienversichert gewesen. Ab dem 21.04.2008 habe eine gesetzliche Pflichtversicherung nach § 5 Abs 1 Nr 2a SGB V infolge des Bezugs von Leistungen nach dem SGB II bestanden. Zuvor habe er jedoch weder Leistungen nach dem SGB II noch nach dem SGB XII erhalten. Eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall habe im Zeitraum vom 01.04.2007 bis 20.04.2008 nicht bestanden. Weder die Gesetzesregelung des § 5 Abs 1 Nr 13 SGB V noch die Regelung des § 186 Abs 11 SGB V enthalte ein Antrags- oder Anzeigeerfordernis als konstitutive Tatbestandsvoraussetzung für den Eintritt der Versicherungspflicht. Vielmehr beginne gemäß § 186 Abs 11 Satz 1 SGB V die Mitgliedschaft der nach § 5 Abs 1 Nr 13 SGB V Versicherungspflichtigen mit dem ersten Tag ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall im Inland. Der Zeitpunkt der Anzeige spiele gemäß § 186 Abs 11 Satz 4 SGB V lediglich eine Rolle für die Erhebung der Beiträge, sei jedoch von der Frage des Eintretens der Versicherungspflicht zu trennen. Dies stelle auch keine unzumutbare Lastenverschiebung zu Lasten der Beklagten dar. Denn diese habe die gesetzgeberische Grundentscheidung zu beachten, dass es zu verhindern sei, dass der in § 5 Abs 1 Nr 13 SGB V erfasste Personenkreis ohne Absicherung im Krankheitsfall bleibe. Durch die Nichtzahlung der Beiträge komme es zudem zu einem Ruhen der Versicherung nach § 16 Abs 3a Satz 1 Erster Halbsatz SGB V. Nur bei akuter Erkrankung sowie Schmerzzuständen bestünde eine Leistungspflicht. Diese Voraussetzungen lägen aufgrund der jeweils akuten Alkoholintoxikation jedoch vor.

Gegen das der Beklagten am 01.06.2010 zugestellte Urteil hat diese am 01.07.2010 Berufung beim Landessozialgericht (LSG) eingelegt und zur Begründung vorgetragen, mit Rechtskraft des Scheidungsurteils habe die Familienversicherung geendet. Erst ab dem 21.04.2008 sei eine Pflichtversicherung nach § 5 Abs 1 Nr 2a SGB V eingetreten. Die Meldung über den Bezug von Arbeitslosengeld II an die Beklagte sei erst am 14.07.2008 erfolgt, also erst nach dem Tod des Versicherten. Die Rechnungen des Kreiskrankenhauses E. seien erstmals mit Schreiben vom 18.11.2008, mithin erst fünf Monate nach dem Tod des Versicherten bei ihr eingereicht worden. Bis zu dessen Tod sei aber keine Anzeige auf Durchführung einer Versicherung nach § 5 Abs 1 Nr 13 SGB V gemacht worden. Auch eine Feststellung der Versicherung nach § 5 Abs 1 Nr 13 SGB V sei bis zu diesem Zeitpunkt durch sie noch nicht erfolgt gewesen. Zu berücksichtigen sei, dass die Durchführung der Versicherung nach § 5 Abs 1 Nr 13 SGB V primär in die Zukunft gerichtet sei und sicherstellen solle, dass diesem Personenkreis der ungehinderte Zugang zu den notwendigen Gesundheitsleistungen sichergestellt werde. Aus den gesetzlichen Regelungen ergebe sich nicht unmittelbar die Antwort auf die Frage, ob auch die in der Vergangenheit vor Feststellung eines Versicherungsverhältnisses bereits bei einem Leistungserbringer unmittelbar in Anspruch genommenen Leistungen zu erstatten seien. Aus der Regelung des § 16 Abs 3a Satz 2 SGB V folge aber, dass die notwendigen Leistungen gerade für die Zukunft zur Verfügung stehen sollen. Hätte der Versicherte noch zu Lebzeiten die Inanspruchnahme der Leistung geltend gemacht, wäre gleichzeitig, sofern eine Zahlung der Beiträge nicht aus eigenen Mitteln möglich gewesen wäre, regelmäßig der Sozialhilfeträger mit seinen Leistungen eingetreten. Auch seien Leistungen nach dem SGB II in Betracht gekommen. Die Geltendmachung eines Versicherungsverhältnisses nach § 5 Abs 1 Nr 13 SGB V nach dem Tod eines Versicherten führe zu einer unzumutbaren Lastenverschiebung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung. Darüber hinaus folge aus § 59 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I), dass Ansprüche auf Geldleistungen nach dem Tod des Versicherten erlöschen. Schließlich sei das Krankenhaus im konkreten Fall weder aufgrund einer ärztlichen Überweisung tätig geworden, noch sei ihm eine Krankenversicherungskarte der Beklagten vorgelegt worden. Bei den Leistungen an den Versicherten handle es sich mithin nicht unmittelbar um Sachleistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung. Auf eine Mahnung nach § 16 Abs 3a Satz 2 SGB V könne es nicht ankommen, da der Versicherte zwischenzeitlich verstorben sei.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 18.05.2010 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend und führt ergänzend aus, dem Willen des Gesetzgebers, niemand in Deutschland solle ohne Krankenversicherungsschutz sein, müsse Rechnung getragen werden. Schließlich habe die Beklagte auch unabhängig davon, wann sie von ihrer Leistungsverpflichtung erfahren habe, einen rückwirkenden Beitragsanspruch gemäß § 186 Abs 11 Satz 4 SGB V. Dass die Beklagte in vorliegendem Fall Beitragsansprüche nicht geltend machen könne, falle in ihren eigenen Verantwortungsbereich. Entgegen der Auffassung der Beklagten trete die Versicherungspflicht von Gesetzes wegen ein, so dass es auch keines konstitutiven Antrages oder einer Anzeige bedürfe. § 186 Abs 11 SGB V regle zwar den Beginn der Mitgliedschaft. Ein etwaiger Zeitpunkt der Anzeige spiele jedoch lediglich eine Rolle für die Erhebung der Beiträge. Im Übrigen komme es bei einer Notfall-Aufnahme nicht darauf an, ob der Leistungserbringer in Kenntnis der persönlichen Umstände und der konkreten Versicherungsverhältnisse geleistet habe.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz sowie auf die von der Beklagten vorgelegte Verwaltungsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die nach den §§ 143, 144 Abs 1 Nr 1, 151 Abs 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Beklagten, über die der Senat gemäß § 124 Abs 2 SGG mit dem Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entscheidet, ist statthaft und zulässig. Dabei weist der Senat darauf hin, dass es entgegen der Rechtsauffassung des SG keiner ausdrücklichen Zulassung der Berufung bedurft hätte. Denn die Berufung war bereits gemäß § 144 Abs 1 Nr 1 SGG ohne weiteres zulässig, weil es sich nicht um einen Erstattungsstreit zwischen juristischen Personen des öffentlichen Rechts oder Behörden handelt und der Wert des Beschwerdegegenstands 750,- EUR übertrifft. Ein Vergütungsanspruch eines Krankenhausträgers gegen einen Sozialleistungsträger ist nicht als Erstattungsstreitigkeit im Sinne des § 144 Abs 1 Satz 1 Nr 2 SGG einzustufen (BSG 24.05.2006, B 3 KR 15/05 R = SozR 4-1500 § 144 Nr 4 mwN; Leitherer in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, Kommentar zum SGG, 10. Aufl 2012, § 144 RdNr 11).

Die Berufung ist jedoch nicht begründet. Denn das SG hat zu Recht entschieden, dass die Beklagte verpflichtet ist, an die Klägerin 1.520,72 EUR zu zahlen. Allerdings hat die Klägerin Anspruch auf die Zahlung von Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweils gültigen Basiszinssatz erst ab dem Zeitpunkt der Einreichung der Klage (20.09.2009). Der Vergütungsanspruch der Klägerin resultiert daraus, dass der Versicherte im hier streitigen Zeitraum Mitglied der Beklagten war und Anspruch auf Krankenhausbehandlung (§ 39 Abs 1 S 2 SGB V) hatte.

Die Klägerin macht zu Recht den Anspruch auf Vergütung der Krankenhausbehandlung am 22.06.2007, 14./15.03.2008 und 29./30.03.2008 für den Versicherten im Wege der echten Leistungsklage nach § 54 Abs 5 SGG gegen die Beklagte geltend. Denn es handelt sich um einen sogenannten Beteiligtenstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt, kein Vorverfahren durchzuführen und keine Klagefrist zu beachten ist (vgl nur BSG, 23.07.2002, B 3 KR 64/01 R = BSGE 90, 1). Die Klägerin hat den Zahlungsanspruch auch konkret beziffert (vgl zur Notwendigkeit der Bezifferung BSG 02.11.2010, B 1 KR 11/10 R = BSGE 107, 78 = SozR 4-2500 § 140 d Nr 2 Rdnr 10).

Rechtsgrundlage der geltend gemachten Vergütungsansprüche der Klägerin in Höhe von insgesamt 1.520,72 EUR ist § 109 Abs 4 Satz 2 und 3 SGB V. Der Versorgungsvertrag, über den das Plankrankenhaus der Klägerin verfügt (§ 108 Nr 2 SGB V), begründet zwischen der Klägerin (Krankenhausträger) und der Krankenkasse (Beklagte) ein allgemeines Statusverhältnis, aus dem sich ein direkter Vergütungsanspruch des Krankenhausträgers gegen die Krankenkasse, bei der der Versicherte Mitglied ist, ergibt (inzwischen st Rspr des BSG, vgl BSG 24.01.2008, B 3 KR 17/07 R, BeckRS 2008, 52040 = juris mwN). Die konkret der Klägerin zustehende Vergütung ergibt sich hier aus dem Krankenhausentgeltgesetz (§ 1 Abs 1 KHEntgG) sowie – für das Jahr 2007 – aus der Fallpauschalenvereinbarung 2007 und – für das Jahr 2008 – aus dem Fallpauschalen-Katalog 2008 (§§ 7 ff KHEntgG). Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht unabhängig von einer schriftlichen Kostenzusage, die nur als deklaratorisches Schuldanerkenntnis anzusehen ist (vgl BSGE 86, 166, 170 = SozR 3-2500 § 112 Nr 1), unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten, wenn die Versorgung in einem - wie hier - zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und iS von § 39 Abs 1 Satz 2 SGB V erforderlich ist (vgl nur BSG 16.12.2008, B 1 KN 3/08 KR R = BSGE 102, 181 = SozR 4-2500 § 109 Nr 15 RdNr 15; BSG 23.07.2007, B 3 KR 64/01 R = BSGE 90, 1).

Der Zahlungsanspruch des Krankenhauses korrespondiert damit in aller Regel mit dem Anspruch des Versicherten auf Krankenhausbehandlung. Demgemäß müssen beim Versicherten bei der Aufnahme in das Krankenhaus grundsätzlich alle allgemeinen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sowie speziell von Krankenhausbehandlung, insbesondere deren Erforderlichkeit vorliegen. 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. Der Anspruch ist gerichtet auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108 SGB V), 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 (§ 39 Abs 1 Satz 2 SGB V). Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen (§ 2 Abs 1 Satz 3 SGB V; vgl BSG 28.07.2008, B 1 KR 5/08 R = SozR 4-2500 § 109 Nr 6 RdNr 48 ff). Zwischen den Beteiligten besteht kein Streit, dass die Krankenhausbehandlungen des Versicherten am 22.06.2007, 14./15.03.2008 und 29./30.03.2008 iS der vorgenannten Regelungen erforderlich waren. Der Versicherte wurde jeweils notfallmäßig wegen akuter Alkoholintoxikation im Kreiskrankenhaus E, einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus, eingeliefert und behandelt. Auch hinsichtlich der Höhe der hier in den Rechnungen Nr 4708113, 4806221 und 4806223 abgerechneten Pauschalen und Zuschläge besteht kein Streit, sodass der Senat diesbezüglich keinen weiteren Aufklärungsbedarf gesehen hat. Die Beklagte bestreitet vielmehr die Mitgliedschaft des Versicherten im hier streitigen Zeitraum.

Der Versicherte war jedoch vom 01.04.2007 bis 20.04.2008 Mitglied der Beklagten. Dies ergibt sich aus der seit dem 01.04.2007 geltenden Regelung des § 5 Abs 1 Nr 13a SGB V.

Versicherungspflichtig sind seit dem 01.04.2007 gemäß § 5 Abs 1 Nr 13 SGB V (eingefügt mit Wirkung vom 01.04.2007 durch Artikel 1 Nr 2 Buchstabe a Doppelbuchstabe cc in der Fassung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes [GKV-WSG] vom 26.03.2007, BGBl I 378) Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und (a) zuletzt gesetzlich krankenversichert waren oder (b) bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, sie gehören zu den in § 5 Abs 5 SGB V genannten hauptberuflich selbständigen oder zu den nach § 6 Abs 1 oder Abs 2 SGB V versicherungsfreien Personen oder hätten bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland zu ihnen gehört. Der Versicherte gehörte ab dem 01.04.2007 zum Personenkreis des § 5 Abs 1 Nr 13a SGB V. Er war in diesem Zeitraum offensichtlich arbeitslos, hatte sich aber weder arbeitsuchend noch arbeitslos gemeldet (vgl § 5 Abs 1 Nr 2 SGB V). Er hat auch keine sonstigen Leistungen - etwa nach dem SGB II oder nach dem SGB XII - bezogen, die Versicherungspflicht begründet hätten (zB nach § 5 Abs 1 Nr 2a SGB V). Dies entnimmt der Senat dem Schreiben der Arbeitsgemeinschaft Landkreis Emmendingen vom

07.05.2010 und dem Schreiben des Landratsamtes Emmendingen vom 06.05.2010. Danach hat der Versicherte vom 04.05.2006 bis 20.04.2008 weder Leistungen nach dem SGB II noch Leistungen nach dem SGB XII bezogen. Er war auch weder in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig oder tatsächlich dort freiwillig versichert gewesen (§ 9 SGB V). Die Familienversicherung (§ 10 SGB V) endete vorliegend mit der Rechtskraft des Scheidungsurteils am 04.04.2006 (§ 705 Zivilprozessordnung [ZPO]), womit die Ehe des Versicherten aufgelöst war (§ 1564 Satz 2 Bürgerliches Gesetzbuch [BGB]). Auch bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass er in einer privaten Krankenversicherung anderweitig gegen den Krankheitsfall versichert war. Der Versicherte war daher ohne Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall (vgl allgemein näher hierzu BSG 12.01.2011, B 12 KR 11/09 R = BSGE 107, 177).

Der Versicherte war auch im Sinne des § 5 Abs 1 Nr 13a SGB V zuletzt in der gesetzlichen Krankenversicherung krankenversichert. Dies ergibt sich daraus, dass er über seine damalige Ehefrau bis zur Rechtskraft des Scheidungsurteils am 04.04.2006 bei der Beklagten familienversichert war. Hierbei ist es unerheblich, dass sich die Versicherung nach § 5 Abs 1 Nr 13a SGB V nicht unmittelbar an die Versicherung nach § 10 SGB V anschloss. Denn die Krankenversicherungspflicht von Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und zuletzt gesetzlich krankenversichert waren, besteht auch dann, wenn diese Absicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung der Auffangpflichtversicherung nach § 5 Abs 1 Nr 13 SGB V nicht unmittelbar voranging (so ausdrücklich BSG aaO, RdNr 14 ff).

Die Mitgliedschaft des Versicherten bei der Beklagten hatte - nach 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 ab dem 01.04.2007. Sie dauerte bis zum 20.04.2008, denn Beendigungstatbestände im Sinne des § 190 Abs 13 SGB V sind bis zu diesem Zeitpunkt nicht eingetreten. Erst ab dem 21.04.2008 war der Versicherte gemäß § 5 Abs 1 Nr 2a SGB V bei der Beklagten pflichtversichert. Denn ab diesem Zeitpunkt erhielt er Arbeitslosengeld II. Dies ergibt sich aus dem Schreiben der Arbeitsgemeinschaft Landkreis E. vom 07.05.2010.

Entgegen der Auffassung der Beklagten besteht die Versicherungspflicht nach § 5 Abs 1 Nr 13 SGB V unabhängig von einem Beitritt oder einer Anzeige kraft Gesetzes (so ausdrücklich BSG, 12.01.2011, B 12 KR 11/09 R = BSGE 107, 177 = SozR 4-2500 § 5 Nr 13 RdNr 10; LSG Nordrhein-Westfalen 24.02.2010, L 16 B 49/09 NZB = juris; Felix in jurisPK - SGB V, § 186 Rdnr 45, Stand 01.04.2010; Baier in Krauskopf, Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung, § 186 Rdnr 32, Stand Juni 2007; Marburger, Die gesetzliche Krankenversicherung, 3. Auflage 2011, S 58). Da der Versicherte am 01.04.2007, dem Inkrafttreten der Regelung des § 5 Abs 1 Nr 13 SGB V, keinen anderweitigen Krankenversicherungsschutz hatte, begann die Mitgliedschaft gemäß § 186 Abs 11 Satz 3 SGB V an genau diesem Tag. Der Gesetzgeber hat den Beginn der Versicherungspflicht gesetzlich geregelt, um Rechtsmissbrauch zu verhindern. Das SG hat all dies zutreffend ausgeführt, so dass zur Vermeidung von Wiederholungen gemäß § 153 Abs 2 SGG auf die insoweit zutreffenden Entscheidungsgründe des SG Bezug genommen wird (S 6 bis 8 des SG-Urteils). Der Senat schließt sich diesen Ausführungen an.

Im Hinblick auf das Berufungsvorbringen der Beklagten wird ergänzend darauf hingewiesen, dass sie die nach § 174 Abs 5 SGB V die für den Versicherten zuständige Krankenkasse war. Danach werden 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, andernfalls werden sie Mitglied der von ihnen nach § 173 Abs 1 SGB V gewählten Krankenkasse. Nachdem der Versicherte keine anderweitige Krankenkasse gewählt hat und aufgrund der Familienversicherung zuletzt bei der Beklagten versichert war, wurde der Versicherte Mitglied bei der Beklagten.

Dass die nach § 174 Abs 5 SGB V zuständige Krankenkasse in der Regel keine Kenntnis von der Versicherungspflicht des Einzelnen erhält, liegt nach der gesetzlichen Konstruktion daran, dass eine ausdrückliche Mitteilungs- oder Anzeigepflicht weder in § 5 Abs 1 Nr 13 SGB V noch in § 186 Abs 11 SGB V normiert wurde. Auch ist § 60 SGB I nicht unmittelbar einschlägig. Allerdings liegt es im eigenen Interesse des Versicherten, die Krankenkasse zu informieren, da es andernfalls bis zur Verjährung der Ansprüche (§ 25 SGB IV) zu erheblichen Nachzahlungen kommen kann. Nur bei unverschuldeter Nichtinformation der Krankenkasse kommen gemäß § 186 Abs 11 Satz 4 SGB V gesonderte Ermäßigungen, Stundungen oder auch ein Absehen von der Erhebung der Beiträge in Betracht (vgl allgemein hierzu Senatsurteil vom 14.02.2012, L 11 KR 5506/10; siehe auch Felix, aaO). Insofern liegt die Mitteilung durch den Versicherten in seinem eigenen Interesse. Dies ändert jedoch nichts an der Tatsache, dass mit dem Wirksamwerden der Mitgliedschaft unabhängig vom Gesundheitszustand des Versicherungspflichtigen sofort Leistungsansprüche gegen die Krankenkasse entstehen. Dies gilt auch dann, wenn - wie vorliegend -, aufgrund der fehlenden Beitragszahlung die Leistungsansprüche auf akute Erkrankungen und Schmerzzustände beschränkt sind (vgl § 16 Abs 3a Satz 2 SGB V).

An diesem Ergebnis ändert auch der Umstand nichts, dass der Versicherte - bevor er zur Beitragszahlung herangezogen werden konnte - verstorben ist. Das Risiko der fehlenden Beitragszahlung trägt die Beklagte. Es handelt sich hierbei auch nicht um eine - wie die Beklagte meint - unzumutbare Lastenverschiebung zu Lasten der GKV. Denn umgekehrt trifft den Versicherungspflichtigen - insbesondere bei Unkenntnis von seinem Versicherungsverhältnis (vgl hierzu Senatsurteil vom 14.02.2012, L 11 KR 5506/10) - die Pflicht zur Beitragszahlung gemäß § 250 Abs 3 SGB V. Danach haben Versicherungspflichtige nach § 5 Abs 1 Nr 13 SGB V ihre Beiträge mit Ausnahme der aus Arbeitsentgelt und aus Renten nach § 228 Abs 1 Satz 1 SGB V zu tragenden Beiträge allein zu tragen. Beiträge sind nach § 223 Abs 1 SGB V für jeden Kalendertag der Mitgliedschaft zu zahlen. Dies bedeutet, dass den nach § 5 Abs 1 Nr 13 SGB V Versicherungspflichtigen auch dann die Beitragszahlungspflicht trifft, wenn er - gerade wegen der Unkenntnis der Pflichtversicherung - keine Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch genommen hat (vgl zur möglichen Beitragsreduzierung § 186 Abs 11 Satz 4 SGB V). Umgekehrt trifft die Beklagte das Risiko, dass der Versicherte stirbt und Beiträge nicht mehr realisiert werden können. Hierin liegt jedoch kein Verstoß gegen das Äquivalenzprinzip (vgl allgemein hierzu Senatsurteil vom 13.03.2012, L 11 KR 4952/10). Im Übrigen trifft die Beklagte allgemein das Risiko, dass Beiträge wegen Todes nicht realisiert werden können.

Im Fall der stationären Behandlung eines in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Patienten, der eine Behandlung als Sachleistung in Anspruch nimmt, ist das Abrechnungsverhältnis von den Behandlungsbeziehungen abgekoppelt (BGH 10.01.1984 NJW 1984, 1820; OLG Köln 04.10.1989 NJW 1990, 1537). Die Vergütungsansprüche des Krankenhausträgers richten sich ausschließlich und unmittelbar gegen den Versicherungsträger; eine Zahlungsverpflichtung des Versicherten gegenüber dem Krankenhaus entsteht nicht (BSG 21.11.1991 SozR 3–2500 § 39 Nr 1 = SGb 1992, 453; OLG Köln aaO). Anders ist dies allerdings, wenn der Versicherte nicht zu den Bedingungen des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung behandelt werden will, sondern davon abweichende Vereinbarungen mit dem Krankenhausträger trifft (BSG 21.11.1991 aaO). Ob der Versicherte mit dem Krankenhaus eine hiervon abweichende Vereinbarung (zB durch

eine wirksame Selbstzahlerklausel vgl hierzu LG Berlin 15.11.2007, 13 O 218/05, NJW-RR 2008, 1375 = juris) getroffen hat, ist nicht bekannt. Darauf kommt es im vorliegenden Fall aber auch nicht an. Denn die Behandlung erfolgte in allen hier geltend gemachten Fällen im Rahmen einer Notfallbehandlung iSd § 76 Abs 1 S 2 SGB V (siehe oben). In der Rechtsprechung des BSG ist geklärt, dass zB die stationäre Notfallbehandlung eines Versicherten in einem nicht zugelassenen Krankenhaus eine Sachleistung der Krankenversicherung ist und sich der Vergütungsanspruch des Krankenhauses demzufolge nicht gegen den Versicherten, sondern gegen die Krankenkasse richtet (BSG 09.10.2001, B 1 KR 6/01 R, BSGE 89, 39 = SozR 3-2500 § 13 Nr 25). Zwar handelt es sich hier um ein zugelassenes Krankenhaus. Doch der Umstand, dass jeweils eine akute Notfallbehandlung vorgelegen hat, hat auch Auswirkungen auf das Rechtsverhältnis zwischen dem Krankenhausträger und dem Versicherten. Die Klinik der Klägerin war hier unabhängig vom Abschluss eines Krankenhausaufnahmevertrages verpflichtet, den Versicherten im Rahmen ihrer Kapazitäten aufzunehmen und zu behandeln. Die Erklärungen des Versicherten im Zusammenhang mit seiner (Notfall-)Behandlung können deshalb auch nicht ohne Weiteres als stillschweigender Vertragsschluss gewertet werden (vgl OLG Köln 22.08.1994, 5 U 145/94, VersR 1995, 1102 = juris). Dass der Versicherte unter allen Umständen auf einer Versorgung als Selbstzahler bestanden hat, ist von keinem der Beteiligten vorgetragen und im Übrigen angesichts der wirtschaftlichen Verhältnisse des Versicherten auch ausgesprochen unwahrscheinlich. Der Tod des Versicherten hat auf den Vergütungsanspruch des Krankenhausträgers keinen Einfluss.

Die Klägerin hat gegen die Beklagte auch - wie im Klageverfahren ausdrücklich beantragt - Anspruch auf Zahlung von Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweils gültigen Basiszinssatz aus dem geltend gemachten Vergütungsanspruch (vgl hierzu allg BSG 08.11.2011, B 1 KR 8/11 R = juris RdNr 50 mwN). Allerdings beginnt die Verzinsungspflicht erst ab dem Zeitpunkt der Einreichung der Klage (Rechtshängigkeit iS von § 94 SGG). Vorliegend wurde die Klage am 20.02.2009 beim Sozialgericht Freiburg erhoben, so dass ab diesem Zeitpunkt die Verzinsungspflicht gilt. Die Entscheidung des SG war insofern abzuändern.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs 1 Satz 1 Halbs 3 SGG iVm § 154 Abs 2 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO), wobei es der Senat für ermessensgerecht hielt, dass die Beklagte die Kosten des Rechtsstreits trägt, auch wenn der Tenor des SG-Urteils durch den Senat abgeändert wurde. Die Abänderung betrifft jedoch nur den Zeitpunkt des Beginns der Verzinsungspflicht, so dass es der Senat für sachgerecht hält, dass die Beklagte die Kosten des Rechtsstreits trägt. Die Festsetzung des Streitwerts stützt sich auf § 197a Abs 1 Satz 1 Halbs 1 SGG iVm § 63 Abs 2, § 47, § 52 Abs 3 Gerichtskostengesetz (GKG).

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor. Insbesondere hat der 12. Senat des BSG bereits entschieden, dass die Versicherungspflicht nach § 5 Abs 1 Nr 13a SGB V kraft Gesetzes ohne eine weitere Beitritts- oder Mitteilungserklärung eintritt (Urteil vom 12.01.2011, B 12 KR 11/09 R = BSGE 107, 177).
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2012-07-13