S 30 SO 134/15

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Frankfurt (HES)
Sachgebiet
Sozialhilfe
1. Instanz
SG Frankfurt (HES)
Aktenzeichen
S 30 SO 134/15
Datum
29.11.2019
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 4 SO 53/20
Datum
23.11.2022
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Beigeladene wird verurteilt an die Klägerin 12.204,17 € für die Kosten der in der Zeit vom 31. Juli 2013 bis 4. September 2013 durchgeführten stationären Behandlung des Herrn A. A. zu zahlen.

Die Beigeladene hat die notwendigen außergerichtlichen Kosten der Klägerin für das Klageverfahren zu tragen.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten darüber, ob die Klägerin gegen den Beklagten Anspruch auf Kostenerstattung als Nothelferin i.S.d. § 25 des Zwölften Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB XII hat oder die Beigeladene leistungspflichtig ist.

Ausweislich der Verwaltungsakte gab eine Frau M. bei dem Gesundheitsamt des Beklagten am 15. Juli 2013 fernmündlich an, der Hausarzt ihres Schwagers, des Herrn A. A., habe bei diesem eine Tuberkulose festgestellt. Ihr Schwager sei jedoch nicht krankenversichert. Er lebe viele Monate des Jahres bei seiner Frau in Ägypten und sei immer nur für wenige Monate in Deutschland. Er beziehe seit 2010 eine Rente in Höhe von 600 €. Zuvor habe er in Saudi-Arabien gearbeitet und sei dort auch versichert gewesen. Vor 2006 sei er einmal freiwillig bei der AOK versichert gewesen. Angeblich fällige Beitragsnachzahlungen ab 2007 könne er auf keinen Fall leisten. Bei der Beantragung seiner Rente habe der Versicherungsälteste, der ihm bei der Antragstellung behilflich gewesen sei, als Krankversicherung die beigeladene AOK angegeben.

Daraufhin wurde Herr A. A. (im Folgenden A.) am 15. Juli 2013 in das Katharinen-Krankenhaus Frankfurt am Main stationär aufgenommen und erteilte der Beklagte dem genannten Krankenhaus unter dem 22. Juli 2013 Kostenzusage zur Abklärung des Tuberkuloseverdachtes für die Dauer von 14 Tagen.

Aus dem Entlassungsbericht des Sankt Katharinen-Krankenhauses vom 31. Juli 2013 geht hervor, dass sich bei Herrn A nicht der Tuberkuloseverdacht bestätigt hatte, sondern bei diesem ein hochgradiger Verdacht auf ein peripheres Bronchialkarzinom mit ossärer Metastasierung diagnostiziert worden war.

Unter dem 1. August 2013 übersandte die Klägerin dem Beklagten die Mitteilung über die Aufnahme des Herrn A. zur vollstationären Krankenbehandlung am 31. Juli 2013 mit der Aufnahmeart "Normalfall". Dessen Anschrift ist in der Mitteilung mit C-Straße, C-Stadt angegeben. Diese Anschrift ergibt sich auch aus einem Aufnahmeformular des Sankt Katharinen-Krankenhauses vom 22. Juli 2013. Zugleich bat die Klägerin den Beklagten mit dem vorgenannten Schreiben um Mitteilung, ob er die Kosten der Krankenhausbehandlung des Herrn A. übernehme.

Durch Bescheid vom 7. August 2013 lehnte der Beklagte die Kostenübernahme ab und führte in der Begründung aus, zum Zeitpunkt der Leistungserbringung durch die Klägerin habe Herr A. weder im Bezug von Sozialleistungen nach den Bestimmungen des Zweiten Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB II) gestanden noch nach dem 3., 4., 6. oder 7. Kapitels des SGB XII. Der Genannte gehöre somit zum leistungsberechtigten Personenkreis, für den ein vorrangiger Anspruch auf Pflichtversicherung in einer gesetzlichen Krankenkasse im Sinne des § 5 des Fünften Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB V) bestehe. Aufgrund dieser Regelung seien die stationären Kosten über die Krankenversicherung zu tragen, sofern Herr A. seiner Verpflichtung zur Versicherung nachkomme.

Weiter ergibt sich aus einem Aktenvermerk des Gesundheitsamtes des Beklagten, die Schwägerin (Frau M.) des Herrn A. habe dort am 30. Juli 2013 vorgesprochen. Nach deren Angaben beziehe Herr A. eine Rente seitens der Deutschen Rentenversicherung in Höhe von ca. 650 € und wohne bei Frau M. mietfrei. Da er keine Leistungen vom Sozialamt erhalten, könne ihn dieses nicht krankenversichern. Seinen

Krankenversicherungsbeitrag könne er von seiner Rente bezahlen. Es sei daher eine Bescheinigung ausgestellt worden, die der Beigeladenen vorzulegen sei.

Am 22. August 2013 legte die Klägerin gegen den Ablehnungsbescheid vom 7. August 2013 Widerspruch ein und trug vor, derzeit bemühten sich die Angehörigen des Herrn A. um eine Pflichtversicherung. Mittlerweile liege aber auch eine Kopie der Kostenzusage des Gesundheitsamtes des Beklagten an das Sankt Katharinen-Krankenhaus vor, so dass wohl grundsätzlich von der Hilfebedürftigkeit des Herrn A. ausgegangen werden könne. Sofern eine Pflichtversicherung zustande kommen werde, so werde der Widerspruch zurückgezogen. Allerdings habe die Beigeladene eine Kostenübernahme bislang abgelehnt.

Mit Entlassungsanzeige vom 4. September 2013 teilte die Klägerin dem Beklagten mit, Herr A. sei am 4. September 2013 verstorben.
Mit Schreiben vom 6. November 2014 führte die Klägerin aus, es frage sich, warum dem Katharinen-Krankenhaus eine Kostenübernahme ausgestellt worden sei, ihr gegenüber indes die Übernahme der Kosten abgelehnt werde. Zugleich legte die Klägerin ein Schreiben der Beigeladenen vom 30. Oktober 2014 vor, in welchem es heißt, nach den Angaben der Schwägerin des Herrn A. müsse davon ausgegangen werden, dass dieser zuletzt Mitglied bei einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung gewesen sei. Außerdem sei die Regelung des § 52a SGB V zu beachten. Diese Vorschrift besage, dass ein Leistungsausschluss bestehe, sofern sich Personen in den Geltungsbereich dieses Gesetzes begäben, um in einer Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V (missbräuchlich) Leistungen in Anspruch zu nehmen.

Mit Schreiben vom 12. November 2014 wies der Beklagte die Klägerin darauf hin, dass die Kostenzusage gegenüber dem Katharinen-Krankenhaus seinerzeit im Hinblick auf den Tuberkuloseverdacht erteilt und die dortige stationäre Behandlung nach dem Infektionsschutzgesetz angeordnet worden sei.

Durch Widerspruchsbescheid vom 15. Mai 2015 wies der Beklagte den Widerspruch der Klägerin zurück und führte in der Begründung aus, ein Erstattungsanspruch nach § 25 SGB XII bestehe nur dann, wenn die Sozialhilfe die Leistung zu erbringen gehabt hätte, sofern der Sozialhilfeträger rechtzeitig damit befasst worden wäre und ein Eilfall vorliege. Zum Zeitpunkt der Aufnahme des Herrn A. in die Krankenhausbehandlung bei der Klägerin sei offenbar noch nicht geklärt gewesen, ob dieser krankenversichert sei. Abgesehen davon scheitere die Leistungspflicht nach § 25 SGB XII bereits daran, dass Herr A. als "Normalfall" und nicht als "Eilfall" aufgenommen worden sei, was die Klägerin in dem Antrag auf Kostenübernahme selbst angegeben habe. Des Weiteren sei ermittelt worden, dass Herr A. ein zur Deckung des Krankenversicherungsschutzes ausreichendes Einkommen zur Verfügung gehabt habe. Hierauf komme es jedoch im Ergebnis nicht an, weil noch gar nicht abschließend festgestellt worden sei, ob Herr A. zum Kreis der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung gehört habe. Die Versicherungspflicht scheitere jedenfalls nicht an § 5 Abs. 8a SGB V, da er keine der dort aufgezählten Leistungen bezogen habe. Demgegenüber seien die Angaben zu einer eventuell einmal vorhanden gewesenen privaten Krankenversicherung widersprüchlich. Eine private Krankenversicherung würde eine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung nach der Auffangvorschrift des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V allerdings nur dann ausschließen, wenn zwischenzeitlich kein anderer Versicherungsschutz bestanden haben würde. Jedoch bestünde dann nach § 193 Abs. 3 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) die Verpflichtung, sich bei einer privaten Krankenkasse zu sichern. Gleichwohl würde es in beiden Fallvarianten nicht zum Einsetzen der Sozialhilfe gekommen sein.

Hiergegen richtet sich die am 18. Juni 2015 beim Sozialgericht Frankfurt am Main eingegangene Klage.

Die Klägerin trägt vor, die stationäre Behandlung des Herrn A. sei sehr wohl eilbedürftig gewesen. So habe der behandelnde Arzt seinerseits darauf hingewiesen, dass wegen der "oberen Einflussstauung" Eile geboten gewesen sei. Es gebe daher keinen Zweifel daran, dass sie - die Klägerin - ähnlich wie das Katharinen-Krankenhaus als Nothelfer eingesprungen sei. Zwar sei nicht gleich eine vom Katharinen-Krankenhaus angedachte Strahlentherapie eingeleitet worden, aber es sei unter den erschwerten Bedingungen die Diagnostik erfolgreich mit einer Diagnosesicherung durchgeführt und abgeschlossen worden. Andererseits komme die Beigeladene als leistungspflichtig in Betracht. Zwar habe die dortige Mitgliedschaft des Herrn A. zum 30. September 2006 geendet, gleichwohl habe dieser zum leistungsberechtigten Personenkreis gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V gehört. Auch sei eine missbräuchliche Inanspruchnahme von Leistungen nach § 52a SGB V im Falle des Herrn A. wohl nicht gegeben. Dieser sei deutscher Staatsangehöriger gewesen und habe in Deutschland über intakte familiäre Beziehungen verfügt. Eine Missbrauchsabsicht sei nicht zu erkennen. Sofern aber Herr A. nach den Angaben der Beigeladenen noch bis September 2013 eine gültige Versicherungskarte in Besitz gehabt habe, sei nicht nachvollziehbar, weshalb die Beigeladene für die streitgegenständliche Krankenhausvergütung nicht aufkommen wolle. Dies stehe zudem im Widerspruch zur Angabe der Beigeladenen, Herr A. sei lediglich bis 30. September 2006 bei ihr krankenversichert gewesen.

Die Klägerin beantragt,

die Beigeladene zu verurteilen, an die Klägerin 12.204,17 € für die stationäre Krankenbehandlung des Herrn A. in der Zeit vom 31. Juli 2013 bis 4. September 2013 zu zahlen,
hilfsweise,
den Bescheid vom 7. August 2013 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15. Mai 2015 aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, an die Klägerin als Nothelferin im Sinne des § 25 SGB XII die Kosten für die Krankenbehandlung des Herrn A. für den vorgenannten Zeitraum i.H.v. 12.204,17 € zu zahlen.

Der Beklagte und die Beigeladene beantragen,

die Klage abzuweisen.

Der Beklagte trägt vor, ein Anspruch aus § 25 SGB XII gegen ihn scheitere schon daran, dass der Leistungsfall bei Antragstellung der Klägerin bereits bekannt gewesen sei. Mit dieser Kenntnis ende jedoch der Nothelferanspruch und es könne ab diesem Zeitpunkt nur noch ein Anspruch des Hilfebedürftigen selbst in Betracht kommen. Insoweit sei die Klägerin gerade nicht wie das Katharinen-Krankenhaus als Nothelfer eingesprungen, da diesem die Kostenzusage im Hinblick auf den Tuberkuloseverdacht erteilt worden sei. Aber auch die weiteren Voraussetzungen des § 25 SGB XII seien nicht gegeben. So seien in den ersten Tagen der Aufnahme des Herrn A. keine eilbedürftigen Maßnahmen getroffen worden. Sei eine medizinische Behandlung nicht sofort erforderlich, so sei das Vorliegen eines Eilfalles zu verneinen. Auch sei das sozialhilferechtliche Moment nicht gegeben gewesen, da der Genannte zum Zeitpunkt der behaupteten Nothilfe keinen Anspruch auf Sozialhilfe gehabt habe. Vorrangig seien daher die Leistungen der Krankenversicherung. Aber abgesehen davon habe Herr A.

auch keinen Anspruch auf Krankenhilfe nach dem SGB XII gehabt, sondern sei im Hinblick auf sein Renteneinkommen und sein mietfreies Wohnen in der Wohnung seines Bruders in der Lage gewesen, sich etwa durch Abschluss einer freiwilligen Krankenversicherung im Hinblick auf den Krankenversicherungsschutz selbst zu helfen. Ein sozialhilferechtlicher Bedarf habe daher nicht bestanden. Schließlich sei sehr zweifelhaft, im Falle des Herrn A. Missbräuchlichkeit i.S.d. § 52a SGB V anzunehmen, weil er schon allein wegen seiner deutschen Staatsangehörigkeit ein Recht zur Rückkehr in sein Heimatland gehabt, hier über intakte Familienbeziehungen verfügt habe und nicht ausgeschlossen werden könne, dass er auch aufgrund dieses verwandtschaftlichen Rückhalts seinerzeit seinen Aufenthalt hier gewählt habe. Insoweit sei auf das Urteil des Sächsischen LSG vom 17. Mai 2016 hinzuweisen (Az. L 8 SO 139/13; in Juris).

Die Beigeladene trägt vor, sie habe recherchiert, dass Herr A. mit vielen und zum Teil langjährigen Unterbrechungen zuletzt bis 30. September 2006 bei ihr krankenversichert gewesen sei. Er habe sich seit 1983 im nichteuropäischen Ausland aufgehalten und sei nach Angaben seiner Schwägerin zumindest in Dubai privat krankenversichert gewesen. Aus den bekannten Umständen könne zwar der Schluss gezogen werden, dass Herr A. nach dem 30. September 2006 keiner anderen gesetzlichen Krankenkasse in Deutschland angehört habe. Sie - die Beigeladene - gehe aber gleichwohl davon aus, dass ein Vergütungsanspruch gegen sie nicht bestehe. Dies ergebe sich daraus, dass nach ihren weiteren Recherchen Herr A. noch bis September 2013 im Besitz einer gültigen Versicherungskarte gewesen sei, die er nicht zurückgegeben habe. Allerdings seien ab 2011 keinerlei Leistungen aufgrund der Nutzung der Versicherungskarte abgerechnet worden. Daraus sei zu schließen, dass Herr A. sich erst kurz vor dem Aufenthalt im Katharinen-Krankenhaus nach Deutschland begeben habe. Aus einem Versicherungsverhältnis nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V habe ihm daher kein Leistungsanspruch zugestanden, weil diese Umstände dafürsprächen, dass er gerade zum Zwecke der Krankenbehandlung eingereist sei. Damit entfalle nach § 52a SGB V sein Leistungsanspruch und somit auch der Vergütungsanspruch der Klägerin.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichtsakte und der beigezogenen Verwaltungsakten des Beklagten sowie der Beigeladenen, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist.

Entscheidungsgründe

Die zulässige Klage ist insoweit begründet, als die Beigeladene auf der Grundlage des § 75 Abs. 5 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) zur Zahlung der Kosten zu verurteilen war, die durch die Behandlung des Herrn A. in der Klinik der Klägerin in der Zeit vom 31. Juli 2013 bis 4. September 2013 in Höhe von 12.204,17 € entstanden sind. Denn die Beigeladene ist insoweit aufgrund der Auffang-Versicherungspflicht aus § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V leistungspflichtig, weil diese Vorschrift einen lückenlosen Versicherungsschutz im Krankheitsfall für die gesamte Bevölkerung in Deutschland gewährleisten soll und der verstorbene Herr A. in diesen Schutz eingeschlossen war, obwohl er vor seinem Rentenbezug ab 1. Februar 2011 im Ausland (Dubai/Ägypten) und im Rahmen einer dortigen Beschäftigung offenbar bei einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung einmal versichert war. Insoweit ist aber nicht ersichtlich, dass aufgrund dessen ein vollwertiger Versicherungsschutz nach den in Deutschland geltenden Vorschriften hätte herbeigeführt werden können. Auch gibt es keine Anhaltspunkte dafür, dass Herr A. zeitlich kurz vor seinen stationären Behandlungen im Katharinen-Krankenhaus bzw. in der Klinik der Klägerin nach Deutschland eingereist war, um i.S.d. § 52a SGB V missbräuchlich in den Krankenversicherungsschutz der Beigeladenen zu gelangen.

Eine Verurteilung der Beigeladenen ist schließlich auch nicht aus verfahrensrechtlichen Gründen ausgeschlossen wie die Beigeladene erstmals mit Schriftsatz 25. November 2019 unter Berufung auf eine Entscheidung des LSG Baden-Württemberg (Urteil vom 20. Oktober 2016, Az: L 7 SO 2156/13) einwendet. Zur Überzeugung der Kammer ist dieser Entscheidung nicht zu folgen. Insbesondere hält sich die Kammer für nicht grundsätzlich daran gehindert, in Fällen wie dem vorliegenden eine beigeladene Krankenkasse in der Sache zu verurteilen. Denn auch im vorliegenden Fall ist die Beiladung erfolgt, weil die Beigeladene als leistungsverpflichteter Versicherungsträger gemäß § 75 Abs. 2 SGG in Betracht kam und demzufolge auf der Grundlage des § 75 Abs. 5 SGG folgerichtig auch verurteilt werden kann. Notwendig hierfür, aber auch ausreichend für eine solche Verurteilung ist es, wenn zwischen 2 Leistungen eine Wechselwirkung in dem Sinne besteht, dass sie etwa auf ein im Wesentlichen gleiches Ziel gerichtet sind, jedoch die eine gegenüber der anderen vorrangig ist, sie sich also gegenseitig ausschließen. Der streitige Anspruch gegen den Beklagten bzw. Beigeladenen muss also in Wechselwirkung stehen (vgl. zum Ganzen B. Schmidt in Meyer-Ladewig Sozialgerichtsgesetz – SGG - Kommentar 12. Aufl. 2017 § 75 Rn. 18). Ein solches Ausschließlichkeitsverhältnis ist hier hinsichtlich des Streitgegenstandes zwischen dem Beklagten und der Beigeladenen gegeben. Die im Streit stehenden Ansprüche - sozialhilferechtlicher Kostenübernahmeanspruch nach § 25 SGB XII einerseits und krankenversicherungsrechtlicher Vergütungsanspruch andererseits - sind zwar nicht identisch, jedoch auf das gleiche Ziel gerichtet, nämlich den „Ersatz der Aufwendungen“ desjenigen, der die Behandlungs- bzw. Nothilfeleistung erbracht hat. Hinzu kommt, dass der Vergütungsanspruch des Leistungserbringers gegenüber dem Nothelferanspruch vorrangig ist. Denn § 25 SGB XII greift nur ein, wenn keine vorrangige Leistungspflicht Dritter besteht. Unbeachtlich ist dabei auch, dass richtige Klageart für den sozialhilferechtlichen Nothelferanspruch eine kombinierte Anfechtungs -und Leistungsklage ist, wohingegen für den krankenversicherungsrechtlichen Vergütungsanspruch des Krankenhauses die echte Leistungsklage die richtige Klageart darstellt.

Die demgegenüber vom LSG Baden-Württemberg in der vorgenannten Entscheidung geforderten Einschränkungen führen hingegen in ihrer Konsequenz zum grundsätzlichen Ausschluss der Verurteilung einer Krankenkasse in Verfahren eines Krankenhausträgers gegen den Sozialhilfeträger, so dass der wesentliche Zweck des § 75 Abs. 5 SGG, nämlich die Möglichkeit der Verurteilung des Beigeladenen aus Gründen der Prozessökonomie, in derartigen Fällen der Anspruchskonkurrenz stets entfiele.

Im vorliegenden Fall führte dies in Anbetracht des Zwecks des § 75 Abs. 5 SGG zu dem geradezu absurden Ergebnis, dass die seit November 2016 zu dem vorliegenden Verfahren Beigeladene, die zudem seit Aufnahme des Herrn A. in die stationäre Krankenhausbehandlung bei der Klägerin Ende Juli 2013 an der Aufklärung des Sachverhalts beteiligt war und - wie sich aus den vorgelegten Aktenkonvolut ergibt - seither auch im eigenen Namen Ermittlungen angestellt hat, nunmehr gleichwohl das übliche Verwaltungsverfahren durchzuführen hätte. Dies hält die Kammer weder für prozessökonomisch noch für sachgerecht.

Demgegenüber hat die Klägerin allerdings keinen Anspruch gegen den Beklagten aus § 25 SGB XII. Denn hinsichtlich der stationären Behandlung des Herrn A. in der Zeit vom 31. Juli 2013 bis 4. September 2013 liegen die Voraussetzungen für eine Erstattung jener Aufwendungen als Nothelferin zur Überzeugung der Kammer nicht vor.

Hat jemand in einem Eilfall einem anderen Leistungen erbracht, die bei rechtzeitigem Einsetzen von Sozialhilfe nicht zu erbringen gewesen

wären, so sind gemäß § 25 S. 1 SGB XII die Aufwendungen im gebotenen Umfang zu erstatten, wenn er sie nicht aufgrund rechtlicher oder sittlicher Pflicht selbst zu tragen hat. Dies gilt nach S. 2 der genannten Vorschrift nur, wenn die Erstattung innerhalb angemessener Frist beim zuständigen Träger der Sozialhilfe beantragt wird.

Zwar kann auch die Klägerin als juristische Person des öffentlichen Rechts und Betreiberin der Universitätskliniken aus der vorgenannten Vorschrift anspruchsberechtigt sein. Zur Überzeugung der Kammer war im vorliegenden Fall aber weder ein Eilfall im Sinne des § 25 S. 1 SGB XII gegeben noch bestand eine Leistungspflicht des Beklagten als Sozialhilfeträger. Zudem hatte der Beklagte bereits Kenntnis von dem bei Herrn A. bestandenen medizinischen Notfall.

Ein Eilfall im Sinne des § 25 SGB XII ist gegeben, wenn in einer plötzlich auftretenden Notlage sofort gehandelt werden muss und nach Lage der Dinge eine rechtzeitige Leistung des Sozialhilfeträgers objektiv nicht zu erlangen ist (vgl. Bieback in Grube/Wahrendorf SGB XII Sozialhilfekommentar 5. Auflage 2014 § 25 Rn. 9). Ein solcher Eilfall ist insbesondere anzunehmen bei medizinischen Notfällen, wie z.B. akuten Erkrankungen, die ein sofortiges ärztliches Eingreifen und die Aufnahme in ein Krankenhaus dringend erfordern (Beispiel: Akuter Herzinfarkt). Demgegenüber ist kein Eilfall gegeben in Bezug auf Operationen oder andere ärztliche Behandlungen, deren sofortige Durchführung aus medizinischer Sicht nicht indiziert ist. Aber auch die Notwendigkeit sofortiger Hilfeleistung allein genügt noch nicht zur Annahme eines Eilfalles. Denn trotz Vorliegens einer medizinischen Notlage ist ein solcher Eilfall ausgeschlossen, wenn es dem Nothelfer möglich ist, den Sozialhilfeträger von der Notlage zu unterrichten, so dass dieser selbst rechtzeitig helfen oder jedenfalls eine Hilfemöglichkeit prüfen kann (Bieback am angegebenen Ort § 25 Rrn. 11, 13,14 mit Hinweisen auf die Rechtsprechung).

Ein Eilfall, der das sofortige Handeln der Klägerin ohne die Möglichkeit der Einschaltung des Beklagten als Sozialhilfeträger erfordert hat, ist im Hinblick auf die mit der stationären Aufnahme des Herrn A. am 31. Juli 2013 nach Krankentransport aus dem Katharinen-Krankenhaus nicht zu erkennen. Abgesehen davon, dass die Klägerin die Aufnahmeart in ihrem Kostenübernahmeantrag vom 1. August 2013 selbst als "Normalfall" bezeichnet hat, bedurfte es zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme keinerlei unaufschiebbarer Maßnahmen, die die Klägerin hätten davon abhalten können, den Beklagten als Sozialhilfeträger vorab zu informieren. Denn Herr A. war aus einer bereits zuvor durchgeführten 14-tägigen stationären Versorgung im Katharinen-Krankenhaus im Wege des Krankentransportes in die Klinik der Klägerin verlegt worden, so dass jedenfalls anzunehmen ist, dass er sich in einem stabilen und transportfähigen Zustand befunden hat. Auch ergibt sich aus den von der Klägerin vorgelegten und an diese gerichteten Arztbriefe des Katharinen-Krankenhauses vom 30. und 31. Juli 2013, dass die dort behandelnden Ärzte ihre bei der Klägerin weiterbehandelnden Kollegen vorab über die betreffend Herrn A. gestellten Diagnosen und Behandlungserfordernisse i.S. entsprechender Vorschläge/Empfehlungen informiert hatten. Darüber hinaus heißt es in dem Arztbrief vom 31. Juli 2013 unter dem schreibtechnisch herausgehobenen Begriff "Sozialanamnese" ausdrücklich: „Der Patient lebt seit mehreren Jahren in Ägypten, ist verheiratet. Bei Auslandsaufenthalt besteht derzeit keine gesetzliche oder freiwillige Krankenversicherung. Der Antrag bei der AOK „läuft". Damit war ohne eingehende Prüfung gerade nicht anzunehmen, dass der Krankenversicherungsschutz des Herrn A. gesichert war. Somit steht fest, dass weder eine medizinisch unaufschiebbare Situation gegeben war noch gar davon auszugehen war, dass Herr A. einen Versicherungsschutz hatte. Die von § 25 SGB XII vorausgesetzte plötzlich auftretende Notlage, durch die eine rechtzeitige Leistung des Sozialhilfeträgers objektiv nicht zu erlangen sein muss, lag hier folglich nicht vor.

Des Weiteren ergibt sich aus der Verwaltungsakte des Beklagten, dass er freilich bereits aufgrund der Vorbehandlung des Herrn A. im Katharinen-Krankenhaus vom 15. Juli bis 31. Juli 2013 davon Kenntnis hatte, dass bei dem Genannten das Bestehen einer Krankenversicherung fraglich war. In solchen Fällen scheidet aber ein Erstattungsanspruch des Nothelfers von vornherein aus (vgl. Bieback a. a. O. § 25 Rn. 21).

Schließlich ist für die Kammer auch nicht ersichtlich, dass überhaupt eine Leistungspflicht des Beklagten als Sozialhilfeträger gegenüber Herrn A. bestand. Denn wie sich aus den Verwaltungsakten des Beklagten und der Beigeladenen ergibt, stand bei seiner stationären Aufnahme am 31. Juli 2013 bereits fest, dass ihm ein Renteneinkommen in Höhe von 635,32 € zur Verfügung stand und er mietfrei bei seinem Bruder/Schwägerin wohnhaft war. Das Bestehen sonstigen Einkommens bzw. Vermögens hatte die Schwägerin des Herrn A. aktenkundig zwar mehrfach verneint, gleichwohl überstiegen dessen bereite Mittel den seinerzeit (2013) zu gewährenden Regelbedarf von 382 € zumindest dergestalt, dass er in der Lage war, selbst einen Krankenversicherungsschutz herbeizuführen.
Damit erweist sich der streitgegenständliche Bescheid vom 7. August 2013 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15. Mai 2015 als rechtmäßig und verletzt die Klägerin daher nicht in ihren Rechten.

Die Klägerin hat jedoch einen Anspruch gegen die Beigeladene auf Zahlung der bei ihr durch die Behandlung des Herrn A. angefallenen Kosten in Höhe von 12.204,57 €. Dies ergibt sich aus der Auffang-Versicherungspflicht des § 5 Abs. 1 Nr. 13 a SGB V. Nach dieser Vorschrift sind versicherungspflichtig u.a. Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und zuletzt gesetzlich krankenversichert waren.

Insoweit ist zunächst festzustellen, dass Herr A. zum Zeitpunkt seiner stationären Aufnahme in die Klinik der Klägerin keinen anderweitigen Versicherungsschutz genoss. Insbesondere ist dies für den Versicherungsschutz in einer privaten Krankenversicherung auszuschließen. Denn unter einem "anderweitigen Versicherungsschutz" im Sinne der vorgenannten Vorschrift ist nach dem Sinn und Zweck der Auffang-Versicherungspflicht nur ein voller Versicherungsschutz zu verstehen, so dass ein Teilschutz oder unzureichender Schutz in einer privaten Krankenversicherung gerade nicht ausreicht. Hierfür spricht z.B., dass auch ein beihilfeberechtigter Beamter, der nicht über eine die Beihilfe ergänzende "Voll"-Versicherung verfügt, nach der Begründung im Entwurf des Gesetzliche Krankenversicherung-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) keinen ausreichenden Anspruch auf anderweitige Sicherung im Sinne der Nr. 13 des § 5 Abs. 1 SGB V hat (vgl. Peters in Kasseler Kommentar Stand Oktober 2008 § 5 Rn. 162).

Ein ausreichender voller Versicherungsschutz durch eine private Krankenversicherung, insbesondere die Herbeiführung eines solchen im Inland, ist zur Überzeugung der Kammer auszuschließen. Zwar hatte Herr A. im Rahmen der Beantragung von Altersrente gegenüber einem Versichertenberater im November 2010 angegeben, er habe eine private Versicherung bei der Lloyds London/Dubai gehabt, jedoch ist weder anzunehmen noch angesichts der vollkommen fehlenden Informationen gar zu unterstellen, dass ihm jene Versicherung eine Vollversicherung im Basistarif für das Inland geschuldet haben könnte. Nach Auffassung der Kammer ist insoweit vielmehr davon auszugehen, dass die einmal wegen der Ausübung einer Beschäftigung im Ausland dort vorhandene private Krankenversicherung keinerlei (gleichwertige) Ansprüche für Herrn A. im Inland vermittelt hat. Hierzu hat die Beigeladene mit Schriftsatz vom 5. April 2017 selbst vorgetragen, jene private Krankenversicherung habe nach den Angaben der Schwägerin des Herrn A. Leistungen in Deutschland nicht abgedeckt. Außerdem könne nach den bekannten Umständen der Schluss gezogen werden, dass der Genannte nach dem 30. September

2006 - dem letzten Tag der bei der Beigeladenen bestandenen Krankversicherung - keiner anderen gesetzlichen Krankenkasse in Deutschland angehört habe. Damit ist davon auszugehen, dass Herr A. im Sinne des Buchst. a des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V in Deutschland zuletzt bis 30. September 2006 bei der Beigeladenen krankenversichert war. Dies steht im Einklang mit dem von der Beigeladenen beigezogen Versicherungsverlauf vom 29. Juli 2013, wonach Herr A. bis 30. September 2006 Arbeitslosengeld II bei Arbeitslosigkeit und seit 1. Februar 2011 Altersrente bezogen hatte.

Die Anwendung der Auffang-Versicherungspflicht gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V entspricht auch dem Zweck dieser Norm. Denn danach soll ein Schutz im Krankheitsfall für die gesamte Bevölkerung in Deutschland gewährleistet werden, was insoweit eine Bürgerversicherung darstellt (vgl. Peters a.a.O. § 5 Rn. 158). Dass die Beigeladene nach ihrem Vortrag ferner recherchiert und festgestellt habe, Herr A. sei zudem im Besitz einer noch bis September 2013 gültig gewesenen Versicherungskarte gewesen, spricht jedenfalls für eine "zuletzt" bestandene gesetzliche Krankenversicherung des Herrn A. i.S.d. § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V.

Von diesem Auffang-Versicherungsschutz war Herr A. zur Überzeugung der Kammer auch nicht etwa auf der Grundlage des § 52a SGB V ausgeschlossen. Nach S. 1 dieser Vorschrift besteht auf Leistungen kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich dieses Gesetzes begeben, um in einer Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 oder aufgrund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen. Die mit dieser Vorschrift sanktionierte Absicht missbräuchlicher Inanspruchnahme von Leistungen setzt voraus, dass der Versicherte sich in das Inland begibt, um etwa in der Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen. Dieser missbräuchliche Erhalt von Leistungen muss also das Hauptziel "des Migranten" sein (vgl. Höfler in Kasseler Kommentar Stand Oktober 2008 § 52a Rn. 6). Die somit erforderliche Absicht ist also dann gegeben, wenn der Wille des Versicherten auf den Leistungsbezug gerichtet ist und es ihm darauf ankommt. Missbräuchlich kann folglich ein Leistungsbezug nur im Ausnahmefall sein, wenn die Bedarfssituation schon vor der Begründung der Versicherung vorgelegen hat oder vorhersehbar war sowie der Leistungsbezug als ungerechtfertigte Ausbeutung der Solidargemeinschaft und daher als anstößig sowie als Verstoß gegen Treu und Glauben angesehen werden muss (vgl. Höfler a.a.O. Rn. 7).

Eine solche Haltung darf Herrn A. nach den hier gegebenen sonstigen Umständen keinesfalls unterstellt werden. Bei diesem handelt es sich zum einen vordergründig schon gar nicht um einen Migranten mit keinem Bezug zum Inland. Vielmehr war er deutscher Staatsangehöriger, der sich nach den aktenkundigen und glaubhaften Angaben seiner Schwägerin in den letzten Jahren zwar überwiegend im Ausland/Ägypten aufgehalten hatte, gleichwohl aber stets einige Monate in Deutschland verbracht hatte und in dieser Zeit bei seinem Bruder/Schwägerin in C-Stadt wohnhaft war. Daraus ist der Schluss auf intakte familiäre Beziehungen zu ziehen, worauf der Beklagte zutreffend hingewiesen hat. Insoweit liegt sogar nahe, dass Herr A. wegen seines gesundheitlichen Zustandes bewusst den verwandtschaftlichen Rückhalt im Inland bei seinen Verwandten gesucht hatte und deshalb kurzfristig eingereist war. Dies wird schon dadurch bestätigt, dass sich dessen Schwägerin - wie aus den Verwaltungsakten des Beklagten und der Beigeladenen übereinstimmend hervorgeht - intensiv um die Krankenhausbehandlung und die Herbeiführung eines Versicherungsschutzes bemüht hat. Nach Auffassung der Kammer erscheint es unter diesen Umständen als absurd, Herrn A. eine derart gravierende Missbrauchsaufsicht zu unterstellen wie sie der Tatbestand des § 52a SGB V verlangt. Insoweit ist im Hinblick auf das erst Ende Juli 2013 im Katharinen-Krankenhaus bei Herrn A. festgestellte erheblich fortgeschrittene Krebsleiden zudem davon auszugehen, dass ihm wohl nicht bewusst war, bereits bei seiner Einreise "todkrank" gewesen zu sein.
Für die Kammer ist daher eine Missbrauchsaufsicht hier sicher auszuschließen, so dass die Beigeladene zur Zahlung der Kosten der Krankenbehandlung in der Zeit vom 31. Juli 2013 bis 4. September 2013 zu verurteilen war.

Schließlich hat die Klägerin ihren Zahlungsanspruch mit Schreiben vom 2. September 2014 unter Vorlage der Schlussrechnung gegenüber der Beigeladenen auch geltend gemacht wie sich aus dem von dieser übersandte Unterlagenkonvolut ergibt.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG. Denn zum einen ist nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) der Nothelfer zu dem in § 183 S. 1 SGG genannten Personenkreis der Leistungsempfänger zu zählen (vgl. Bieback/Streichsbier in Grube/Wahrendorf a.a.O. § 25 Rn. 41 mit Hinweisen auf die Rechtsprechung des BSG). Zum anderen hat die Beigeladene die notwendigen außergerichtlichen Kosten der Klägerin freilich nur für das Klageverfahren zu tragen, da sich der angefochtene Bescheid des Beklagten als rechtmäßig erwiesen hat.

Die Rechtsmittelbelehrung folgt aus § 144 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGG.

Rechtskraft
Aus
Saved
2023-01-31