

Sozialgericht Wiesbaden

Az.: S 18 KR 455/14



Im Namen des Volkes

Gerichtsbescheid

In dem Rechtsstreit

Kläger,

Prozessbevollm.: Rechtsanwalt Friedrich W. Mohr c/o Krankenhausgesellschaft Rhein-  
land-Pfalz e.V., Bauerngasse 7, 55116 Mainz,

gegen

Beklagte,

hat die 18. Kammer des Sozialgerichts Wiesbaden ohne mündliche Verhandlung am  
30.12.2016 durch Richter am Sozialgericht für Recht erkannt:

**Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 6.631,52 €  
nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Ba-  
sissatz hieraus seit dem 30.12.2014 zu zahlen.**

**Die Beklagte hat die Kosten des Rechtsstreites zu tragen.**

### **Tatbestand**

Die Beteiligten streiten über die Vergütung eines vollstationären Krankenhausaufenthaltes.

Die Klägerin ist Trägerin des . Der bis zum 25.04.1986 bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherte befand sich in der Zeit vom 30.08.2010 bis zu seinem Tod am 23.09.2010 in der Klinik der Klägerin zur vollstationären Behandlung.

Die Klägerin hat die Beklagte erstmals am 25.11.2014 per DTA von dem Behandlungsfall in Kenntnis gesetzt und die Behandlungskosten ausweislich der Rechnung vom 24.11.2014 mit 6.631,52 € bezifferte. Zur Begründung gab die Klägerin an, die Abrechnung erfolge mit der , da für den Patienten ein Pflichtversicherungsanspruch gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V bestehe. Ein vorangegangener Schriftverkehr der Beteiligten kann weder der Krankenakte noch der Klagebegründung entnommen werden. Die per DTA übermittelten Unterlagen hat die Beklagte mit dem Hinweis auf eine nicht bestehende Mitgliedschaft des Patienten an die Klägerin zurückgesandt.

Die Klägerin hat am 23.12.2014 Klage erhoben.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 6.631,52 € nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basissatz hieraus seit 30.12.2014 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

sei zuletzt bis zum 25.04.1986 bei der Beklagten krankenversichert gewesen. In dem streitgegenständlichen Behandlungszeitraum habe kein Versicherungsverhältnis mit der Beklagten bestanden.

Zwar habe der Landkreis mit Schreiben vom 23.09.2010 der Beklagten mitgeteilt, dass die Beiträge für die freiwillige Krankenversicherung für die Zeit ab dem 01.07.2010 übernommen würden. Der Beitritt zur freiwilligen Krankenversicherung könne

jedoch nach § 9 Abs. 2 SGB V nur innerhalb von drei Monaten nach Beendigung einer Mitgliedschaft erklärt werden.

Darüber hinaus bestehe ein Versicherungsverhältnis auch deswegen nicht, weil der Patient Anspruch auf Leistungen der Grundsicherung nach dem SGB XII gehabt habe.

Wegen des weiteren Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakte, die Patientenakte der Klägerin und die Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen.

### **Entscheidungsgründe**

Gemäß § 105 Abs. 1 SGG kann das Gericht nach Anhörung der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung durch Gerichtsbescheid entscheiden, weil die Sache keine besonderen Schwierigkeiten tatsächlicher oder rechtlicher Art aufweist und der Sachverhalt geklärt ist.

Die Klage ist als Leistungsklage nach § 54 Abs. 5 SGG zulässig, denn bei einer auf Zahlung der Behandlungskosten eines Versicherten gerichteten Klage eines Krankenhausträgers gegen eine Krankenkasse handelt es sich um einen sogenannten Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt (BSGE 90, 1 ff.). Es ist demnach weder ein Vorverfahren durchzuführen noch eine Klagefrist zu beachten.

Die Klage ist begründet, denn der Klägerin steht der geltend gemachte Vergütungsanspruch nicht zu.

Rechtsgrundlage des geltend gemachten Vergütungsanspruchs der Klägerin ist § 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V mit Verweis auf das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG), sowie der „Vertrag über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung gemäß § 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V“ zwischen der Hessischen Krankenhausesellschaft und den Krankenkassen (-verbänden).

Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse gegenüber einem Krankenhaus entsteht unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistungen des Krankenhauses durch einen Versicherten der Krankenkasse, wenn die Versorgung in einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und im Sinne von § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V erforderlich ist. Die Klägerin betreibt ein zugelassenes Krankenhaus und die Inanspruchnahme der Leistungen der Klägerin war erforderlich.

Der Patient war während der streitgegenständlichen Behandlung in der Klinik der Klägerin vom 30.08.2010 bis zu seinem Tod am 23.09.2010 nach §§ 173 Abs. 1, 5 Abs. 1 Nr. 13a SGB V SGB V bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert.

Gemäß § 173 Abs. 1 SGB V sind Versicherungspflichtige (§ 5 SGB V) und Versicherungsberechtigte (§ 9 SGB V) Mitglied der von ihnen gewählten Krankenkasse, soweit in den nachfolgenden Vorschriften, im Zweiten Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte oder im Künstlersozialversicherungsgesetz nichts Abweichendes bestimmt ist.

Konstitutive Voraussetzung für die Mitgliedschaft eines Versicherungspflichtigen in einer gesetzlichen Krankenkasse ist somit die Ausübung des Wahlrechts durch die Versicherten nach den §§ 173 ff. SGB V. Die Vorschriften sind durch das Gesundheitsstrukturgesetz 1993 neu gefasst worden. Die Neuregelung kehrte das bisherige Verhältnis von der Regel der gesetzlichen Zuweisung und Ausnahme des Wahlrechts der Versicherten um. Die Begründung der Zuständigkeit durch die Wahl des Versicherten ist nunmehr bei allen Mitgliedern und Kassenarten die Regel, die gesetzliche Zuweisung zu einer bestimmte Krankenkassen die Ausnahme (vgl. Peters in Kasseler Kommentar, § 173 Rn. 5).

Für den streitgegenständlichen Personenkreis der Versicherungspflichtigen im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V hat der Gesetzgeber in § 174 Abs. 5 SGB V unter der Überschrift „Besonderer Wahlrechte“ eine Ausnahmeregelung getroffen. Nach dieser Regelung werden Versicherungspflichtige im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 13a SGB V Mitglied der Krankenkasse oder des Rechtsnachfolgers der Krankenkasse, bei der sie zuletzt versichert waren. Die Versicherungspflicht entsteht unabhängig von einem Beitritt oder einer Anzeige kraft Gesetzes (BSG, Urteil vom 12.01.2011 – B 12 KR 11/09 R).

Nach § 5 Abs. 1 Nr. 13a SGB V sind Personen versicherungspflichtig, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und zuletzt gesetzlich krankenversichert waren.

Gemäß § 5 Abs. 8a Satz 1 SGB V ist nach Abs. 1 Nr. 13 nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 bis 12 versicherungspflichtig, freiwilliges Mitglied oder nach § 10 versichert ist. Dies gilt nach § 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V entsprechend für Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB XII). Dies gilt nach § 5 Abs. 8a Satz 3 SGB V auch, wenn der Anspruch auf diese Leistungen für weniger als ein Monat unterbrochen wird.

Tatbestandliche Voraussetzung für den streitgegenständlichen Vergütungsanspruch der Klägerin ist die zwischen den Beteiligten unstrittige Tatsache, dass der Patient zuletzt bis zum 25.04.1986 bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert war.

Die negativen Tatbestandsmerkmale des §§ 5 Abs. 1 8a Satz 1 SGB V, die eine Versicherungspflicht im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V entfallen lassen könnten, sind hingegen nicht erfüllt. Der Patient war weder nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 bis 12 SGB V versicherungspflichtig, noch war er freiwilliges Mitglied der Beklagten bzw. nach § 10 SGB V familienversichert. Der Patient empfing auch keine laufenden Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches des Sozialgesetzbuches. Die Beklagte hat im Rahmen ihrer Darlegungslast für diese negativen Tatbestandsmerkmale keinen entsprechenden Sachverhalt darlegen können.

Insbesondere eine freiwillige Krankenversicherung lag nicht vor. Zwar hat der Landkreis ausweislich der Kostenübernahmeerklärung vom 23.09.2010 gegenüber der Beklagten erklärt, dass die Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge für eine freiwillige Krankenversicherung des Patienten gemäß § 32 SGB XII ab dem 01.07.2010 übernommen werden. Die nach § 9 Abs. 2 SGB V erforderliche Beitrittserklärung zur freiwilligen Krankenversicherung ist jedoch eine empfangsbedürftige Willenserklärung des Berechtigten die nach § 188 Abs. 3 SGB V schriftlich zu erfolgen hat. Herr hat den Beitritt zur freiwilligen Krankenversicherung gegenüber der Beklagten nicht erklärt. Im Übrigen hätte die Erklärung innerhalb der dreimonatigen Ausschlussfrist des § 9 Abs. 2 SGB V nach der Beendigung der Mitgliedschaft im Jahr 1986 erfolgen müssen.

Auch laufende Leistungen nach dem 12. Buch des Sozialgesetzbuches hat der Patient in dem streitgegenständlichen Zeitraum vom 30.08.2010 bis zum 23.09.2010 nicht empfangen. Für den „Empfang“ der Leistungen im Sinne von Absatz 8a kommt es auf den vom Sozialhilfeträger durch Verwaltungsakt bestimmten zuerkannten Beginn des Leistungsanspruchs an (BSG, Urteil vom 06.10.2010 – B 12 KR 25/09 R).

Der Landkreis hatte dem Patienten als zuständiger Träger der Sozialhilfe für den streitgegenständlichen Zeitraum keine Leistungen durch Verwaltungsakt zuerkannt. Dahinstehen kann unter diesen Voraussetzungen, ob der Patient einen Anspruch auf Leistungen nach dem SGB XII gehabt hätte, den er gegebenenfalls auch im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes hätte geltend machen können. Jedenfalls hatte der Patient aufgrund fehlender positiver Verwaltungsentscheidung des Sozialhilfeträgers

keine Leistungen zuerkannt bekommen noch hat er diese Leistungen in der Folge tatsächlich empfangen.

Die Gemeinde hatte der Beklagten bereits mit Schreiben vom 05.03.2010 mitgeteilt, dass die Gewährung von Grundsicherungsleistungen eingestellt worden sei, weil Herr den für die Leistungsgewährung erforderlichen Vordruck R 810 nicht ausgefüllt habe. Die letzte Zahlung des Sozialhilfeträgers an den Kläger erfolgte ausweislich eines Schreibens des Herrn an die Beklagte vom 10.08.2010 für den Monat Juni 2010. Demzufolge war der Bezug von Sozialleistungen in dem streitgegenständlichen Leistungszeitraum vom 30.08.2010 bis zum 23.09.2010 im Sinne des § 5 Abs. 8a Satz 3 SGB V auch länger als ein Monat unterbrochen.

Soweit die Beklagte unter Berufung auf die Rechtsprechung des LSG Nordrhein-Westfalen (Urteil vom 18.05.2011 – L 12 SO 60/09) und LSG Baden-Württemberg (Urteil vom 07.05.2014 – L 4 KR 4717/12) die Auffassung vertritt, dass es nach § 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V nicht erforderlich sei, dass Sozialleistungen bewilligt und bezogen worden seien, sondern allein ausreichend sei, dass ein Anspruch auf Sozialleistungen bestanden habe, entspricht diese Rechtsauffassung weder dem Wortlaut der Norm noch der dazu ergangenen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG, Urteil vom Urteil vom 06.10.2010).

Der streitgegenständliche Zinsanspruch der Klägerin folgt aus § 10 Abs. 5 des Landesvertrages über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung gemäß § 112 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB V in Verbindung mit § 288 BGB.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a SGG i. V. m. § 154 Abs. 1 VwGO.