

## L 8 SO 139/13

Land

Freistaat Sachsen

Sozialgericht

Sächsisches LSG

Sachgebiet

Sozialhilfe

Abteilung

8

1. Instanz

SG Dresden (FSS)

Aktenzeichen

S 19 SO 90/09

Datum

18.10.2013

2. Instanz

Sächsisches LSG

Aktenzeichen

L 8 SO 139/13

Datum

17.05.2016

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Keine Fälligkeit des Vergütungsanspruchs eines Krankenhauses vor Rechnungserteilung

1. Im Rahmen eines Vergütungsrechtsstreits zwischen Krankenhaus und Krankenkasse ist vom Gericht inzident zu prüfen, ob der behandelte Patient krankenversichert war (hier: nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#)). Einer vorherigen Klärung des Versicherungsverhältnisses durch eine Statusentscheidung der Krankenkasse gegenüber dem potentiell Versicherten bedarf es nicht.

2. Eine im Sinne des [§ 52a Satz 1 SGB V](#) missbräuchliche Inanspruchnahme des Versicherungsschutzes nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) kann nicht darin erblickt werden, dass ein mittelloser Deutscher mit einer schwerwiegenden, akut behandlungsbedürftigen Erkrankung nach Deutschland zurückkehrt, um diese Erkrankung dort behandeln zu lassen.

3. Ein Krankenhaus kann seinen Vergütungsanspruch gegen eine Krankenkasse vor der Rechnungserteilung mangels Fälligkeit nicht gerichtlich durchsetzen.

4. Eine vom Krankenhaus dem versicherten Patienten erteilte Rechnung vermag die Fälligkeit des Vergütungsanspruchs des Krankenhauses gegen die Krankenkasse nicht zu begründen.

5. Im Sozialrecht spricht viel dafür, die Verjährung entsprechend dem Wortlaut des [§ 45 Abs. 1 SGB I](#) bereits mit der Entstehung des Anspruchs und nicht erst mit dessen Fälligkeit beginnen zu lassen.

I. Auf die Berufung der Beigeladenen wird das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 18. Oktober 2013 hinsichtlich der Verurteilung der Beigeladenen aufgehoben und die Klage als derzeit unbegründet abgewiesen. Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen.

II. Der Kläger trägt die Kosten des Berufungsverfahrens. Außergerichtliche Kosten des erstinstanzlichen Verfahrens sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

IV. Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird auf 23.134,37 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Streitig ist die Übernahme der Kosten einer vollstationären Krankenhausbehandlung.

Der 1957 geborene M ... (im Folgenden: M ...), ein deutscher Staatsangehöriger, war vom 03.06.1987 bis 20.10.1987 bei einer Rechtsvorgängerin der AOK Bayern aufgrund einer Beschäftigung gesetzlich krankenversichert. Anschließend war er freiberuflich unter anderem als Historiker tätig und lebte zuletzt längere Zeit bis zum 03.04.2007 in Prag. Während seines Aufenthalts in Tschechien erkrankte M ... an Enddarmkrebs. Er war dort ohne Krankenversicherung und ließ sich auf eigene Kosten medizinisch behandeln. Wegen seiner Erkrankung suchte er mehrfach die deutsche Botschaft in Prag auf. Auf deren Anraten begab er sich schließlich nach Deutschland, um seine Krebserkrankung dort medizinisch behandeln zu lassen. Am 04.04.2007 stellte sich M ... im Klinikum Pirna als Patient vor und wurde dort vollstationär aufgenommen. Zur Strahlentherapie wurde er am 26.04.2007 in das vom Kläger betriebene Krankenhaus D ... verlegt (Aufnahmediagnose C21.1 - bösartige Neubildung des Analkanals), aus dem er am 05.07.2007 entlassen wurde. Im Anschluss wohnte M ... in Dresden - zunächst in einem Obdachlosenheim, erst ab 08.04.2008 in einer eigenen Wohnung - und war ab 06.07.2007 als Arbeitslosengeld II-Bezieher bei der AOK Plus gesetzlich krankenversichert.

Der beklagte Sozialhilfeträger lehnte - mit Bescheid vom 12.02.2008 die von M ... am 11.04.2007 beantragte Sozialhilfe wegen der nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) möglichen Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung und - mit Bescheid vom

14.02.2008 den Antrag des klagenden Krankenhausträgers auf Übernahme der Kosten für die Krankenhausbehandlung gemäß [§ 25](#) Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) wegen fehlender Mitwirkung von M ... bei der Beantragung vorrangiger Leistungen der Krankenkasse ab. Der Kläger legte gegen den Bescheid vom 14.02.2008 am 12.03.2008 Widerspruch ein. Auf die Mitwirkung von M ... komme es für seinen Anspruch auf Erstattung der Behandlungskosten nicht an, der nach [§§ 52, 48, 17 SGB XII](#) i.V.m. [§ 39 SGB V](#), hilfsweise nach [§§ 25, 17 SGB XII](#) gegeben sei. Nachdem die AOK Plus eine rückwirkende Pflichtversicherung von M ... nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) für die Zeit vom 04.04.2007 bis 05.07.2007 abgelehnt hatte (Bescheid vom 14.08.2008, Widerspruchsbescheid vom 26.02.2009), wies der Beklagte mit Bescheid vom 20.04.2009 den Widerspruch des Klägers gegen den Bescheid vom 14.02.2008 zurück, weil laut [§ 264 Abs. 2 SGB V](#) die Krankenbehandlung von nicht versicherten Sozialhilfeempfängern durch die Krankenkasse übernommen werde, in deren alleiniger Zuständigkeit auch die Entscheidung über die Versicherungspflicht liege.

Am 25.05.2009 hat der Kläger beim Sozialgericht Dresden (SG) Klage erhoben zunächst mit dem Begehren, den beklagten Sozialhilfeträger unter Aufhebung des Bescheides vom 14.02.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20.04.2009 zu verpflichten, die Kosten für die stationäre Behandlung von M ... in der Zeit vom 26.04.2007 bis 05.07.2007 in Höhe von 23.134,37 EUR zu übernehmen. Der vom Beklagten behauptete Vorrang der Regelungen zur Krankenbehandlung nach [§ 264 Abs. 2 SGB V](#) bestehe nicht, da M ... keine der dort genannten Sozialhilfeleistungen erhalten habe. Da M ... auch nicht in der Lage sei, die Krankenhausbehandlungskosten aus eigenen Mitteln aufzubringen, habe er – der Kläger – gegen den Beklagten einen Anspruch auf Kostenübernahme aus [§§ 48, 52, 17 SGB XII](#). Jedenfalls bestehe ein Anspruch aus [§ 25](#) i.V.m. [§ 48 SGB XII](#), da er an M ... im Rahmen eines Notfalles Leistungen der Krankenhausbehandlung erbracht habe, die bei rechtzeitigem Einsetzen der Sozialhilfe vom Beklagten zu erbringen gewesen wären.

Nachdem der Kläger ermittelt hatte, dass M ... vom 03.06.1987 bis 20.10.1987 bei einer Rechtsvorgängerin der AOK Bayern gesetzlich krankenversichert gewesen war, hat das SG diese Krankenkasse beigeladen (Beschluss vom 28.01.2010). Daraufhin hat der Kläger hilfsweise deren Verurteilung zur Zahlung der Kosten für die stationäre Behandlung von M ... in der Zeit vom 26.04.2007 bis 05.07.2007 in Höhe von 23.134,37 EUR nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit begehrt. Denn M ... habe in der streitigen Zeit die Voraussetzungen für eine Pflichtversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) bei der Beigeladenen erfüllt.

Die Beigeladene ist diesem Begehren unter Verweis auf den Leistungsausschluss nach [§ 52a SGB V](#) und § 18a ihrer Satzung sowie auf die nicht von einem Krankenhaus erstreitbare Entscheidung über den Versicherungsstatus entgegengetreten.

M. hat sich unter dem 25.06.2013 schriftlich und im Erörterungstermin vom 12.07.2013 mündlich zu seinem früheren Krankenversicherungsschutz, zu Verlauf und Behandlung seiner Krebserkrankung in Tschechien und zu den Hintergründen für die Rückkehr nach Deutschland geäußert.

Mit Urteil vom 18.10.2013 hat das SG die Beigeladene verurteilt, die dem Kläger für die stationäre Behandlung von M ... in der Zeit vom 26.04.2007 bis zum 05.07.2007 entstandenen Kosten in Höhe von 23.134,37 EUR nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz ab dem 25.05.2009 zu übernehmen, und im Übrigen die Klage abgewiesen. Der Kläger habe mit dem Hauptantrag keinen Erfolg. Einem Anspruch gegen den Beklagten auf Übernahme der Behandlungskosten aus [§ 25 SGB XII](#) stehe bereits entgegen, dass es sich nicht um einen Eilfall im Sinne dieser Vorschrift gehandelt habe. Ein solcher Anspruch scheidet aber auch wegen der vorrangigen Zuständigkeit der Beigeladenen für die Leistungserbringung aus, da M ... aufgrund der Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V](#) deren Mitglied geworden sei. Der Anspruch des Klägers gegenüber der Beigeladenen folge aus [§ 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) i.V.m. dem aus [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) folgenden Behandlungsanspruch von M ... Einer Statusentscheidung der Beigeladenen habe es nicht bedurft. Einem Anspruch von M ... auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung stehe auch nicht [§ 52a SGB V](#) bzw. § 18a der Satzung der Beigeladenen entgegen. An einer missbräuchlichen Leistungsanspruchnahme fehle es, weil M ... von Vertretern der deutschen Botschaft in Prag auf die Möglichkeit einer Behandlung seiner Krebserkrankung in Deutschland hingewiesen worden und bei seiner Einreise nach Deutschland am 04.04.2007 nicht über die zum 01.04.2007 erfolgte Einführung des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) im Bilde gewesen sei. Selbst bei – hier nicht feststellbarer – subjektiver Missbrauchsabsicht schließe [§ 52a SGB V](#) die Behandlung akuter lebensbedrohlicher Erkrankungen nicht aus. Im Verhalten von M ..., der bereits in Tschechien sein gesamtes Vermögen für die Behandlung seiner Krebserkrankung ausgegeben habe, könne eine ungerechtfertigte und daher als anstößig sowie als Verstoß gegen Treu und Glauben zu wertende Ausbeutung der Solidargemeinschaft nicht erkannt werden.

Hiergegen richtet sich die Beigeladene mit ihrer am 17.12.2013 eingelegten Berufung. Die Prüfung der Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) im Rahmen einer Krankenhausabrechnung sei rechtswidrig. Das Versicherungsverhältnis müsse vielmehr durch eine Statusentscheidung zwischen Krankenkasse und potentiell Versichertem festgestellt werden. Jedenfalls sei der Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nach [§ 52a SGB V](#) bzw. § 18a ihrer – der Beigeladenen – Satzung ausgeschlossen. [§ 52a SGB V](#) setze keine Absicht als subjektives Merkmal voraus; vielmehr genüge eine objektive Handlungstendenz. Nicht mit der Krankenversicherung in Zusammenhang stehende Gründe für die Rückkehr nach Deutschland seien den Aussagen von M ... nicht zu entnehmen. Für die vom SG vorgenommene Differenzierung nach der Art der Leistungen finde sich im Gesetzestext kein Anhaltspunkt. Sehe man aufwändige Operationen als Indiz für einen Missbrauch, so spreche das hier für einen Leistungsausschluss.

Die Beigeladene beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 18. Oktober 2013 aufzuheben und die Klage gegen die Beigeladene abzuweisen.

Der Kläger und der Beklagte beantragen, die Berufung des Beigeladenen zurückzuweisen.

Der Kläger bringt vor, einer Statusentscheidung der Beigeladenen habe es nicht bedurft, weil die Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) unmittelbar mit dem Vorliegen der Tatbestandsvoraussetzungen und unabhängig vom Willen des Versicherten oder einer Feststellung durch die Krankenkasse eintrete. Von einem die Rechtsfolgen des [§ 52a SGB V](#) auslösenden Missbrauch könne keine Rede sein. Eine Missbrauchsabsicht sei sehr wohl erforderlich, bei M ... aber nicht feststellbar. Gegen einen Leistungsausschluss zulasten von Auslandsheimkehrern deutscher Staatsangehörigkeit bestünden erhebliche verfassungsrechtliche Bedenken. Zudem wäre es widersprüchlich, an die seit 2004 von [§ 24 SGB XII](#) grundsätzlich geforderte Rückkehr von im Ausland in Not geratenen Deutschen erhebliche sozialversicherungsrechtliche Nachteile zu knüpfen.

Dem Senat haben die Verwaltungsakte des Beklagten und die Gerichtsakten beider Rechtszüge vorgelegen. Hierauf und auf die in der Gerichtsakte enthaltenen Schriftsätze der Beteiligten sowie den übrigen Akteninhalt wird zur Ergänzung des Tatbestandes Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Beigeladenen hat insoweit Erfolg, als die gegen sie gerichtete Klage derzeit unbegründet ist.

1. Streitgegenstand ist im Berufungsverfahren nicht mehr ein sozialhilferechtlicher Anspruch des klagenden Krankenhausträgers gegen den beklagten Sozialhilfeträger aufgrund der Krankenhausbehandlung von M ..., sondern nur noch der krankensicherungsrechtliche Vergütungsanspruch des Klägers wegen dieser Behandlung gegen die beigeladene Krankenkasse. Denn gegen die Abweisung seiner auf sozialhilferechtliche Ansprüche gestützten Klage gegen den Beklagten hat der Kläger keine Berufung eingelegt. Und die Beigeladene hat sich mit ihrer Berufung nur gegen ihre auf krankensicherungsrechtlicher Grundlage erfolgte Verurteilung gewandt. Daher bedarf es hier keiner Vertiefung, ob sich unmittelbare Ansprüche des Krankenhauses gegen den Sozialhilfeträger auf Vergütung der Behandlung eines Hilfebedürftigen aus [§ 48 i.V.m. § 52 Abs. 3 SGB XII](#) ableiten lassen oder ob sich solche Ansprüche nur ausnahmsweise für besondere Konstellationen, insbesondere im Rahmen der Nothilfe nach [§ 25 SGB XII](#), ergeben können (für letzteres: Schlette in: Hauck/Noftz, [§ 48 SGB XII](#) RdNr. 21 m.w.N.; dahingehend wohl auch BSG, Urteil vom 18.11.2014 - [B 8 SO 9/13 R](#) - juris RdNr. 11).

2. Das SG war nicht gehindert, die beigeladene Krankenkasse in der Sache zu verurteilen. Weil die Beigeladene als leistungsverpflichteter Versicherungsträger in Betracht kam, durfte sie nach [§ 75 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) beigeladen werden. Nach der Beiladung durfte sie auf der Grundlage von [§ 75 Abs. 5 SGG](#) verurteilt werden. Notwendig aber auch ausreichend für eine solche Verurteilung ist es, wenn zwischen zwei 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 (Düring in: Jansen, SGG, 3. Aufl., § 75 RdNr. 13; Leitherer in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 11. Aufl., § 75 RdNr. 18). Dies ist hier der Fall. Die im erstinstanzlichen Verfahren im Streit stehenden Ansprüche (sozialhilferechtlicher Kostenübernahmeanspruch insbesondere nach [§ 25 SGB XII](#) einerseits und krankensicherungsrechtlicher 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. Zudem ist der Vergütungsanspruch des Leistungserbringers vorrangig gegenüber dem Nothelferanspruch; denn [§ 25 SGB XII](#) greift nur ein, wenn keine vorrangige Leistungspflicht Dritter besteht (Landessozialgericht [LSG] Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 18.04.2011 - [L 20 SO 78/10](#) - RdNr. 58 f.). Unbeachtlich ist, dass richtige Klageart für den sozialhilferechtlichen Nothelferanspruch die kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage (vgl. BSG, Urteil vom 18.11.2014 - [B 8 SO 9/13 R](#) - juris RdNr. 10), für den krankensicherungsrechtlichen Vergütungsanspruch des Krankenhauses dagegen die echte Leistungsklage ist (siehe nur BSG, Urteil vom 17.11.2015 - [B 1 KR 20/15 R](#) - juris RdNr. 8).

3. Der Kläger hat zwar dem Grunde nach auf krankensicherungsrechtlicher Grundlage (dazu a) einen Anspruch gegen die Beigeladene auf Vergütung der vollstationären Krankenhausbehandlung von M ... in der Zeit vom 26.04.2007 bis 05.07.2007, da M ... in dieser Zeit bei der beigeladenen Krankenkasse versichert (dazu b) und sein Leistungsanspruch auch nicht ausgeschlossen war (dazu c). Die Verurteilung der Beigeladenen kann dennoch keinen Bestand haben, weil der Vergütungsanspruch des Klägers noch nicht fällig ist (dazu d). Eine endgültige Abweisung der Klage scheidet dagegen aus (dazu e).

a) Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs eines Krankenhauses gegen eine Krankenkasse für eine vollstationäre Krankenhausbehandlung war im Jahr 2007 [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. § 7 Satz 1 Nr. 1, § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG), § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), § 1 Fallpauschalenvereinbarung 2007 (FPV 2007) sowie Anlage 1 der FPV 2007 (Fallpauschalenkatalog 2007). Denn der Behandlungspflicht zugelassener Krankenhäuser nach [§ 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) steht ein Vergütungsanspruch gegenüber, dessen Höhe gemäß [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) nach Maßgabe des KHG, des KHEntG und, sofern das Krankenhaus nicht in das diagnose-orientierte (DRG-) Fallpauschalensystem einbezogen ist, der Bundespflegeverordnung (vgl. dort § 1 Abs. 1) vertraglich abschließend festgelegt wird (siehe nur BSG, Urteil vom 17.12.2009 - [B 3 KR 12/08 R](#) - juris RdNr. 8 f.; Urteil vom 16.12.2008 - [B 1 KN 3/08 KR R](#) - juris RdNr. 15; Urteil vom 16.12.2008 - [B 1 KN 1/07 KR R](#) - juris RdNr. 11). Dabei entstehen der Vergütungsanspruch des Krankenhauses und dazu korrespondierend die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird sowie erforderlich und wirtschaftlich ist; soweit allein eine vollstationäre Behandlung in Betracht kommt, müssen auch die Voraussetzungen des [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erfüllt sein (siehe nur BSG, Urteil vom 17.11.2015 - [B 1 KR 20/15 R](#) - juris RdNr. 10 m.w.N.).

Folglich setzt der krankensicherungsrechtliche Vergütungsanspruch für eine vollstationäre Krankenhausbehandlung dem Grunde nach zum einen voraus, dass der Erbringer der Leistung ein Krankenhaus ist, das zur Versorgung gesetzlich krankensicherter Patienten überhaupt zugelassen ist ([§ 108 SGB V](#)) und dessen Versorgungsauftrag gerade auch die in Rede stehende Behandlung umfasst (BSG, Urteil vom 23.06.2015 - [B 1 KR 20/14 R](#) - juris RdNr. 8). Zum anderen muss der behandelte Patient als Versicherter oder sonst Leistungsberechtigter den Versicherungsschutz der jeweiligen Krankenkasse genießen. Und schließlich muss die erbrachte vollstationäre Krankenhausbehandlung erforderlich gewesen sein ([§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)), d.h. der Patient muss einer Krankenbehandlung bedürftig haben, die nur mit den besonderen Mitteln eines Krankenhauses durchgeführt werden konnte (dazu BSG, Urteil vom 21.04.2015 - [B 1 KR 7/15 R](#) - juris RdNr. 10 m.w.N.) und bei der auch im Übrigen das Wirtschaftlichkeitsgebot ([§ 12 SGB V](#)) beachtet wurde.

Die Höhe des Vergütungsanspruchs bemisst sich im DRG-Vergütungssystem, in das die meisten Krankenhäuser einbezogen sind (vgl. § 1 Abs. 1 und 2 KHEntG), nach Fallpauschalen des nach DRG geordneten und auf Bundesebene vereinbarten Fallpauschalen-Katalogs (§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntG i.V.m. § 17b KHG). Dabei erfolgt die Zuordnung eines bestimmten Behandlungsfalls zu einer der DRG-Fallpauschalen in zwei Schritten: Zunächst werden die Diagnosen nach der Internationalen Klassifikation für Krankheiten (ICD) und die medizinischen Prozeduren nach dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) kodiert. Sodann werden in einem zweiten Schritt anhand dieser Codes sowie zusätzlicher fallbezogener Variablen mithilfe eines zertifizierten Software-Programms (Groupers) die DRG-Fallpauschale sowie die dafür zu zahlende Vergütung errechnet (näher dazu BSG, Urteil vom 08.11.2011 - [B 1 KR 8/11 R](#) - juris RdNr. 19 ff.). Dabei sind bei Berechnungsergebnissen, die keinem Streit zwischen Beteiligten mit insoweit besonderer professioneller Kompetenz ausgesetzt sind, Ermittlungen des Gerichts entbehrlich (BSG, Urteil vom 21.04.2015 - [B 1 KR 9/15 R](#) - juris RdNr. 29).

Im vorliegenden Fall waren die Voraussetzungen für einen krankenversicherungsrechtlichen Vergütungsanspruch gegen die beigeladene Krankenkasse nicht nur hinsichtlich des Krankenhauses des Klägers erfüllt, das infolge seiner Aufnahme in den Krankenhausplan des Freistaates Sachsen zugelassen war (§ 108 Nr. 2, § 109 Abs. 1 Satz 2 SGB V) und im Rahmen des dadurch begründeten Versorgungsauftrags (§ 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V) sich die durchgeführte vollstationäre Krankenhausbehandlung auch bewegte. Ebenso steht fest, dass die Krankenbehandlung (Strahlentherapie bei Analkarzinom) im Falle von M ... der besonderen Mittel des Krankenhauses bedurfte und nur vollstationär erbracht werden konnte; insbesondere war dessen vollstationäre Krankenhausaufnahme nicht allein dem Umstand geschuldet, dass M ... zum damaligen Zeitpunkt noch über keine Wohnung in Deutschland verfügte (dazu dass eine unzureichende soziale Eingliederung die vollstationäre Durchführung einer Krankenbehandlung nicht rechtfertigt: BSG, Beschluss vom 25.09.2007 - [GS 1/06](#) - juris RdNr. 19), woran sich bei seiner Krankenhausentlassung nichts geändert hatte, die folglich in ein Obdachlosenheim erfolgte. Die Voraussetzungen für den Vergütungsanspruch lagen aber auch in der Person von M ... vor: Dieser war bei der beigeladenen Krankenkasse versichert (dazu b) und genoss für die durchgeführte Behandlung deren Versicherungsschutz (dazu c).

b) M ... war in der streitigen Zeit (26.04.2007 bis 05.07.2007) nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13](#), [§ 174 Abs. 5 SGB V](#) bei der beigeladenen Krankenkasse gesetzlich krankenversichert.

Da der Vergütungsanspruch des Krankenhauses und dazu korrespondierend die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse unmittelbar mit Inanspruchnahme der Krankenhausbehandlung durch den Versicherten entsteht (siehe nur BSG, Urteil vom 17.11.2015 - 17.11.2015 - [B 1 KR 18/15 R](#) - juris RdNr. 9; Urteil vom 23.06.2015 - [B 1 KR 20/14 R](#) - juris RdNr. 9; Urteil vom 14.10.2014 - [B 1 KR 18/13 R](#) - juris RdNr. 11), ist im Vergütungsrechtsstreit der Versicherungsschutz des behandelten Patienten inzident zu prüfen (vgl. BSG, Urteil vom 14.10.2014 - [B 1 KR 18/13 R](#) - juris RdNr. 10 ff.; Urteil vom 12.06.2008 - [B 3 KR 19/07 R](#) - juris RdNr. 19; Urteil vom 12.11.2003 - [B 3 KR 1/03 R](#) - juris RdNr. 14). Die gegenteilige Auffassung der Beigeladenen, wonach die Prüfung der Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) im Rahmen eines Vergütungsrechtsstreits rechtswidrig sei, das Versicherungsverhältnis vielmehr zunächst durch eine Statusentscheidung der Krankenkasse gegenüber dem potentiell Versicherte geklärt werden müsse, entbehrt jeglicher Grundlage. Die Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) entsteht unabhängig von einem Beitritt oder einer Anzeige kraft Gesetzes (BSG, Urteil vom 12.01.2011 - [B 12 KR 11/09 R](#) - juris RdNr. 10; Urteil vom 06.10.2010 - [B 12 KR 25/09 R](#) - juris RdNr. 23; Urteil vom 27.01.2010 - [B 12 KR 2/09 R](#) - juris RdNr. 13). Da die Versicherungspflicht kraft Gesetzes eintritt, hängt sie auch nicht von einer Entscheidung der Krankenkasse ab, was diese allerdings nicht daran hindert, eine dadurch bei ihr begründete Mitgliedschaft festzustellen (vgl. BSG, Urteil vom 03.07.2013 - [B 12 KR 2/11 R](#) - juris RdNr. 12). Von einer (positiven) Statusentscheidung der Krankenkasse hängt auch nicht der Vergütungsanspruch des Krankenhauses ab. Andernfalls müsste entgegen der Rechtsprechung des BSG (siehe nur Urteil vom 20.11.2008 - [B 3 KN 4/08 KR R](#) - juris RdNr. 13; Urteil vom 12.06.2008 - [B 3 KR 19/07 R](#) - juris RdNr. 21; Urteil vom 28.09.2006 - [B 3 KR 23/05 R](#) - juris RdNr. 12) die Kostenzusage der Krankenkasse doch eine konstitutive Bedeutung haben. Als Instrument zur frühzeitigen Klärung der Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse erfasst die Kostenzusage vor allem die Versicherteneigenschaft des Patienten und kann insoweit sogar eine ersetzende Wirkung haben, als sie eine Zahlungsverpflichtung für Nichtversicherte begründet; der Versicherungsschutz des Patienten ist aber nicht zwingend von der Krankenkasse vorab zu klären (BSG, Urteil vom 12.11.2003 - [B 3 KR 1/03 R](#) - juris RdNr. 16).

Entgegen der Beigeladenen folgt nichts anderes aus der Rechtsprechung, wonach dem Sozialhilfeträger die Befugnis fehlt, den versicherungsrechtlichen Status eines von ihm Unterstützten feststellen zu lassen (BSG, Urteil vom 17.06.1999 - [B 12 KR 11/99 R](#) - juris RdNr. 15). Denn zum einen sind hier zwischen klagendem Krankenhaus und beigeladener Krankenkasse schon keine sozialhilferechtlichen Befugnisse, sondern krankenversicherungsrechtliche Ansprüche im Streit. Und zum anderen geht es, selbst wenn diese zu der Vorgängervorschrift von [§ 95 SGB XII](#) ergangenen Rechtsprechung auf andere Rechtsbeziehungen übertragen würde, hier dem Kläger nicht um die verbindliche Klärung des Versicherungsstatus von M ... durch feststellenden Verwaltungsakt der Krankenkasse oder auf Anfechtungs- und Feststellungsklage durch das Gericht. Eine inzidente Prüfung der Versicherung, wie sie hier im Streit steht, ist aber selbst dem Sozialhilfeträger im Rahmen des [§ 95 SGB XII](#) nicht verwehrt. Denn dieser kann nach [§ 95 SGB XII](#) zwar eine Statusentscheidung der Krankenkasse nicht erstreiten, Leistungsansprüche gegen die Krankenkasse jedoch geltend machen, wobei innerhalb des verfolgten Anspruchs auch über das Bestehen der Versicherung als Vorfrage zu entscheiden ist (BSG, Urteil vom 17.06.1999 - [B 12 KR 11/99 R](#) - juris RdNr. 18; Armbruster in: jurisPK-SGB XII, 2. Aufl., § 95 RdNr. 84). Eine inzidente Prüfung des Krankenversicherungsschutzes ist im Übrigen auch im Rahmen des sozialhilferechtlichen Nothelferanspruchs ([§ 25 SGB XII](#)) nicht nur zulässig, sondern sogar geboten (vgl. BSG, Urteil vom 18.11.2014 - [B 8 SO 9/13 R](#) - juris RdNr. 20 ff.).

M. war ab seiner Rückkehr nach Deutschland am 04.04.2007 bis zu seiner Entlassung aus dem Krankenhaus des Klägers am 05.07.2007 gemäß [§ 5 Abs. 1 Nr. 13](#), [§ 174 Abs. 5](#), [§ 186 Abs. 11 Satz 1](#), [§ 190 Abs. 13 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) pflichtversichertes Mitglied der beigeladenen Krankenkasse. Nach der zum 01.04.2007 eingeführten Bestimmung des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) sind in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig 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, dass sie zu den in [§ 5 Abs. 5](#) oder [§ 6 Abs. 1](#) oder 2 SGB V genannten Personen gehören oder bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit gehört hätten. Nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) muss also neben der fehlenden Absicherung im Krankheitsfall (Halbs. 1) alternativ eine der in Halbs. 2 Buchst. a oder b genannten Voraussetzungen erfüllt sein.

M. hatte in der streitigen Zeit keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall. Hinsichtlich der allein in Betracht kommenden Leistungen der Sozialhilfe bestimmt [§ 5 Abs. 8a SGB V](#), dass nur bei Empfängern laufender Leistungen nach dem 3., 4., 6. und 7. Kapitel des SGB XII die Auffangversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) ausscheidet; Hilfe zur Gesundheit nach dem 5. Kapitel des SGB XII stellt dagegen nach [§ 5 Abs. 8a SGB V](#) für sich allein keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall dar (BSG, Urteil vom 27.01.2010 - [B 12 KR 2/09 R](#) - juris RdNr. 16; Urteil vom 06.10.2010 - [B 12 KR 25/09 R](#) - juris RdNr. 13 ff.; Urteil vom 21.12.2011 - [B 12 KR 13/10 R](#) - juris RdNr. 12 ff.; Urteil vom 20.03.2013 - [B 12 KR 8/10 R](#) - juris RdNr. 17; Urteil vom 03.07.2013 - [B 12 KR 2/11 R](#) - juris RdNr. 16). Das (negative) Tatbestandsmerkmal "kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall" des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) wird in [§ 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V](#) durch den fehlenden Empfang bestimmter laufender Sozialhilfeleistungen konkretisiert. Es reicht daher nicht, dass ein Anspruch auf diese Sozialhilfeleistungen bestand, vielmehr ist auch deren Empfang erforderlich, was deren Zuerkennung durch Verwaltungsakt voraussetzt (BSG, Urteil vom 06.10.2010 - [B 12 KR 25/09 R](#) - juris RdNr. 17 ff.). In diesem Sinne empfing M ... laufende Leistungen nach dem 3. Kapitel (Hilfe zum Lebensunterhalt), 4. Kapitel (Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung), 6. Kapitel (Eingliederungshilfe) oder 7. Kapitel (Hilfe zur Pflege) des SGB XII in der streitigen Zeit nicht. Über eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall verfügte er auch nicht infolge seines vorhergehenden Aufenthalts in Tschechien. Zwar zählen zu Ansprüchen auf Absicherung im Krankheitsfall grundsätzlich

auch Leistungsansprüche gegen ausländische Krankenversicherungen (BSG, Urteil vom 20.03.2013 - [B 12 KR 14/11 R](#) - juris RdNr. 13 ff.). Doch war M ... während seines bis 03.04.2007 dauernden Aufenthalts in Tschechien dort nicht krankenversichert, sondern hatte seine Krebserkrankung auf eigene Kosten behandeln lassen. Eine anderweitige Absicherung als Arbeitslosengeld II-Bezieher entstand erst am 06.07.2007. Denn die Krankenversicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V](#) besteht nur für die tatsächliche Bezugsdauer von Arbeitslosengeld II; auf das Bestehen eines Rechtsanspruchs auf diese Grundsicherungsleistung kommt es nicht an (Baier in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung, [§ 5 SGB V](#) RdNr. 18).

Von [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) erfasst werden die nicht geschützten Personen dann, wenn sie zuletzt gesetzlich krankenversichert (Buchst. a) oder bisher weder gesetzlich noch privat krankenversichert waren (Buchst. b). Bei M ... war ersteres der Fall. Nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V](#) ist das letzte Versicherungsverhältnis zur gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung maßgeblich. Dieses bestand nicht nur dann "zuletzt" zur gesetzlichen Krankenversicherung, wenn es "unmittelbar" vorausging, sondern auch dann, wenn zwischenzeitlich zwar keine private Krankenversicherung, aber eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall bestanden hat (Peters in: Kasseler Kommentar, [§ 5 SGB V](#) RdNr. 172; vgl. BSG, Urteil vom 12.01.2011 - [B 12 KR 11/09 R](#) - juris RdNr. 14 ff.; Urteil vom 21.12.2011 - [B 12 KR 13/10 R](#) - juris RdNr. 16 ff.). Ohne Bedeutung ist wie lange die gesetzliche Krankenversicherung zurückliegt, wie lange sie bestand und aus welchem Grund sie beendet wurde; Versicherungspflicht besteht auch dann, wenn die Person in der Zeit ohne Absicherung im Krankheitsfall nicht zu dem Personenkreis gehörte, der seinem Status nach der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen ist (Baier in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung, [§ 5 SGB V](#) RdNr. 80). Dagegen setzt [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. b SGB V](#) voraus, dass die Person "bisher zu keinem Zeitpunkt" gesetzlich oder privat krankenversichert gewesen war; ist dies der Fall, erfasst die Auffangversicherung nur diejenigen Personen, die ihrem Status nach der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen sind ([BT-Drucks. 16/3100, S. 94](#)). Hier ist [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. b SGB V](#) nicht einschlägig, da M ... zu einem früheren Zeitpunkt gesetzlich krankenversichert war, nämlich zuletzt vom 03.06.1987 bis 20.10.1987 aufgrund einer Beschäftigung bei einer Rechtsvorgängerin der beigeladenen Krankenkasse. Der Umstand, dass er danach als freiberuflich Tätiger zu den Personen gehörte, die ihrem beruflichen Status nach nicht der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen sind (vgl. [§ 5 Abs. 5 SGB V](#)), ist im Rahmen des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V](#) irrelevant. Entscheidend ist allein, ob die letzte Krankenversicherung vor der Zeit ohne Absicherung im Krankheitsfall bei der gesetzlichen oder bei der privaten Krankenversicherung bestand. Bei M ... war ersteres der Fall. Denn seine letzte Krankenversicherung bestand bis 20.10.1987 bei einer gesetzlichen Krankenkasse. Danach war er, insbesondere während seines Aufenthalts in Tschechien, ohne Krankenversicherung.

Die Mitgliedschaft von M ... bei der Beigeladenen als Rechtsnachfolgerin der Krankenkasse, bei der er zuletzt gesetzlich versichert war ([§ 174 Abs. 5 SGB V](#)), hatte mit dem ersten Tag ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall im Inland begonnen ([§ 186 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)), mithin am 04.04.2007. Sie dauerte bis zum 05.07.2007, denn Beendigungstatbestände im Sinne des [§ 190 Abs. 13 SGB V](#) sind bis zu diesem Zeitpunkt nicht eingetreten. Erst ab dem 06.07.2007 war M ... gemäß [§ 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V](#) bei einer anderen Krankenkasse, nämlich der AOK Plus, versichert.

c) M ... genoss den Versicherungsschutz der beigeladenen Krankenkasse auch für die streitige Krankenhausbehandlung. Dem steht [§ 52a SGB V](#) nicht entgegen. Nach dieser zeitgleich mit der Auffangversicherung eingeführten Vorschrift besteht auf Leistungen kein Anspruch, wenn sich Personen nach Deutschland begeben, um in oder aufgrund einer Versicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen. Auf die Prüfung kann nach [§ 18a Abs. 1 Satz 2](#) der Satzung der Beigeladenen verzichtet werden, wenn zwischen dem Eintritt der Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) und dem Tag der Inanspruchnahme der Leistung ein Zeitraum von mindestens sechs Monaten liegt.

Zu einem Leistungsausschluss führt es nach [§ 52a Satz 1 SGB V](#), wenn durch die Einreise nach Deutschland die Voraussetzungen für den Versicherungsschutz nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) herbeigeführt werden, um diesen Versicherungsschutz missbräuchlich in Anspruch zu nehmen. Obwohl der Normtext ("begeben, um zu ") zunächst einmal lediglich eine objektive Handlungstendenz umschreibt (Sonnhoff in: Hauck/Noftz, [§ 52a SGB V](#), RdNr. 9), wird ganz überwiegend ein Handeln in subjektiver Missbrauchsabsicht für erforderlich gehalten (Höfler in: Kasseler Kommentar, [§ 52a SGB V](#), RdNr. 6; Krauskopf in: ders., Soziale Krankenversicherung, [§ 52a SGB V](#) RdNr. 7; Sonnhoff in: Hauck/Noftz, [§ 52a SGB V](#), RdNr. 9; Reyels in: jurisPK-SGB V, 3. Aufl., [§ 52a](#) RdNr. 10; Lang in: Becker/Kingreen, SGB V, 4. Aufl., [§ 52a](#) RdNr. 2; Padé in: Eichenhofer/Wenner, SGB V, 2. Aufl., [§ 52](#) RdNr. 27; Linke, NZS 2008, 342, 344). Dem ist insoweit zu folgen, als auch sonst im Sozialrecht Rechtsmissbrauch als vorwerfbares Fehlverhalten eine objektive - den Missbrauchstatbestand - und eine subjektive Komponente - das Verschulden - beinhaltet (vgl. BSG, Urteil vom 17.06.2008 - B 8/9b AY 1/07 R - juris RdNr. 32).

Missbrauchsabsicht soll nach vorherrschender Auffassung dann vorliegen, wenn Hauptziel des Zuzugs die Inanspruchnahme von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung gewesen sei (Sonnhoff in: Hauck/Noftz, [§ 52a SGB V](#), RdNr. 9; Krauskopf in: ders., Soziale Krankenversicherung, [§ 52a SGB V](#) RdNr. 8 f.; Höfler in: Kasseler Kommentar, [§ 52a SGB V](#), RdNr. 6; Reyels in: jurisPK-SGB V, 3. Aufl., [§ 52a](#) RdNr. 10). Dem wird entgegengehalten, dass es schon nach dem Wortlaut des [§ 52a SGB V](#) nicht darauf ankomme, ob sich der Versicherte mit Recht oder sonstigen guten Gründen in das Inland begeben habe, sondern darauf, ob die Inanspruchnahme von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sachlich hinreichend gerechtfertigt erscheine. Deshalb reiche für einen Leistungsausschluss das sichere Wissen, nach einer Rückkehr nach Deutschland Behandlungsleistungen in Anspruch nehmen zu müssen, nicht aus (LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 24.07.2015 - [L 1 KR 246/12](#) - juris RdNr. 21 ff.). Das trifft im Ausgangspunkt zu. Der Grund für die Einreise ist allerdings nicht völlig irrelevant. Denn kann der Betroffene für die Entscheidung, seinen Wohnsitz oder ständigen Aufenthalt in Deutschland (wieder) zu begründen, plausible Gründe anführen, die weder mit der Krankenversicherungspflicht noch mit einer nachfolgenden Leistungsanspruchnahme im Zusammenhang stehen, wird Missbräuchlichkeit zu verneinen sein (Linke, NZS 2008, 342, 345). Der Umkehrschluss ist jedoch nicht zwingend. War die Erlangung von Versicherungsschutz Hauptziel des Zuzugs, ist dies zwar notwendige, nicht aber hinreichende Voraussetzung für die Annahme von Missbräuchlichkeit.

So wie der Rechtsmissbrauch ein unredliches, von der Rechtsordnung missbilligtes Verhalten voraussetzt, erfordert auch die Annahme von Missbräuchlichkeit in [§ 52a Satz 1 SGB V](#) ein Unwerturteil über das Verhalten des Versicherten. Bei der gebotenen einzelfallbezogenen Beurteilung sind neben dem Schutzzweck des [§ 52a SGB V](#) auch andere gesetzliche und verfassungsrechtliche Wertungen zu berücksichtigen. Zweck des [§ 52a SGB V](#) ist die Verhinderung unzumutbarer Belastungen der Versichertengemeinschaft durch einen unsolidarischen "Sozialleistungstourismus" (Reyels in: jurisPK-SGB V, 3. Aufl., [§ 52a](#) RdNr. 8). Wie den Gesetzesmaterialien ([BT-Drucks. 16/3100, S. 108](#)) zu entnehmen ist, dient [§ 52a SGB V](#) der Abwehr von Belastungen der Solidargemeinschaft der Versicherten durch Personen, die durch die Einreise nach Deutschland die Voraussetzungen für den Versicherungsschutz nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#)

herbeiführen. Allerdings soll bei ihnen nicht jegliche Belastung der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen werden. Denn die Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände soll vom Leistungsausschluss nicht betroffen sein. Als abzuwehrende Belastung stand dem Gesetzgeber der Fall vor Augen, dass ein Patient sich erstmals zu einer aufwändigen Krankenbehandlung ins Inland begibt und dieses nach Abschluss der Behandlung wieder verlässt. Missbräuchlich kann ein Leistungsbezug somit 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 kann (Höfler in: Kasseler Kommentar, § 52a SGB V RdNr. 7). Bei diesem (Un-)Werturteil sind verfassungsrechtliche Wertungen zu beachten: Auch wenn der Gesetzgeber von Verfassungs wegen nicht verpflichtet war, für alle Einwohner Deutschlands eine Auffangversicherung einzuführen, hat er sich doch bei deren Ausgestaltung an der objektiv-rechtlichen Pflicht des Staates zu orientieren, sich schützend und fördernd vor die Rechtsgüter des [Art. 2 Abs. 2 Satz 1](#) Grundgesetz (GG) zu stellen (vgl. BVerfG, Beschluss vom 06.12.2005 - [1 BvR 347/98](#) - juris RdNr. 55). Mit dieser Schutzpflicht mag es zwar vereinbar sein, Personen, die sich allein zur Leistungsanspruchnahme nach Deutschland begeben, den vollen Versicherungsschutz der gesetzlichen Krankenversicherung zu versagen, nicht aber die Behandlung lebensbedrohlicher oder regelmäßig tödlicher Erkrankungen. Mehr noch: [§ 16 Abs. 3a Satz 2 SGB V](#) spricht dafür, solchen Personen auch die Behandlung anderer akuter Erkrankungen und Schmerzzustände nicht vorzuenthalten, da nach dieser Vorschrift eine solche Behandlung Versicherten selbst bei Beitragsrückständen nicht verwehrt werden kann (vgl. Padé in: Eichenhofer/Wenner, SGB V, § 52a RdNr. 27). Ebenso wenig kann die Wertung des [§ 24 Abs. 1 SGB XII](#) unberücksichtigt bleiben, wonach Sozialhilfeleistungen für Deutsche im Ausland grundsätzlich ausgeschlossen sind (Satz 1) und eine Abweichung hiervon nur in eng begrenzten Fällen möglich ist (Satz 2). Erwartet das Gesetz somit von Deutschen bei Eintritt von Bedürftigkeit im Ausland grundsätzlich die Rückkehr nach Deutschland (Coseriu in: jurisPK-SGB XII, 2. Aufl., § 24 RdNr. 12), wäre es widersprüchlich, wenn ihnen dort die notwendige Hilfe versagt würde. In der Regel werden mittellose Heimkehrer in Deutschland existenzsichernde Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch oder dem SGB XII beziehen und deswegen entweder nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V oder über [§ 264 Abs. 2 SGB V](#) den vollen Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch nehmen können, ohne dass es auf die Beweggründe ihrer Rückkehr ankäme. Nur in Ausnahmesituationen werden im Ausland in Not geratene Deutsche nach ihrer Rückkehr Hilfe bei Krankheit allein über die Auffangversicherung gemäß [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) erlangen können. Deren Inanspruchnahme wird vor dem Hintergrund des [§ 24 Abs. 1 SGB XII](#) selbst dann kaum als missbräuchlich im Sinne des [§ 52a Satz 1 SGB V](#) angesehen werden können, wenn der Behandlungsbedarf bereits bei der Einreise nach Deutschland bestanden hat.

Im vorliegenden Fall war Hauptziel der Rückkehr von M ... nach Deutschland, dort seine Krebserkrankung medizinisch behandeln zu lassen. Für sich allein vermag dies einen Leistungsausschluss nach [§ 52a SGB V](#) nicht zu begründen; denn danach muss der Zuzug auch dazu dienen, eine solche Behandlung als Leistung einer gesetzlichen Krankenkasse in oder aufgrund einer Versicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) in Anspruch zu nehmen. Dass M ... dies beabsichtigt hatte, lässt sich nicht feststellen. Sicher wird ihm bewusst gewesen sein, dass angesichts seiner Mittellosigkeit irgendein Sozialleistungsträger die Kosten der von ihm angestrebten medizinischen Behandlung tragen müssen. Dass dies aufgrund der Auffangversicherung eine gesetzliche Krankenkasse sein musste, lässt sich aber nicht nachweisen. Denn bei seiner Einreise nach Deutschland am 04.04.2007 war er über die zum 01.04.2007 erfolgte Einführung des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) nicht im Bilde. Stattdessen kann er davon ausgegangen gewesen sein, dass aufgrund seiner Mittellosigkeit der Sozialhilfeträger die Kosten einer in Deutschland durchgeführten Therapie übernehmen wird. Eine Absicht, den Schutz der Auffangversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) missbräuchlich in Anspruch zu nehmen, lässt sich daher nicht feststellen.

Selbst wenn [§ 52a SGB V](#) keine Absicht erforderte, sondern ein geringerer Verschuldensgrad genügte, ließe sich M ... nicht der Vorwurf missbräuchlichen Verhaltens machen. Denn bei dem Enddarmkrebs, unter dem M ... bei seiner Einreise nach Deutschland litt, handelte es sich um eine lebensbedrohliche Erkrankung mit akutem Behandlungsbedarf. Dabei kommt es nicht darauf an, ob die Erkrankung einen Schweregrad besaß, der eine grundrechtsorientierte Erweiterung des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung erlaubt hätte (näher dazu BSG, Urteil vom 15.12.2015 - [B 1 KR 30/15 R](#) - juris RdNr. 59; Urteil vom 16.12.2008 - [B 1 KN 3/07 KR R](#) - juris RdNr. 32; Urteil vom 27.03.2007 - [B 1 KR 17/06 R](#) - juris RdNr. 23; Urteil vom 04.04.2006 - [B 1 KR 7/05 R](#) - juris RdNr. 30). Denn darum geht es hier nicht. Ein nach [§ 52a SGB V](#) zum Ausschluss des Versicherungsschutzes führender Missbrauchsvorwurf wird mit Blick auf die Schutzpflicht aus [Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG](#) und die Wertung in [§ 16 Abs. 3a Satz 2 SGB V](#) auch bei anderen schwerwiegenden, akut behandlungsbedürftigen Erkrankungen nicht gemacht werden können. Die Inanspruchnahme der hier in Rede stehenden Leistung (vollstationäre Strahlentherapie bei bösartiger Neubildung des Analkanals) stellt sich ebenso wenig aufgrund ihres Kostenaufwandes (23.134,37 EUR) als missbräuchlich dar. Ein hoher Kostenaufwand der Leistung mag bei Krankheiten mit geringem Schweregrad und nur vorübergehendem Inlandsaufenthalt für ein Missbräuchlichkeit sprechen. Hier aber litt M ... an einer schwerwiegenden Erkrankung, die ohne Behandlung zum Tode führt. Und obwohl sich M ... nach seiner Einreise in Deutschland zunächst noch mit dem Gedanken getragen hatte, später einmal nach Tschechien wieder zurückzukehren, handelte es sich dabei doch um kein konkretes Vorhaben; über eine Wohnung verfügte er dort bei seinem Wegzug nach Deutschland nicht (mehr). M ... verfolgte nicht das Ziel, sich nicht unter Schonung seiner Finanzmittel eine kostengünstige Krankenbehandlung in Deutschland verschaffen, sondern befand sich in einer gesundheitlich wie finanziell existentiellen Notlage. Für die Behandlung seiner Krebserkrankung hatte er in Tschechien sein gesamtes Vermögen ausgegeben. Erwartet das Gesetz in [§ 24 Abs. 1 SGB XII](#) von einem im Ausland in Not geratenen Deutschen - wie M ... - vor einer Hilfeleistung die Rückkehr nach Deutschland, so kann ihm die Rückkehr auch nicht im Rahmen des [§ 52a SGB V](#) zum Vorwurf gemacht werden. Vielmehr kann eine missbräuchliche Inanspruchnahme des Versicherungsschutzes nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) nicht darin erblickt werden, dass ein mittelloser Deutscher mit einer schwerwiegenden, akut behandlungsbedürftigen Erkrankung - wie M ... - nach Deutschland zieht, um diese Erkrankung dort behandeln zu lassen.

d) Ob der Vergütungsanspruch auch in der geltend gemachten Höhe begründet ist, kann offen bleiben. Zwar sind bei Berechnungsergebnissen, die keinem Streit zwischen Beteiligten mit insoweit besonderer professioneller Kompetenz ausgesetzt sind, weitere Ermittlungen des Gerichts entbehrlich (BSG, Urteil vom 21.04.2015 - [B 1 KR 9/15 R](#) - juris RdNr. 29). Doch ist hier der beigelegenen Krankenkasse keine Rechnung über die streitige Krankenhausbehandlung erteilt worden, weshalb der Vergütungsanspruch des klagenden Krankenhauses noch nicht fällig geworden und folglich die Klage derzeit unbegründet ist.

Auch wenn der Vergütungsanspruch des Krankenhauses unmittelbar mit Inanspruchnahme der Krankenhausbehandlung durch den Versicherten entsteht (siehe nur BSG, Urteil vom 17.11.2015 - [B 1 KR 18/15 R](#) - juris RdNr. 9; Urteil vom 23.06.2015 - [B 1 KR 20/14 R](#) - juris RdNr. 9; Urteil vom 14.10.2014 - [B 1 KR 18/13 R](#) - juris RdNr. 11), wird er doch erst mit der formal ordnungsgemäßen Abrechnung durch das Krankenhaus fällig (BSG, Urteil vom 21.04.2015 - [B 1 KR 10/15 R](#) - juris RdNr. 10; Urteil vom 17.09.2013 - [B 1 KR 51/12 R](#) - juris RdNr. 26; Urteil vom 21.03.2013 - [B 3 KR 28/12 R](#) - juris RdNr. 13; Urteil vom 13.11.2012 - [B 1 KR 14/12 R](#) - juris RdNr. 31; Urteil vom 16.05.2012 - [B 3](#)

[KR 14/11 R](#) - juris RdNr. 32; Urteil vom 28.05.2003 - [B 3 KR 10/02 R](#) - juris RdNr. 19). Wie im Zivilrecht wird auch im Sozialrecht zwischen Entstehung und Fälligkeit eines Anspruchs unterschieden (vgl. [§§ 40 f.](#) Sozialgesetzbuch Erstes Buch [SGB I]): Fällig ist ein bereits entstandener Anspruch erst in dem Zeitpunkt, in dem die Befriedigung des Anspruchs auch verlangt werden kann. Erfüllbar ist eine Forderung zwar – wie im Zivilrecht ([§ 271 Abs. 2](#) Bürgerliches Gesetzbuch [BGB]) – im Zweifel schon vor der Fälligkeit; ihre Erfüllung kann aber erst ab der Fälligkeit verlangt und im Streitfall gerichtlich durchgesetzt werden.

Grundvoraussetzung für die Fälligkeit des krankenversicherungsrechtlichen Vergütungsanspruchs eines Krankenhauses ist eine Abrechnung, d.h. eine gegliederte Aufstellung über die Forderung des Krankenhausesentgelts, die formal ordnungsgemäß ist. Eine formal ordnungsgemäße Abrechnung setzt eine ordnungsgemäße Information der Krankenkasse über die vom Krankenhaus abgerechnete Behandlung nach Maßgabe seiner Informationsobliegenheiten und -pflichten, insbesondere aus [§ 301 SGB V](#) sowie ggf. ergänzenden landesvertraglichen Bestimmungen, voraus (BSG, Urteil vom 21.04.2015 - [B 1 KR 10/15 R](#) - juris RdNr. 10 m.w.N.). Genügt das Krankenhaus mit der Abrechnung seinen Informationsobliegenheiten und -pflichten, setzt die Fälligkeit der Entgeltforderung weiterhin den Zugang der Abrechnung beim Schuldner voraus. Dies ist nicht der versicherte Patient, den das Krankenhaus behandelt hat, sondern aufgrund des in der gesetzlichen Krankenversicherung geltenden Naturalleistungsprinzips die Krankenkasse, bei der der Patient versichert ist (näher dazu Wahl in: jurisPK-SGB V, 3. Aufl. § 109 RdNr. 133 ff.; siehe auch BSG, Urteil vom 17.12.2013 - [B 1 KR 52/12 R](#) - juris RdNr. 8; Urteil vom 28.02.2007 - [B 3 KR 12/06 R](#) - juris RdNr. 15). Die Rechnung ist vom Krankenhaus der Krankenkasse erteilt, wenn sie vom Krankenhaus an die Krankenkasse gerichtet und ihr zugegangen ist, also auf Tätigwerden des Krankenhauses an die Krankenkasse gelangt ist.

Das klagende Krankenhaus hat der beigeladenen Krankenkasse (noch) keine Rechnung über die streitige Krankenhausbehandlung erteilt. Wie die vom Kläger im erstinstanzlichen Verfahren vorgelegte Rechenkopie zeigt, hat sie die streitige Krankenhausbehandlung allein gegenüber M ... abgerechnet. Es bedarf keiner weiteren Vertiefung, ob für den Zugang einer Rechnung deren Vorlage durch den (klagenden) Gläubiger bei Gericht zusammen mit der Möglichkeit ihrer Kenntnisnahme durch den (beklagten) Schuldner genügt. Denn die vom Kläger vorgelegte Abrechnung richtet sich nicht an die beigeladene Krankenkasse, sondern an eine andere Person – den Patienten (M.) – und vermag daher von vornherein nicht die Fälligkeit ihres Vergütungsanspruchs gegenüber der Beigeladenen herbeizuführen. Auf das Fehlen einer Abrechnung gegenüber der Beigeladenen sind die Beteiligten vom Senat vor der mündlichen Verhandlung aufmerksam gemacht worden. Der Kläger hat daraufhin bestätigt, dass eine Rechnungslegung gegenüber der Beigeladenen bislang noch nicht erfolgt ist und diese bis zum Schluss der mündlichen Verhandlung auch nicht nachgeholt.

Stattdessen hat der Kläger eingewandt, um eine Rechnungslegung vornehmen zu können, bedürfe es (nach [§ 301 SGB V](#) i.V.m. der Datenübermittlungsvereinbarung) mindestens der Versichertennummer des Patienten. Die Beigeladene bestreite jedoch noch immer, dass M ... (nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#)) bei ihr versichert gewesen sei und habe daher auch keine Versichertennummer mitgeteilt. Folglich sei es ihm – dem Kläger – gar nicht möglich gewesen, eine den gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen entsprechende Rechnungslegung vorzunehmen. Dieser Einwand greift nicht durch. Denn an der Erfüllung ihrer Informationspflichten nach [§ 301 Abs. 1 SGB V](#) sind die Krankenhäuser nicht durch die Datenübermittlungsvorschriften gehindert; soweit die Pflichten nicht im Wege des Datenträgeraustausches erfüllt werden können, haben vielmehr die erforderlichen Angaben in entsprechender Anwendung des [§ 301 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) in nicht maschinenlesbarer Form zu erfolgen (Hessisches LSG, Urteil vom 22.05.2014 - [L 8 KR 216/13](#) - juris RdNr. 22). Auch wenn die Übermittlung des Datensatzes nach [§ 301 SGB V](#) die hier wegen der Weigerung der Beigeladenen nicht mögliche Angabe der Versichertennummer voraussetzt ([§ 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1](#) i.V.m. [§ 291 Abs. 2 Nr. 6 SGB V](#)) und ohne diese Angabe eine Rechnungslegung im Datenträgeraustausch nicht möglich ist, ist es doch möglich und zumutbar, die Abrechnung in nicht maschinenlesbarer Form vorzunehmen. Dass derlei tatsächlich nicht ausgeschlossen ist, zeigt die an M ... gerichtete schriftliche Abrechnung des Klägers. Aus der aufgrund des Verhaltens der Beigeladenen nicht möglichen Angabe der Versicherungsnummer kann der Kläger dagegen nicht herleiten, so gestellt zu werden, als ob sein Vergütungsanspruch gegen die Beigeladene ohne Rechnungslegung fällig geworden wäre. Dies ergibt sich auch nicht aus [§ 13 Abs. 1](#) der im Freistaat Sachsen geltenden Vereinbarung zu den allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung gemäß [§ 112 Abs. 2 Nr. 1](#) und 2 SGB V. Während nach Satz 1 dieser Vorschrift die Krankenkasse die Schlussrechnung innerhalb von 18 Tagen zu bezahlen hat, wenn Schlussrechnung und fristgerechte Entlassungsanzeige vollständig und fehlerfrei gemäß der Datenübermittlungsvereinbarung nach [§ 301 SGB V](#) bei der Krankenkasse oder deren zentraler Datenannahmestelle eingegangen sind, bestimmt Satz 2, dass dies auch gilt, sofern die Krankenkasse die Nichtannahme der Daten zu vertreten hat. Damit wird nicht auf die Rechnungslegung als Fälligkeitsvoraussetzung verzichtet, sondern nur klargestellt, dass diese nicht an von der Krankenkasse zu vertretenden Zugangshindernissen scheitern soll. Darum geht es hier indessen nicht, da der Kläger der Beigeladenen bisher überhaupt noch keine Rechnung erteilt hat, die dieser hätte zugegangen sein können.

e) Die Klage ist nicht endgültig abzuweisen. Denn soweit die Beigeladene in der mündlichen Verhandlung auf eine mögliche Verjährung des Vergütungsanspruchs angespielt hat, ist dem entgegenzuhalten, dass die vierjährige Verjährungsfrist, die entsprechend [§ 45 Abs. 1 SGB I](#) nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem der Anspruch entstanden ist, beginnt, entsprechend [§ 204 Abs. 1 Nr. 1 BGB](#) durch die Klageerhebung gehemmt wird (BSG, Urteil vom 21.04.2015 - [B 1 KR 11/15 R](#) - juris RdNr. 12; Urteil vom 12.05.2005 - [B 3 KR 32/04 R](#) - juris RdNr. 27); die Hemmung endet nach [§ 204 Abs. 2 Satz 1 BGB](#) sechs Monate nach der rechtskräftigen Entscheidung oder anderweitigen Beendigung des eingeleiteten Verfahrens. Der Klageerhebung steht im Rahmen des [§ 75 Abs. 5 SGG](#) im Verhältnis zum Beigeladenen die Zustellung des Beiladungsbeschlusses gleich, soweit der Kläger – wie hier – die Verurteilung der Beigeladenen begehrt (zu letzterem Leitherer in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 11. Aufl., § 75 RdNr. 18a). Schon allein danach kann der krankenversicherungsrechtliche Vergütungsanspruch des Klägers nicht verjährt sein, ohne dass es darauf ankäme, ob der Anspruch erst dann im Sinne des [§ 45 Abs. 1 SGB I](#) entstanden ist, wenn er fällig geworden ist (so Wagner in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB I, 2. Aufl., § 45 RdNr. 18; Rofls in: Hauck/Noftz, [§ 45 SGB I](#) RdNr. 19 im Anschluss an das Zivilrecht, vgl. zu diesem Grothe in: Münchener Kommentar zum BGB, 7. Aufl., § 199 RdNr. 4). Diese Auffassung führte allerdings dazu, dass bei Entgeltforderungen von Krankenhäusern gegen Krankenkassen wegen der an eine Rechnungserteilung geknüpften Fälligkeit (dazu oben unter 3d) die Verjährungsfrist vor der Erteilung der Rechnung nicht zu laufen beginnen würde. Folglich könnte das Krankenhaus auch nach Jahr und Tag noch mit der Rechnung und der Forderung kommen. Da dies mit den Intentionen des Verjährungsrechts nicht vereinbar ist, spricht viel dafür, dieser Auffassung nicht zu folgen und entsprechend dem Wortlaut des [§ 45 Abs. 1 SGB I](#) die Verjährung bereits mit der Entstehung des Anspruchs beginnen zu lassen.

4. Die Kostenentscheidung beruht für das erstinstanzliche Verfahren auf [§ 193 SGG](#) und für das Berufungsverfahren auf [§ 197a SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung. Während Streitgegenstand des erstinstanzlichen Verfahrens noch auch ein Nothelferanspruch war, für den der Kläger als Leistungsempfänger im Sinne des [§ 183 SGG](#) anzusehen ist (BSG, Beschluss vom 11.06.2008 - [B 8 SO 45/07 B](#) - juris

RdNr. 7 ff.), war Streitgegenstand des Berufungsverfahrens ausschließlich ein krankenversicherungsrechtlicher Vergütungsanspruch (siehe oben unter 1.), der nicht nach [§ 183 SGG](#) zu einer Kostenprivilegierung führt.

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

6. Die Entscheidung über den Streitwert folgt aus [§ 197a SGG](#) i.V.m. [§ 47](#), [§ 52 Abs. 3](#) Gerichtskostengesetz.

Rechtskraft

Aus

Login

FSS

Saved

2016-10-20