

Aktenzeichen:
S 2 KR 996/17



SOZIALGERICHT KOBLENZ

IM NAMEN DES VOLKES
URTEIL

In dem Rechtsstreit

- Klägerin -

Prozessbevollmächtigte/r: Rechtsanwalt Friedrich W. Mohr, Diether-von-
Isenburg-Straße 9-11 5. OG, 55116 Mainz

gegen

1.

- Beklagte -

2.

- Beklagte -

hat die 2. Kammer des Sozialgerichts Koblenz am 9. November 2020 ohne mündliche Verhandlung durch

die Richterin
den ehrenamtlichen Richter
den ehrenamtlichen Richter

für Recht erkannt:

1. Die Klage gegen die Beklagte zu 1) wird abgewiesen.
Die Beklagte zu 2) wird verurteilt, an die Klägerin 12.181,28 € nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz aus 9.508,82 € seit dem 28.01.2014 sowie aus 2.672,46 € seit dem 11.02.2014 zu zahlen.
2. Die Beklagte zu 2) trägt die Kosten des Verfahrens.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten über die Kosten einer stationären Krankenhausbehandlung.

Die Klägerin ist Rechtsträgerin der Tagesklinik der

Dort befand sich die am 02.08.1978 geborene (Patientin) zwischen dem 23.11.2013 und dem 30.01.2014 mehrfach in stationärer Behandlung. Die Patientin stand in dieser Zeit in Bezug von Leistungen zur Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem Zweiten Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB II).

Für den Abrechnungszeitraum vom 23.11.2013 bis zum 31.12.2013 stellte die Klägerin der Beklagten zu 2) am 24.01.2014 für unter anderem 39 Basispflegesätze und 39 Abteilungspflegesätze Psychiatrie einen Betrag in Höhe von insgesamt 6.645,47 € in Rechnung. Für den Abrechnungszeitraum vom 01.01.2014 bis zum 15.01.2014 stellte die Klägerin der Beklagten zu 2) ebenfalls am 24.01.2014 für 15 Basispflegesätze und 15 Abteilungspflegesätze Psychiatrie einen Betrag in Höhe von insgesamt 2.863,36 € in Rechnung. Am 07.02.2014 hat die Klägerin der Beklagten zu 2) für den Abrechnungszeitraum vom 16.01.2014 bis 29.01.2014 insge-

samt 14 Basispflegesätze und 14 Abteilungspflegesätze Psychiatrie in Höhe von 2.672,46 € in Rechnung gestellt.

Die Beklagte zu 2) beglich die Rechnungen nicht. Sie teilte der Klägerin mit, dass die Patientin kein Mitglied bei ihr sei.

Am 28.12.2017 hat die Klägerin Klage gegen die Beklagte zu 2) erhoben.

Sie trägt vor, dass, sofern die Patientin derzeit kein Mitglied mehr bei der Beklagten zu 2) sein solle, diese dennoch zuständig sei. Nach § 174 Abs. 5 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) würden Versicherungspflichtige im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 13a SGB V Mitglied der Krankenkasse oder des Rechtsnachfolgers der Krankenkasse, bei der sie zuletzt gesetzlich versichert gewesen seien. Ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall bestehe bei der Patientin nicht. Diese sei zuletzt bei der Beklagten zu 2) versichert gewesen. Somit bleibe die Beklagte zu 2) der zuständige Kostenträger.

Die Beklagte zu 2), die zunächst als Beklagte zu 1) geführt wurde, hat sich ohne weitere Erkenntnisse nicht in der Lage gesehen, einen Anspruch anzuerkennen. Die Patientin sei zwar aufgrund einer abhängigen Beschäftigung gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V bis zum 05.05.2013 bei der Beklagten zu 2) gesetzlich pflichtversichert gewesen, aber mit dem Beschäftigungsende habe nach § 190 Abs. 2 SGB V auch die Versicherungspflicht geendet. Die von der Beklagten zu 2) unternommenen Versuche, von der Patientin Angaben über ihren weiteren Krankenversicherungsschutz zu erhalten, seien erfolglos geblieben. Sämtliche Kontaktversuche seien gescheitert.

Das Gericht hat die Patientin mit gerichtlichem Schreiben vom 22.02.2018 um Mitteilung gebeten, ob sie nach dem 05.05.2013 wiederum einer abhängigen Beschäftigung nachgegangen sei und gegebenenfalls bei welchem Arbeitgeber.

Ebenfalls solle sie mitteilen, ob sie nach dem 05.05.2013 eine neue Krankenkasse gewählt habe.

Die Patientin hat daraufhin mit Schreiben vom 17.04.2018 dem Gericht mitgeteilt, dass nach dem 05.05.2013 für sie eine Welt zusammengebrochen sei. Ihre Mitbewohnerin sei von einer Sekunde auf die andere mit sämtlicher Habe ausgezogen und sie selber habe letztlich auf der Straße gelebt. Es sei dann eine stationäre Behandlung in der erfolgt. Da sie nicht versichert gewesen sei und kein Geld besessen habe, habe man ihr geholfen, über das Jobcenter versichert zu werden. Mittlerweile lebe sie in , habe einen Minijob und sei bei der krankenversichert.

Daraufhin wurde das Jobcenter mit gerichtlichem Schreiben vom 17.04.2018 um nähere Informationen zum Krankenversicherungsstatus der Patientin gebeten.

Mit Schreiben vom 03.05.2018 hat das Jobcenter dem Gericht erklärt, dass die Patientin bei ihr am 25.11.2013 einen Antrag auf Arbeitslosengeld II gestellt habe. Dabei habe die Patientin angegeben, bei der versichert zu sein. Dort sei die Patientin dann seitens des Jobcenters ab 23.11.2013 angemeldet worden. Aufgrund einer Rückfrage der Klinik am 20.07.2015 seien die Krankenkasse und angerufen und bezüglich der Krankenversicherung der Patientin befragt worden. Beide Versicherungen hätten mitgeteilt, dass die Patientin kein Mitglied ihrer Versicherung sei. Somit sei die Patientin rückwirkend bei der abgemeldet worden, da ohne Mitgliedschaft von Seiten des Jobcenters keine Krankenkassenbeiträge gezahlt werden könnten.

Die Klägerin hat daraufhin einen Beteiligtenwechsel gemäß § 99 Sozialgerichtsgesetz (SGG) vorgenommen und ihre Klage nunmehr gegen die
gerichtet.

Mit Schreiben vom 18.06.2018 hat die Klägerin die Beklagte zu 1) sodann um Begleichung der streitgegenständlichen Rechnungen gebeten.

Die Beklagte zu 1) hat dem Gericht mit Schreiben vom 30.08.2018 mitgeteilt, dass für die Patientin diverse Mitgliedszeiten zwischen dem 13.01.2016 und 30.04.2017 vorlägen. Seit dem 01.05.2017 sei die Patientin Mitglied der Ältere Versicherungszeiten seien für die Patientin nicht ermittelt worden.

Die Patientin sei bei der vormaligen Beklagten zu- nächst bis zum 05.05.2013 aufgrund einer abhängigen Beschäftigung versichert gewesen und anschließend aufgrund der Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V. Dass diese Versicherung offenkundig bislang nicht eingerichtet sei, da sämtliche Kontaktversuche mit der Patientin erfolglos geblieben seien, ändere nichts an der Rechtslage. Spätestens seit dem Schreiben der Patientin an das Gericht vom 17.04.2018 dürfte es eindeutig sein, dass die Patientin nach dem 05.05.2013 und vor Beginn des Bezuges von Arbeitslosengeld II am 23.11.2013 keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall gehabt hätte und die Auffangpflichtversicherung damit bei der eingetreten sei. Unabhängig davon, dass die Patientin ihre Mitgliedschaft bei der vormaligen Beklagten nicht gekündigt habe, wäre die Beklagte zu 1) bei einem Wohnsitz im Bereich , ohnehin als Krankenkasse nicht wählbar gewesen, da sie als Regionalkasse für diesen Wohnsitz örtlich nicht zuständig sei. Im relevanten Zeitraum habe es eine . längst nicht mehr gegeben. Den Namen würden beide Krankenkassen in ihrem Namen tragen. Soweit die Patientin eine als zuständige Kasse benannt habe, könne damit sowohl die Beklagte zu 1) als auch die gemeint gewesen sein. Es erscheine jedoch unzweifelhaft, dass die Patientin damit die gemeint habe, da sie sich

mit Sicherheit daran erinnern konnte, dort noch bis zum 05.05.2013 aufgrund einer versicherungspflichtigen Beschäftigung Mitglied gewesen zu sein. Sofern das Jobcenter zu Unrecht Beiträge an die Beklagte zu 1) abgeführt habe, bliebe es ihr unbenommen, diese Beiträge zurückzufordern. Allein die Zahlung von Beiträgen an eine unzuständige Krankenkasse begründe dort keine Mitgliedschaft.

Die _____ ist dann im weiteren Verfahren zunächst beigegeben und später als Beklagte zu 2) geführt worden.

Die Klägerin beantragt schriftsätzlich,

die Beklagte zu 2), hilfsweise die Beklagte zu 1), zu verurteilen, an die Klägerin 12.181,28 € nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz aus 9.508,82 € seit dem 28.01.2014 sowie aus 2.672,46 € seit dem 11.02.2014 zu zahlen.

Die Beklagte zu 1) beantragt schriftsätzlich,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte zu 2) beantragt schriftsätzlich,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte zu 2) trägt vor, dass die Patientin in ihrem Leistungsantrag beim Jobcenter eine Krankenkassenwahl erklärt habe. Hinsichtlich des Wohnsitzes der Patientin hat sie ausgeführt, dass die Patientin ihren Wohnsitz des Öfteren verlagert habe und sowohl im Zuständigkeitsbereich der Beklagten zu 1) als auch der Beklagten zu 2) ihren Aufenthalt begründet habe. Mithin könnten beide Kassen zuständig sein.

Hierauf hat die Beklagte zu 1) erklärt, dass die Patientin ausweislich der Rechnungen der Klägerin über eine Versichertenkarte verfügt habe mit der Mitgliedsnummer 180859453. Die Beklagte zu 1) habe der Klägerin jedoch keine Versichertenkarte ausgestellt. Hinsichtlich der Bankverbindung des Jobcenters werde darauf hingewiesen, dass diese nicht von der Beklagten zu 1) stamme. Nach ihrer Recherche handele es sich um die Bankverbindung des Bundesversicherungsamtes.

Auf weitere Rückfrage des Gerichts bei der Patientin hat diese mitgeteilt, keine Versichertenkarte besessen zu haben.

Mit Schriftsatz vom 10.02.2020 hat die Klägerin das von der Patientin persönlich ausgefüllte und am 25.11.2013 beim Jobcenter eingereichte Antragsformular auf Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II vorgelegt. Hierin hatte die Patientin bei der Frage zur Sozialversicherung mit dem handschriftlichen Vermerk „war ich sonst immer“ angekreuzt, dass sie gesetzlich krankenversichert sei. Bei „Name der Krankenkasse“ füllte sie „
“ aus, bei „Sitz der Krankenkasse“: und als Krankenversicherungsnummer: Eine Versichertenkarte habe die Patientin nicht vorgelegt.

Hierauf hat die Beklagte zu 2) erklärt, dass es sich bei der angegebenen Krankenversicherungsnummer um die 2013 gültige Versicherungsnummer der Patientin bei der Beklagten zu 2) handele, die am 12.07.2013 zurückgegeben worden sei.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die zwischen den Beteiligten gewechselten Schriftsätze, den übrigen Akteninhalt sowie die Verwaltungsakte der Beklagten zu 2) verwiesen.

Entscheidungsgründe

Die Kammer entscheidet mit Zustimmung der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung nach § 124 Abs. 2 SGG.

Die zulässige Leistungsklage hat in der Sache gegenüber der Beklagten zu 2) Erfolg. Die Klägerin hat Anspruch auf Zahlung von insgesamt 12.181,28 € nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz aus 9.508,82 € seit dem 28.01.2014 sowie aus 2.672,46 € seit dem 11.02.2014. Gegen die Beklagte zu 1) war die Klage abzuweisen.

Die Klägerin hat gegen die Beklagte zu 2) einen Anspruch auf Zahlung der Vergütung der stationären Aufenthalte der Patientin, da diese zum Zeitpunkt der Krankenhausbehandlung bei der Beklagten zu 2) krankenversichert war.

Rechtsgrundlage für den Vergütungsanspruch der Klägerin wegen der hier streitigen Krankenhausbehandlung der Patientin ist § 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V in Verbindung mit § 7 Bundespflegesatzverordnung (BPfV) sowie dem zwischen der Krankenhausgesellschaft und den Krankenkassen bzw. deren Verbänden geschlossenen Vertrag nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V - Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung - (). Die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse entsteht unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme einer Leistung durch den Versicherten, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und i.S. von § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V erforderlich ist.

Die Patientin war zunächst aufgrund einer abhängigen Beschäftigung gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V bis zum 05.05.2013 bei der Beklagten zu 2) gesetzlich pflichtversichert. Danach ist dort die Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 a) SGB V eingetreten.

Gemäß § 174 Abs. 5 SGB V (in der bis 31.03.2020 gültigen Fassung) werden Versicherungspflichtige nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Mitglied der Krankenkasse oder des Rechtsnachfolgers der Krankenkasse, bei der sie zuletzt versichert waren, andernfalls werden sie Mitglied der von ihnen nach § 173 Abs. 1 SGB V gewählten Krankenkasse. Nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V sind versicherungspflichtig Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und a) zuletzt krankenversichert waren oder b) bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in Abs. 5 oder den in § 6 Abs. 1 oder 2 genannten Personen gehören oder bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten.

Wie die Patientin dem Gericht mit Schreiben vom 17.04.2018 mitteilte, hatte sie nach dem 05.05.2013 und vor Beginn des Bezuges von Arbeitslosengeld II am 23.11.2013 keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall. Daher greift die Auffangpflichtversicherung des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V. Die Patientin war also auch während der stationären Behandlung bei der Klägerin weiterhin bei der Beklagten zu 2) gesetzlich krankenversichert.

Der Gesetzgeber wollte mit § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V erreichen, dass es für alle Einwohner ohne Absicherung im Krankheitsfall einen entsprechenden Versicherungsschutz gibt. Die so genannte Auffangversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V tritt wie jede Pflichtversicherung kraft Gesetzes ein. Sie beginnt mit dem ersten Tag ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall im Inland und setzt weder den Abschluss eines Vertrags voraus noch fordert sie Kenntnis von der Versicherungspflicht. Zahlen die betreffenden Versicherten ihre Beiträge nicht, führt dies gemäß § 16 Abs. 3 Satz 2 SGB V zu einem Ruhen des Leistungsanspruchs; allerdings sind unter anderem Leistungen bei akuten Erkrankungen insoweit ausgenommen (Felix in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 4. Aufl., § 5 SGB V RdNr. 122, juris). Es ist daher unerheblich, dass von dem Jobcenter keine Beiträge an die Beklagte zu 2) für den streitgegenständlichen Zeitraum gezahlt wurden.

Des Weiteren ist es unerheblich, dass das Jobcenter zu- nächst Beiträge an die Beklagte zu 1) abgeführt hat. Allein die Zahlung von Beiträgen an eine unzuständige Krankenkasse begründet dort keine Mitgliedschaft. Die Patientin hat gerade keine Wahl einer neuen Krankenkasse mit Bezug der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II gewählt. Sie hat in ihrem Antragsformular beim Jobcenter zwar nur unzureichend den Namen der Krankenkasse mit ausgefüllt, so dass frei nach der Namensgebung sowohl die Beklagte zu 1) wie auch die Beklagte zu 2) als Krankenkasse in Betracht käme, allerdings hat sie als Sitz der Krankenkasse angegeben, so dass hier nur die Beklagte zu 2) gemeint sein kann. Außerdem hat sie die Krankenversicherungsnummer angegeben, bei der es sich um die 2013 gültige Versichertennummer der Patientin bei der Beklagten zu 2) handelt. Nach alledem hat die Patientin demnach keine neue Krankenkassenwahl nach § 173 SGB V getroffen, sondern den Gesamtumständen ist zu entnehmen, dass sie die Auffassung vertrat, weiterhin bei der Beklagten zu 2) krankenversichert zu sein.

Da die Klägerin mithin im streitgegenständlichen Zeitraum keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall hatte und zuletzt gesetzlich krankenversichert bei der Beklagten zu 2) war, greift hier ab dem 06.05.2013 der Auffangtatbestand des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V.

Die Regelung des § 188 SGB V zum Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft hat für den vorliegenden Fall keine Bedeutung, da die Regelung des § 188 Abs. 4 SGB V zur obligatorischen Anschlussversicherung erst mit dem 01.08.2013 in Kraft getreten ist. Demnach greift auch die Ausnahmeregelung des § 188 Abs. 4 Satz 4 SGB V, wonach die obligatorische Anschlussversicherung nicht gilt, wenn die Krankenkasse trotz Ausschöpfung der ihr zur Verfügung stehenden Ermittlungsmöglichkeiten weder den Wohnsitz noch den gewöhnlichen Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches ermitteln konnte, nicht ein.

Die Beklagte zu 2) ist deshalb verpflichtet, die Kosten des Krankenhausaufenthalts der Patientin, die bei ihr versichert war, zu tragen.

Die Zinsforderung i.H.v. 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz ergibt sich aus § 9 Abs. 7 des Krankenhausbehandlungsvertrages.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a SGG.

Rechtsmittelbelehrung

Dieses Urteil kann mit der Berufung angefochten werden.

Die Berufung ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils bei dem Landessozialgericht Rheinland-Pfalz, Ernst-Ludwig-Platz 1, 55116 Mainz, schriftlich, in elektronischer Form oder mündlich zu Protokoll des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen.

Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung innerhalb der Monatsfrist bei dem Sozialgericht Koblenz, Deinhardpassage 1, 56068 Koblenz, schriftlich, in elektronischer Form oder mündlich zu Protokoll des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird.

Die elektronische Form wird durch Übermittlung eines elektronischen Dokuments gewahrt, das für die Bearbeitung durch das Gericht geeignet ist und

- von der verantwortenden Person qualifiziert elektronisch signiert ist oder
- von der verantwortenden Person signiert und auf einem sicheren Übermittlungsweg gem. § 65a Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz (SGG) eingereicht wird.

Weitere Voraussetzungen, insbesondere zu den zugelassenen Dateiformaten und zur qualifizierten elektronischen Signatur, ergeben sich aus der Verordnung über die technischen Rahmenbedingungen des elektronischen Rechtsverkehrs und über das besondere elektronische Behördenpostfach (Elektronischer-Rechtsverkehr-Verordnung - ERVV) in der jeweils gültigen Fassung. Über die Internetseite des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz (www.lsg.rlp.de) können weitere Informationen über die Rechtsgrundlagen, Bearbeitungsvoraussetzungen und das Verfahren des elektronischen Rechtsverkehrs abgerufen werden.

Die Berufungsschrift muss innerhalb der Monatsfrist bei einem der vorgenannten Gerichte eingehen. Sie soll das angefochtene Urteil bezeichnen, einen bestimmten Antrag enthalten und die zur Begründung der Berufung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben.

Auf Antrag kann von dem Sozialgericht durch Beschluss die Revision zu dem Bundessozialgericht zugelassen werden, wenn der Gegner schriftlich zustimmt. Der Antrag auf Zulassung der Revision ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils bei dem Sozialgericht Koblenz schriftlich zu stellen. Die Zustimmung des Gegners ist dem Antrag beizufügen.

Lehnt das Sozialgericht den Antrag auf Zulassung der Revision durch Beschluss ab, so beginnt mit der Zustellung dieser Entscheidung der Lauf der Berufungsfrist von neuem, sofern der Antrag auf Zulassung der Revision in der gesetzlichen Form und Frist gestellt und die Zustimmungserklärung des Gegners beigefügt war.

Bei Zustellungen im Ausland gilt anstelle der oben genannten Monatsfristen eine Frist von drei Monaten.

gez.

Der Berufungsschrift und allen folgenden Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigefügt werden.

Ko S 550 - Rechtsmittelbelehrung bei zulässiger oder zugelassener Berufung gegen Urteil ohne zugelassene Revision (§§ 87 Abs. 1 Satz 2, 136 Abs. 1 Nr. 7, 143, 144 Abs. 1, 151, 153, 161 SGG)