

L 1 KR 115/16

Land
Hamburg
Sozialgericht
LSG Hamburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Hamburg (HAM)
Aktenzeichen
S 2 KR 524/13
Datum
23.11.2016
2. Instanz
LSG Hamburg
Aktenzeichen
L 1 KR 115/16
Datum
23.11.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Beklagten zu 1. gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Hamburg vom 23. November 2016 wird mit der Maßgabe zurückgewiesen, dass die Klage gegen die Beklagte zu 2. abgewiesen wird und die Kosten des Verfahrens für beide Instanzen wie folgt zu tragen sind: Die Klägerin und die Beklagte zu 1. tragen die Gerichtskosten je zur Hälfte. Die Beklagte zu 1. trägt die Hälfte der außergerichtlichen Kosten der Klägerin. Die Klägerin trägt die Kosten der Beklagten zu 2. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Im Streit steht die Vergütung der Krankenhausbehandlung des inzwischen verstorbenen B. im Zeitraum 5. Oktober 2012 bis 6. November 2012, wobei streitig ist, bei welcher der beklagten Krankenkassen der Patient im Behandlungszeitraum versichert war. Für den von der Klägerin stationär behandelten 33jährigen Patienten bestand seit Januar 2005 eine Mitgliedschaft bei der Beklagten zu 2), zuletzt jedenfalls bis 31. Januar 2010 gemäß [§ 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V](#). Bis zu diesem Zeitpunkt bezog der Versicherte Arbeitslosengeld II. Offensichtlich weil der Versicherte nicht mehr erreichbar war, stellte das JobCenter mit Ablauf des 31. Januar 2010 die Leistungen ein. Am 16. November 2010 meldete sich der Versicherte erneut beim JobCenter und gab dabei an, er habe die letzten Monate bei seiner Mutter in L. verbracht und habe keine Krankenversicherung. Mit Schreiben vom 15. November 2010 bestätigte die Beklagte zu 1), dass der Versicherte sie als Krankenkasse gewählt habe und führte vom 8. November 2010 bis 30. April 2012 wegen des Bezugs von Arbeitslosengeld II eine Pflichtmitgliedschaft durch. Danach endete der Bezug von Arbeitslosengeld II durch den Versicherten. Am 5. Oktober 2012 wurde der Versicherte in die Klinik der Klägerin eingeliefert und gab dabei an, bei der Beklagten zu 1) versichert zu sein. Im Rahmen der stationären Behandlung, die bis zu seinem Tod am xxxxx 2012 andauerte, entstanden Kosten in Höhe von 73.167,89 EUR. Am 20. Februar 2013 teilte die Beklagte zu 1) der Klägerin mit, dass eine Mitgliedschaft des Patienten nur bis zum 30. April 2012 bestanden habe und wegen einer entsprechenden Abmeldung durch das Jobcenter geendet habe. Am 26. Februar 2013 übersandte die Klägerin die streitige Krankenhausrechnung an die Beklagte zu 1). Mit Schreiben vom 22. März 2013 mahnte der Prozessbevollmächtigte der Klägerin die Bezahlung der Rechnung an und vertrat die Auffassung, es habe ab dem 1. Mai 2012 eine Pflichtversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) bestanden. Nachdem keine Zahlung erfolgte, erhob die Klägerin Klage zunächst gegen die Beklagte zu 1), welche sie später erweiterte und auch gegen die Beklagte zu 2) richtet, jeweils mit dem Begehren auf Zahlung der Behandlungskosten in Höhe von 73.167,89 EUR. Mit Gerichtsbescheid vom 23. November 2016 hat das Sozialgericht der Klage gegen die Beklagte zu 1) im Hauptauspruch voll und hinsichtlich der Zinsen zum Teil stattgegeben und im Wesentlichen ausgeführt, die Beklagte zu 1) habe für den Patienten im Zeitraum vom 8. November 2010 bis 30. April 2012 eine Pflichtversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V](#) auf Grund der entsprechenden Anmeldung des Jobcenters tatsächlich durchgeführt. Sie könne sich auch nicht erfolgreich darauf berufen, dass an sich die Beklagte zu 2) für diese Pflichtversicherung zuständig gewesen wäre. Zwar habe diese bis 31. Januar 2010 eine Pflichtversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V](#) wegen des Bezugs von Arbeitslosengeld II durchgeführt und damit habe auch für den anschließenden Zeitraum bis 7. November 2012 die obligatorische Pflichtversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) bei ihr bestanden. Für den Zeitraum ab 8. November 2010 habe der Patient jedoch die Beklagte zu 1) als zuständige Krankenkasse gewählt. Dies ergebe sich aus der entsprechenden Bestätigung der Beklagten zu 1) vom 5. November 2010, die der Patient dem Jobcenter vorgelegt habe. Zu dieser Wahl sei er auch befugt gewesen. Gemäß [§ 190 Abs. 13 Nr. 1 SGB V](#) sei mit dem Bezug von Leistungen nach dem SGB II die Versicherungspflicht des Patienten nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) beendet worden, da ab 8. November 2010 ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall nunmehr nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 2 a SGB V](#) bestanden habe. Wegen der Beendigung der Mitgliedschaft nach [§ 190 Abs. 13 SGB V](#) sei grundsätzlich in Anlehnung an die Rechtsprechung des BSG eine Kündigung weder notwendig noch möglich. Da dem Patienten demnach zum 8. November 2010 ein Kassenwahlrecht zugestanden habe, habe die Beklagte zu 1) die Pflichtversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V](#) im Zeitraum vom 8. November 2010 bis 30. April 2012 als zuständige gesetzliche Krankenkasse durchgeführt mit der Folge, dass sie auch zuständig für die obligatorische Weiterversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) ab 1. Mai 2012 bis zum Tode des Versicherten am 6. November 2012 gewesen sei. Anhaltspunkte für eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfalle lägen in diesem Zeitraum nicht vor.

Die Beklagte zu 1) hat gegen den ihr am 28. November 2016 zugestellten Gerichtsbescheid am 27. Dezember 2016 Berufung eingelegt. Sie trägt vor, der Versicherte sei bei Antragstellung auf Arbeitslosengeld II im November 2010 vom JobCenter aufgefordert worden, eine Mitgliedsbescheinigung einer Krankenkasse vorzulegen. Mit dieser Motivationslage oder sogar vom Mitarbeiter des JobCenters gesteuert habe Herr B. die nächste erreichbare Geschäftsstelle einer Krankenkasse aufgesucht. Von einer vorherigen Mitgliedschaft in der D. habe er dort nicht berichtet. Nur aus diesem Grund sei die Mitgliedsbescheinigung ausgestellt worden. Tatsächlich sei aber die Mitgliedschaft bei der Beklagten zu 2) nie gekündigt worden, weshalb diese weiter die zuständige Krankenkasse gewesen sei. Die Beklagte zu 1) beantragt, den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Hamburg vom 23. November 2016 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin und die Beklagte zu 2) beantragen, die Berufung zurückzuweisen. Sie halten die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend. Hinsichtlich des weiteren Vorbringens der Beteiligten und des Sachverhalts im Übrigen wird Bezug genommen auf den Inhalt der ausweislich der Sitzungsniederschrift vom 31. August 2017 zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemachten Akten und Unterlagen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts, über die die Berichterstatterin mit dem Einverständnis der Beteiligten an Stelle des Senats nach [§ 155 Abs. 4](#) in Verbindung mit Absatz 3 Sozialgerichtsgesetz (SGG) entscheiden kann, ist nach [§§ 143, 144 SGG](#) statthaft und zulässig, insbesondere ist sie fristgerecht ([§ 151 Abs. 1 SGG](#)) eingelegt worden. Sie ist jedoch nicht begründet. Zu Recht und mit der zutreffenden Begründung, auf welche gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) Bezug genommen wird, hat das Sozialgericht die Beklagte zu 1) verurteilt, an die Klägerin 73.167,89 EUR nebst 5% Zinsen ab dem 7. September 2016 zu zahlen. Lediglich ergänzend ist auf Folgendes hinzuweisen:

Das Gesetz sieht eine Beendigung einer Pflichtmitgliedschaft durch Kündigung nur ausnahmsweise und nur in den Fällen einer unmittelbaren Aufeinanderfolge von Mitgliedschaften bei unverändertem Versicherungspflichttatbestand vor (BSG, Urteil vom 13. Juni 2007 - [B 12 KR 19/06 R](#), Rn. 25). So liegt der Fall vorliegend aber nicht. Vielmehr änderte sich der Versicherungspflichttatbestand des Versicherten am 8. November 2010 von demjenigen des fehlenden anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall gemäß [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) hin zu demjenigen wegen des Bezuges von Arbeitslosengeld II nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V](#). Die frühere Mitgliedschaft gemäß [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) ist hier, wie das Sozialgericht zutreffend ausgeführt hat, von Gesetzes wegen beendet worden. Dies ergibt sich unmittelbar aus der Vorschrift des [§ 190 Abs. 13 Nr. 1 SGB V](#). Jedenfalls wenn in einem solchen Fall die Mindestbindungsfrist für die Mitgliedschaft in der früheren Kasse abgelaufen ist, besteht daher ein neues Wahlrecht unabhängig von der Erklärung einer Kündigung und der Vorlage einer Kündigungsbestätigung. Dass zwischen diesen beiden unterschiedlichen Versicherungspflichttatbeständen vorliegend kein Zeitraum ohne Krankenversicherung lag, ist unschädlich, denn auch im Fall der zeitlich unmittelbaren Aufeinanderfolge von jeweils zu Versicherungspflicht führenden Sachverhalten entspricht dem nämlich eine gesetzliche Aufeinanderfolge rechtlich getrennter Mitgliedschaften und ist dementsprechend kein Raum für eine Beendigung der zeitlich früheren Mitgliedschaft durch Kündigung (BSG, Urteil vom 13. Juni 2007 - [B 12 KR 19/06 R](#), Rn. 25). Die Mindestbindungszeit von 18 Monaten der seit Januar 2005 bestehenden Krankenversicherung bei der Beklagten zu 2) war vorliegend bei Eintritt des neuen Versicherungspflichttatbestandes für den Versicherten am 8. November 2010 abgelaufen, so dass diesem ein Wahlrecht zur Seite stand, welches er durch Anmeldung bei der Beklagten zu 1) ausübte. Welche Motivation dieser Wahl zu Grunde lag und ob der Versicherte sich, wie die Beklagte zu 1) vorträgt, schlicht die nächstgelegene Niederlassung einer Krankenkasse aufsuchte oder einer Empfehlung des Mitarbeiters des JobCenters folgte, ist unerheblich. Unerheblich ist auch, dass die vorherige Versicherung bei der Beklagten zu 2) nicht erwähnt wurde, denn da dem Versicherten ohnehin ein Wahlrecht zur Seite stand, war er nicht an einen Verbleib bei der Beklagten zu 2) gebunden.

Hat aber der Versicherte von seinem Wahlrecht dahingehend Gebrauch gemacht, dass er ab 8. November 2010 die Beklagte zu 1) als Krankenkasse wählte, so blieb diese auch über den 30. April 2012 hinaus gemäß [§ 174 Abs. 5 SGB V](#) zuständig für die obligatorische Weiterversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#). Denn nach dieser Vorschrift werden Versicherungspflichtige nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) Mitglieder der Krankenkasse, bei der sie zuletzt versichert waren. Dies war wie ausgeführt zuletzt die Beklagte zu 1), welche daher zur Übernahme der Kosten der stationären Krankenbehandlung verpflichtet war. Zweifel am Vergütungsanspruch als solchem bestehen nicht; diesbezüglich sind auch weder Tatsachen ersichtlich noch vorgetragen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung. Hinsichtlich der Kosten war zu berücksichtigen, dass die Klägerin von beiden Beklagten jeweils den vollen Vergütungsanspruch gefordert hat, wobei sie nur hinsichtlich einer der Beklagten obsiegen konnte und obsiegt hat. Sie hat daher die Hälfte der Verfahrenskosten beider Instanzen sowie die Kosten der Beklagten zu 2) zu tragen und auch ihre eigenen Kosten sind nur hälftig von der Beklagten zu 1) zu tragen.

Gründe für die Zulassung der Revision sind nicht ersichtlich.

Rechtskraft

Aus

Login

HAM

Saved

2018-03-22