

S 2 KR 524/13

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

1. Die Beklagte zu 1) wird verurteilt, an die Klägerin 73.167,89 EUR zuzüglich 5% Zinsen darauf ab 7. September 2016 zu bezahlen. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen. 2. Die Klägerin und die Beklagte zu 1) tragen je die Hälfte der Kosten des Verfahrens. 3. Der Streitwert wird auf 73.167,89 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

In Streit steht die Vergütung einer Krankenhausbehandlung im Zeitraum 5. Oktober 2012 bis 6. November 2012, wobei insbesondere zuletzt noch streitig ist, bei welcher gesetzlichen Krankenkasse der Patient im Behandlungszeitraum versichert war.

Für den von der Klägerin stationär behandelten 33jährigen Patienten bestand bis 31. Januar 2010 eine Pflichtmitgliedschaft gemäß [§ 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V](#) bei der Beklagten zu 2). Anschließend führte die Beklagte zu 1) vom 8. November 2010 bis 30. April 2012 ebenfalls wegen des Bezugs von Arbeitslosengeld II eine Pflichtmitgliedschaft durch.

Bei Krankenhauseinweisung am 5. Oktober 2012 gab der Patient gegenüber der Klägerin an, bei der Bekl. zu 1) versichert zu sein. Im Rahmen der stationären Behandlung, die bis zu seinem Tod am 6. November 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, dass trotz Abmeldung des Patienten bei der Beklagten zu 1) zum 30. April 2012 nachfolgend eine Pflichtversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) bestanden habe, da der Patient über keinen anderweitigen Versicherungsschutz verfügt habe. Weiterhin seien Verzugszinsen entsprechend der Regelungen im Landesvertrag sowie außergerichtliche Kosten für das Mahnschreiben in Höhe von 2.165,80 EUR zu bezahlen. Es wurde eine Zahlungsfrist bis 28. März 2013 eingeräumt.

Nachdem keine Zahlung erfolgte hat der Prozessbevollmächtigte der Klägerin am 12. April 2013 Klage erhoben. Die Hauptforderung sei begründet, da der Patient unstreitig im Zeitraum 8. November 2010 bis 30. April 2012 bei der Beklagten zu 1) versichert gewesen sei und damit nachfolgend gemäß [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) eine Pflichtversicherung bei der Beklagten zu 1) bestanden habe; der Patient habe über keinen anderweitigen Versicherungsschutz verfügt. Im Übrigen befände sich die Beklagte zu 1) auch in Verzug wegen der eindeutigen Erklärung keine Zahlungen vornehmen zu wollen, so dass auch der Verzugsschaden zu übernehmen sei. Die hierzu im Landesvertrag getroffenen Regelungen seien unerheblich.

Der Prozessbevollmächtigte der Klägerin beantragt,

die Beklagte zu 1) zu verurteilen, an die Klägerin 73.167,89 EUR nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 20.02.2013 sowie weitere 2.165,80 EUR nebst Zinsen in Höhe von 5%-Punkten über dem Basiszinssatz seit dem 29.03.2013 zu zahlen.

Die Beklagte zu 1) beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie habe zwar auf Grund einer entsprechenden Anmeldung des Jobcenters im Zeitraum 8. November 2010 bis 30. April 2012 eine Pflichtversicherung für den Patienten durchgeführt, allerdings als unzuständiger Träger, da dafür an sich die Beklagte zu 2) als letzte gesetzliche Krankenkasse zuständig gewesen wäre. Im Übrigen habe auch im Behandlungszeitraum keine Mitgliedschaft bestanden.

Nachdem die Beklagte zu 2) mitgeteilt hatte, dass bezüglich des behandelten Patienten bis 31. Januar 2010 bei ihr wegen des Bezugs von Arbeitslosengeld II eine Mitgliedschaft bestanden hatte, erweiterte der Prozessbevollmächtigte der Klägerin seine Klage mit Schriftsatz vom 7. Dezember 2013 und beantragt ergänzend,

die Beklagte zu 2) zu verurteilen 73.167,89 EUR nebst 5% Zinsen über dem Basiszinssatz seit 2. Dezember 2013 zu bezahlen,

Die Beklagte zu 2) beantragt,

die Klage abzuweisen.

Eine Mitgliedschaft habe zwar bei ihr bis 31. Januar 2010 bestanden, diese sei aber wegen der Beendigung des Bezugs von Arbeitslosengeld II zu diesem Zeitpunkt beendet worden. Es sei unbekannt, ob der Patient nachfolgend privat oder gesetzlich versichert gewesen sei. Bei Beginn des erneuten Arbeitslosengeld II-Bezugs zum 8. November 2010 habe dem Patienten ein Kassenwahlrecht zugestanden und er habe die Beklagte zu 1) gewählt. Im Übrigen hätte dem Patienten auch ein Sonderkündigungsrecht zum 31. August 2010 zugestanden, da zu diesem Zeitpunkt ein Zusatzbeitrag eingeführt worden sei.

Die Beklagte zu 1) wendet sich weiterhin gegen eine Leistungspflicht. Da der Patient gemäß [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) auch für den Zeitraum 1. Februar 2010 bis 7. November 2010 bei der Beklagten zu 2) versichert gewesen sei, sei die Beklagte zu 2) an sich auch zuständig gewesen für die Pflichtversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V](#) ab 8. November 2010, die von ihr nur fälschlicherweise durchgeführt worden sei. Im Übrigen habe der Patient seine Versicherung bei der Beklagten zu 2) auch zu keinem Zeitpunkt gekündigt.

Im Rahmen der mündlichen Verhandlung vom 18. August 2016 wurden die Beteiligten zur Absicht des Gerichts durch Gerichtsbescheid zu entscheiden angehört.

Hinsichtlich des Sachverhalts im Übrigen wird auf die Prozess- und die beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten sowie der ebenfalls beigezogenen Leistungsakte des Jobcenters verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Das Gericht kann gemäß [§ 105](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) ohne mündliche Verhandlung durch Gerichtsbescheid entscheiden, da die Sache keine besonderen tatsächlichen oder rechtlichen Schwierigkeiten aufweist und der Sachverhalt geklärt ist.

Die zulässige Klage hat auch Erfolg, soweit die Klägerin gegenüber der Beklagten zu 1) einen Anspruch auf Bezahlung der Behandlungskosten in Höhe von 73.167,89 EUR geltend macht, da der Patient während der streitigen stationären Behandlung bei ihr gesetzlich nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch \(SGB V\)](#) versichert war. Weiterhin ist die Beklagte zu 1) verpflichtet, der Klägerin Zinsen in Höhe von 5% auf 73.167,89 EUR ab 7. September 2016 zu bezahlen, da sie sich seit diesem Zeitpunkt in Verzug befindet. Weitergehende Ansprüche der Klägerin bestehen nicht, so dass die Klage im Übrigen abzuweisen war.

Das Gericht ist zu der Auffassung gelangt, dass der Patient im Behandlungszeitraum vom 5. Oktober 2012 bis 6. November 2012 bei der Beklagten zu 1) pflichtversichert nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) war.

Unstreitig hat die Beklagte zu 1) für den Patienten im Zeitraum 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. Die Beklagte zu 1) kann sich auch nicht erfolgreich darauf berufen, dass an sich die Beklagte zu 2) für diese Pflichtversicherung zuständig gewesen wäre. Es trifft zwar zu, dass die Beklagte zu 2) für den Patienten zum einen bis 31. Januar 2010 eine Pflichtversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V](#) wegen des Bezugs von Arbeitslosengeld II durchgeführt hatte und damit an sich wohl auch für den anschließenden Zeitraum bis 7. November 2012 die obligatorische Pflichtversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) bei ihr bestanden hatte, da keinerlei Anhaltspunkte erkennbar sind, dass der Patient ab 1. Februar 2010 tatsächlich über einen anderweitigen Versicherungsschutz im Krankheitsfall verfügte. Dies gilt insbesondere auch, da der Patient anlässlich seines erneuten Antrags auf Arbeitslosengeld II am 8. November 2010 gegenüber dem Jobcenter erklärt hatte, dass er die letzten Monate bei seiner Mutter und deren Freund in Lüneburg gelebt habe und unterstützt worden sei, nun aber obdachlos und mittellos sei, da er dort "hinausgeflogen" sei.

Für den Zeitraum ab 8. November 2010 hat er jedoch die Beklagte zu 1) als zuständige Krankenkasse gewählt. Dies ergibt sich aus der entsprechenden Bestätigung der Beklagten zu 1) vom 5. November 2010, die der Patient dem Jobcenter vorgelegte. Der Patient war auch befugt – ohne vorherige ausdrückliche Kündigung seiner Mitgliedschaft bei der Beklagten zu 2) – die Beklagte zu 1) als gesetzliche Krankenkasse zu wählen.

Gemäß [§ 190 Abs. 13 Nr. 1 SGB V](#) wurde mit dem Bezug von Leistungen nach dem SGB II seine Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) beendet, da ab 8. November 2010 ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall nunmehr nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V](#) bestand. Wegen der Beendigung der Mitgliedschaft nach [§ 190 Abs. 13 SGB V](#) ist grundsätzlich eine Kündigung weder notwendig noch möglich (vgl. BSG, Urteil vom 13.06.2007 – [B 12 KR 19/06 R](#), recherchiert nach juris). In dieser Entscheidung hat das BSG auf seine Entscheidung vom 8.10.1998 – [B 12 KR 11/98 R](#) verwiesen, in der festgestellt worden war, dass mit der Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung im unmittelbarem Anschluss an eine vorangehende Versicherungspflicht als Arbeitsloser ein neuer Versicherungspflichttatbestand erfüllt sei. Mit dem damit entstandenen neuen selbständigen Versicherungsverhältnis werde – unabhängig von der noch nicht abgelaufenen Mindestbindungsfrist (vgl. [§ 175 Abs. 2 SGB V](#)) in der bisherigen Mitgliedschaft bei einer anderen Kasse – stets ein neues Kassenwahlrecht ausgelöst, nach dem sich künftig die Kassenzugehörigkeit richtet. Auf diese Entscheidung hin seien zwar [§ 175 Abs. 2](#) und 4 SGB V neu gefasst worden, in der Absicht die Mindestbindungsfrist auch dann gelten zu lassen, wenn ein neuer

Versicherungspflichttatbestand eintritt. Dies sei tatsächlich jedoch nicht erfolgt, da insbesondere jene Normen nicht geändert worden seien, auf die die Entscheidung vom 8.10.1998 gestützt worden sei. So stehe die im Rahmen des [§ 175 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) getroffene (Neu-)Regelung nicht im Einklang mit den gesetzlichen Regelungen zur Beendigung von Pflichtmitgliedschaften nach [§ 190 SGB V](#) (vgl. BSG a.a.O. Rdnr 25). Bezogen auf den vorliegenden Fall folgt aus dieser Entscheidung des BSG vom 13.06.2007, dass auch hier dem Patienten mit Beendigung der Versicherungspflicht gemäß [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) am 7. November 2010 durch den Bezug von Arbeitslosengeld II und die gleichzeitige Begründung des Versicherungspflichttatbestandes nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V](#) ein Kassenwahlrecht zustand.

Es braucht nicht abschließend entschieden zu werden, ob die genannte Entscheidung unmittelbar auf den vorliegenden Fall übertragen werden kann, da es bereits aus anderen Gründen unbillig erscheint, vom Patienten eine ausdrückliche Kündigung seiner Mitgliedschaft bei der Beklagten zu 2) zu fordern. Dabei ist insbesondere zu berücksichtigen, dass die Beklagte zu 2), nachdem sie den Patienten nach seiner Abmeldung durch das Jobcenter zum 31. Januar 2010 mehrmals erfolglos wegen einer Weiterversicherung angeschrieben hatte, im Schreiben vom 14. Juni 2010 selbst mitgeteilt hatte, dass sie die Mitgliedschaft zum 31. Januar 2010 als beendet ansehe und aus diesem Grund eine Rücksendung der Versichertenkarte erbitte. Damit durfte der Patient davon ausgehen, dass seine Mitgliedschaft bei der Beklagten zu 2) beendet ist und ihm mit Einsetzen der Pflichtversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V](#) zum 8. November 2010 ein Kassenwahlrecht zusteht.

Im Übrigen ist auch davon auszugehen, dass im vorliegenden Fall jedenfalls die Mindestbindungsfrist des [§ 175 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) dem Kassenwechsel zum 8. November 2010 nicht entgegenstand, da der Patient bereits davor langjährig bei der Beklagten zu 2) versichert war. Unter den gegebenen Umständen auf eine förmliche Kündigung durch den Patienten zu bestehen, erscheint eine unnötige Formalie.

Letztlich ging auch die Beklagte zu 1) davon aus, dass dem Patienten ein entsprechendes Kassenwahlrecht zustand, da sie den Patienten ohne weitere Ermittlungen als Mitglied aufgenommen hat. Sie hat zu keinem Zeitpunkt von ihm eine Kündigungsbestätigung gefordert oder eine Mitgliedschaft von der Vorlage einer Kündigungsbestätigung abhängig gemacht. Folglich könnte man auch in der nachträglichen Berufung der Beklagten zu 1) auf das fehlende Kündigungsschreiben ein widersprüchliches Verhalten sehen, da sie zunächst für sich ohne weiteres in Anspruch genommen hat, die für den Patienten zuständige Krankenkasse zu sein und auch die entsprechenden Beiträge, die durch das Jobcenter entrichtet wurden, vereinnahmt hat und erst anschließend, als die Bezahlung des stationären Aufenthalts im Raume stand, ihre eigene Zuständigkeit nachträglich bestreitet.

Da dem Patienten demnach zum 8. November 2010 ein Kassenwahlrecht zustand, hat die Beklagte zu 1) die Pflichtversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V](#) im Zeitraum 8. November 2010 bis 30. April 2012 als zuständige gesetzliche Krankenkasse durchgeführt mit der Folge, dass sie nach [§ 175 Abs. 5 SGB V](#) auch zuständig ist für die obligatorische Weiterversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) ab 1. Mai 2012 bis 6. November 2012. Insoweit ist die Kammer zu der Überzeugung gelangt, dass der Patient nach Beendigung der Pflichtversicherung gemäß [§ 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V](#) zum 30. April 2012 über keine anderweitigen Versicherung im Krankheitsfalle verfügte. Es liegen keinerlei Anhaltspunkte dafür vor, dass der dauerhaft arbeitslose und im Übrigen kranke Patient im Behandlungszeitraum über eine andere gesetzliche oder private Krankenversicherung verfügte. Im Übrigen hat der Patient bei Krankenhausaufnahme auch selbst angegeben, bei der Beklagten zu 1) versichert zu sein. Da der Patient während der noch laufenden Behandlung am 6. November 2012 verstarb, konnte er dazu nicht mehr befragt werden. Weiterhin gehen auch die am Rechtsstreit Beteiligten davon aus, dass im streitigen Behandlungszeitraum kein anderweitiger Krankenversicherungsschutz bei einem "dritten" Versicherungsunternehmen bestand.

Damit ist die Beklagte zu 1) verpflichtet, die streitigen stationären Behandlungskosten zu tragen. Rechtsgrundlage für den Vergütungsanspruch aus der Behandlung des Versicherten ist [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#), § 17b Abs. 1 Satz 10 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1, § 9 Abs. 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) in Verbindung mit der hier maßgeblichen Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (FPV) für das Jahr 2012 sowie den am 1. Januar 2003 in Kraft getretenen Vertrag Allgemeine Bedingungen Krankenhausbehandlung vom 19. Dezember 2002 zwischen der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft e.V. und u.a. der Beklagten (Vertrag nach [§ 112 SGB V](#)).

Nach der ständigen Rechtsprechung des BSG entsteht die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme einer Leistung durch den Versicherten, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und im Sinne von [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich ist (vgl. BSG, Ur-teil vom 18.09.2008 – [B 3 KR 15/07 R](#), recherchiert nach juris).

Unstreitig war die stationäre Behandlung des Versicherten notwendig und hat auch in einem zugelassenen Krankenhaus stattgefunden.

Die Klägerin hat gegenüber der Beklagten zu 1) auch einen Anspruch auf Zinsen in Höhe von 5 % auf 73.167, 89 EUR ab 7. September 2016, da sie sich ab diesem Zeitpunkt in Verzug befand. Nach § 12 des Vertrages gemäß [§ 112 Abs. 1 SGB V](#) beträgt die Zahlungsfrist 15 Arbeitstage, wobei die Frist mit dem Vorliegenden aller Daten nach [§ 301 SGB V](#) zu laufen beginnt. Die Klägerin hat nach Angaben ihres Prozessbevollmächtigten erst am 17. August 2016 sämtliche Daten einschließlich des Rechnungsdatensatzes an die Beklagte zu 1) übersandt. Damit hat an diesem Tag die Zahlungsfrist zu laufen begonnen und endete am 6. September 2016, so dass sich die Beklagte seit 7. September 2016 in Verzug befindet.

Der Prozessbevollmächtigte der Klägerin kann sich nicht erfolgreich darauf berufen, dass bereits durch die eindeutige Erklärung der Beklagten vom 8. Januar 2013, die begehrte Zahlung nicht vornehmen zu wollen, Verzug gemäß [§ 286 Abs. 2 Nr. 3 BGB](#) eingetreten ist. Diese gesetzliche Vorschrift regelt nur, wann es einer ausdrücklichen Mahnung des Schuldners nicht bedarf, um Verzug eintreten zu lassen. Eine Mahnung ist vorliegend aber schon deshalb nicht notwendig, da in § 12 des Vertrages nach [§ 112 SGB V](#) eine konkrete Zahlungsfrist allgemein vereinbart wurde nach deren Ablauf Verzug eintritt. Die Klägerin hätte damit ohne weiteres die Fälligkeit der Forderung durch Übersendung des vollständigen Datensatzes nach [§ 301 SGB V](#) herstellen können, ohne eine zusätzliche Mahnung auszusprechen. Insoweit wird auch auf die ständige Rechtsprechung des BSG verwiesen (vgl. u.a. Urteil vom 17.09.2013 – [B 1 KR 51/12 R](#), recherchiert nach juris) nach der eine ordnungsgemäße Abrechnung und insbesondere die vollständige Übermittlung der Daten nach [§ 301 SGB V](#) die notwendige Fälligkeitsvoraussetzung darstellen, wobei dies auch bei einer ausdrücklichen vorgerichtlichen Leistungsverweigerung gilt (vgl. BSG vom 17.12.2013 – [B 1 KR 71/12 R](#), recherchiert nach juris).

Folglich kann die Klägerin erst ab 7. September 2016 Zinsen in Höhe von 5% ohne Anbindung an den Basiszinssatz nach § 14 des oben genannten Krankenhausvertrages nach [§ 112 SGB V](#) verlangen. Darüberhinausgehende Zinsansprüche, die auf Zinsvorschriften des BGB beruhen, können nicht erfolgreich geltend gemacht werden, da im Vertrag nach [§ 112 SGB V](#) eine ausdrückliche Regelung zur Zinszahlung getroffen wurde (vgl. stRspr des BSG, u.a. Urteil vom 17.12.2013 [a.a.O.](#)).

Es besteht auch kein Anspruch auf Erstattung des geltend gemachten weiteren Verzugsschadens einschließlich Verzinsung, da sich die Beklagte zum Zeitpunkt des Mahnschreibens am 22. März 2013 noch nicht in Verzug befand.

Weiterhin ist die Klage abzuweisen, soweit der Vergütungsanspruch ergänzend auch gegen die Beklagte zu 2) gerichtet wird, da der Patient, wie oben dargelegt, im streitigen Zeitraum bei der Beklagten zu 1) versichert war.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 1](#) und [§ 159 Satz 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO) sowie § 100 Abs. 1 Zivil-prozessordnung (ZPO). Dabei wurde berücksichtigt, dass die Klägerin, soweit sie ihren Anspruch gegen die Beklagte zu 2) richtet, in vollem Umfang unterlegen ist. Die geringfügige Unterlegenheit in Bezug auf die Beklagte zu 1) konnte demgegenüber bei der Kostenentscheidung vernachlässigt werden. Der Streitwert wird in Höhe des mit der Klage geltend gemachten Anspruchs gemäß [§ 197a](#) in Verbindung mit [§ 52 Abs. 3](#) Gerichtskostengesetz (GKG) festgesetzt.

Rechtskraft

Aus

Login

HAM

Saved

2017-02-06