
Datum: 24.11.2009
Gericht: Sozialgericht Aachen
Spruchkörper: 20. Kammer
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: S 20 SO 95/08
ECLI: ECLI:DE:SGAC:2009:1124.S20SO95.08.00

Nachinstanz: Landessozialgericht NRW, L 12 SO 60/09
Sachgebiet: Sozialhilfe
Rechtskraft: nicht rechtskräftig

Tenor:

Die Beigeladene wird verurteilt, der Klägerin 5.565,56 EUR nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 03.12.2008 zu zahlen. Die gegen den Beklagten gerichtete Klage wird abgewiesen. Die Kosten des Verfahrens tragen die Klägerin und die Beigeladene je zur Hälfte. Der Streitwert wird auf 5.577,60 EUR festgesetzt.

- Tatbestand: 1
- Die Beteiligten streiten darüber, wer die Kosten mehrerer stationärer Krankenhausbehandlungen des M. K. S. (MKS) zu tragen hat. 2
- Der ledige MKS wurde am 00.00.1940 bei Leipzig geboren und verstarb am 00.00 ...2008. Nach seinen Angaben gegenüber seinem im Oktober 2007 bestellten Betreuer (Amtsgericht B. hatte er keine Berufsausbildung und schlug sich auf Baustellen als Hilfsarbeiter durch. Vor der Wiedervereinigung lebte er in der (damaligen) DDR. Er kam dann in die neuen Bundesländer und hielt sich dort ohne Erwerbstätigkeit und ohne festen Wohnsitz auf, zuletzt in B. Er war vom 06.01. bis 03.04.1958 bei der Rechtsvorgängerin der Beigeladenen gesetzlich krankenversichert. Weitere danach liegende Zeiten der Mitgliedschaft im Rahmen einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung sind nicht bekannt. 3
- Am 10.03.2005 sprach MKS beim Beklagten vor; er erklärte, derzeit im Klinikum in der Raucherstube zu schlafen, im Cafe Q. habe er Hausverbot. Er bat um finanzielle Hilfe. 4

Anspruch auf Lohnersatzleistungen nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (SGB III) hatte MKS nicht. Da zunächst noch unklar war, ob er dem Personenkreis des Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II - Grundsicherung für Arbeitssuchende) oder des Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII - Sozialhilfe) zuzuordnen war, nahm der Beklagte auch einen Antrag auf Arbeitslosengeld (Alg) II auf. Der Beklagte leistete ab 10.03.2005 zunächst Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII. Am 24.03.2005 stellte der Amtsarzt beim Gesundheitsamt der Stadt Aachen fest, dass MKS dauerhaft voll erwerbsunfähig ist. Daraufhin wurde er ab 10.03.2005 dem Personenkreis des SGB XII zugeordnet und erhielt Leistungen der Grundsicherung (GSI) bei Erwerbsminderung nach dem 4. Kapitel des SGB XII. Für die Durchführung der Krankenbehandlung gem. § 264 Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) wählte er die AOK Rheinland/ Hamburg. Leistungen nach dem SGB II bezog er zu keinem Zeitpunkt; er wurde deshalb auch nicht als Pflichtmitglied zu Krankenversicherung gemeldet. Die letzte Zahlung von Sozialhilfe durch den Beklagten im Jahre 2005 erhielt MKS am 08.11.2005.

Vom 13.11.2005 bis 08.08.2007 war MKS inhaftiert. Während der Haftzeit hatte er Anspruch auf Krankenbehandlung gem. § 58 Strafvollzugsgesetz (StVollzG). 5

Vom 25.09.2007 bis zu seinem Tod am 00.00.2008 erhielt MKS vom Beklagten erneut laufende GSI-Leistungen nach dem 4. Kapitel des SGB XII. In dieser Zeit wurde er wiederholt in verschiedenen Krankenhäusern behandelt, u.a. im Universitätsklinikum der Klägerin als Notfall a) vom 30.09. bis 02.10.2007, b) vom 20.10. bis 22.10.2007, c) vom 07.11. bis 21.11.2007, d) vom 23.11. bis 24.11.2007. Die hierfür entstandenen Kosten beziffert die Klägerin auf 5.577,60 EUR gegenüber dem Beklagten und 5.565,56 EUR gegenüber der Beigeladenen. 6

Am 15.01.2008 beantragte MKS (über seinen Betreuer) die Mitgliedschaft bei der AOK Rheinland/Hamburg gem. § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V. Durch Bescheid vom 15.02.2008 lehnte die AOK eine Mitgliedschaft ab 01.10.2007 unter Hinweis auf den laufenden Sozialhilfebezug ab. 7

Als die Klägerin keine Krankenkasse als Kostenträger zur Begleichung der Krankenhausbehandlungskosten ermitteln konnte, meldete sie die vier Behandlungsfälle im Oktober und November 2007 dem Beklagten und machte die Erstattung ihrer Kosten als Nothelfer gem. § 25 SGB XII geltend. 8

Durch Bescheid vom 16.04.2008 (bzgl. der Behandlungsfälle a) und b)), durch Bescheid vom 22.04.2008 (bzgl. des Behandlungsfalles c)) und durch Bescheid vom 26.05.2008 (bzgl. des Behandlungsfalles d)) lehnte der Beklagte eine Übernahme der Kosten ab mit der Begründung, MKS sei während der Zeiträume der Krankenhausbehandlungen gesetzlich krankenversichert gewesen. Soweit nämlich für ihn zum 01.04. 2007 oder aber zu einem späteren Zeitpunkt keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall bestanden habe, sei für ihn Versicherungspflicht gem. § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchstabe a) SGB V (in der so genannten "Bürgerversicherung" eingetreten. Sofern die zuständige Krankenkasse nicht feststellbar sei, handele es sich um eine zwischen den Krankenkassen zu klärende Problematik; dem Träger der Sozialhilfe komme nicht die Aufgabe eines Ausfallbürgen zu. 9

Dagegen legte die Klägerin am 21.05., 27.05. bzw. 18.06.2008 Widerspruch ein. Sie vertrat die Auffassung, der Anspruch eines Hilfebedürftigen auf Krankenhilfe nach § 48 SGB XII stelle einen "anderweitigen Anspruch" auf Absicherung im Krankheitsfall dar; deshalb bestehe kein Anspruch auf Pflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung. 10

Mit Schreiben vom 15. Mai 2008 teilte die Beigeladene dem Beklagten mit, dass MKS in der Zeit vom 06.01.1958 bis 03.04.1958 bei der Knappschaft krankenversichert gewesen sei.

Der Beklagte wies die Widersprüche der Klägerin durch Widerspruchsbescheid vom 30.10.2008, zugestellt am 03.11.2008, zurück. Es sei unstreitig, dass es sich bei den Behandlungen um Eilfälle gehandelt habe und die Kostenübernahme auch in angemessener Frist beantragt worden sei. Dem Nothelferanspruch stehe aber der Krankenversicherungsschutz in der Bürgerversicherung gem. § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V entgegen. Denn ab dem Tag der Entlassung aus der Haft am 08.08.2007 habe MKS keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall gehabt; damals habe er (noch) keine laufenden Leistungen nach dem 3., 4., 6. und 7. Kapitel des SGB XII erhalten. Der Beginn der laufenden Sozialhilfe ab 25.09.2007 stehe der Fortdauer der Krankenversicherungspflicht über den 24.09.2007 hinaus nicht entgegen. 12

Dagegen hat die Klägerin am 03.12.2008 Klage erhoben. Sie bleibt bei ihrer Auffassung, dass bereits der Sozialhilfeanspruch auf Krankenhilfe nach § 48 SGB XII einen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall beinhalte, der der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V entgegenstehe; deshalb habe sie gegenüber dem Beklagten einen Nothelferanspruch gem. § 25 SGB XII auf Erstattung der Krankenhausbehandlungskosten des MKS. Anderenfalls - bei Bestehen von Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung - habe sie einen Vergütungsanspruch gegenüber dem Beigeladenen. 13

Die Klägerin beantragt, 14

den Beklagten unter Aufhebung der Bescheide vom 16.04., 22.04. und 26.05.2008 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 30.10.2008 zu verurteilen, ihr für die stationären Krankenhausbehandlungen des Patienten MKS vom 30.09. bis 02.10.2007, vom 21.10. bis 22.10.2007, vom 07.11. bis 21.11.2007 und vom 23.11. bis 24.11.2007 5.577,60 EUR zu zahlen, hilfsweise, die Beigeladene zu verurteilen, ihr 5.565,56 EUR zu zahlen. 15

Der Beklagte beantragt, 16

die gegen ihn gerichtete Klage (Hauptantrag) abzuweisen. 17

Er wiederholt und vertieft seine in den angefochtenen Bescheiden vertretene Auffassung. Er sieht sich darin durch eine Auskunft des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) vom 05.01.2009 bestätigt. Er meint, dass sich die Mitgliedschaft nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ab 09.08.2007 bei der Beigeladenen aus dem Umstand ergebe, dass MKS bei ihr zuletzt gesetzlich krankenversichert gewesen sei. 18

Die Beigeladene beantragt, 19

die gegen sie gerichtete Klage (Hilfsantrag) abzuweisen. 20

Sie ist der Auffassung, der Umstand, dass MKS im Jahre 1958 bei ihr bzw. ihrer Rechtsvorgängerin krankenversichert gewesen sei, begründe keine Versicherungspflicht gem. § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V. Das Tatbestandsmerkmal "zuletzt gesetzlich krankenversichert" sei nur erfüllt, wenn die betreffende Person nach dem Ausscheiden aus der gesetzlichen Krankenversicherung gänzlich ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall geblieben sei. MKS habe jedoch - zeitlich nach der Krankenversicherung des Jahres 1958 - während der Haftzeit Anspruch auf Gesundheitsfürsorge gehabt; desweiteren habe er - so meint die Beigeladene - aufgrund des 21

Bezugs von GSi-Leistungen nach dem 4. Kapitel des SGB XII ab 25.09.2007 Anspruch auf Krankenhilfe gehabt. Außerdem könne nicht ausgeschlossen werden, dass MKS nach dem 03.04.1958 bei einer anderen gesetzlichen Krankenkasse oder privat krankenversichert gewesen sei; auch komme eine Familienversicherung über seine "verstorbene Ehefrau" oder eine freiwillige Versicherung bei einer anderen gesetzlichen Krankenkasse in Betracht. Aus dem Rentenversicherungsverlauf ergebe sich, dass für MKS nach dem 04.04.1958 keine Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung entrichtet worden sind. Im Übrigen verweist die Beigeladene darauf, dass MKS in seinem Alg II-Antrag vom 10.03.2005 die AOK Rheinland/Hamburg als seine Krankenkasse gewählt habe; sie meint, damit habe er von seinem Wahlrecht nach § 175 Abs. 1 SGB V Gebrauch gemacht; mit dem Beginn von Alg II-Leistungen beginne Krankenversicherungspflicht gem. § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V. Die Beigeladene geht davon aus, dass MKS vom 10.03. bis 23.03.2005 einen Anspruch auf Alg II gehabt und diese Leistung auch bezogen habe. Sie schließt dies aus einem behördeninternen Schreiben des Beklagten vom 05.04.2005 (Bl. 43 der Verwaltungsakte des Beklagten), in dem mitgeteilt wird, MKS erhalte Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII ab 24.03.2005.

Die zunächst beigeladene, später wieder aus der Beiladung entlassene AOK Rheinland/Hamburg hat die Auffassung vertreten, das MKS nicht "zuletzt gesetzlich krankenversichert" gewesen sei; damit seien nur Personen gemeint, die nach dem Ausscheiden aus der gesetzlichen Krankenversicherung bis zum Beginn einer möglichen Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V gänzlich ohne anderweitige Absicherung im Krankheitsfall gewesen seien; da MKS zuletzt bis 08.08.2007 Anspruch auf Gesundheitsfürsorge während der Haft gehabt habe, sei er nicht "zuletzt gesetzlich krankenversichert" gewesen. Wenn aber Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V eingetreten wäre, sei für die Durchführung der Versicherung und die versicherungsrechtliche Beurteilung die letzte Krankenkasse, das sei die Beigeladene, zuständig. 22

Das Gericht hat zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts die MKS betreffende Betreuungsakte des Amtsgerichts B. beigezogen und von der Justizvollzugsanstalt (JVA) S. eine Auskunft über die Haftzeiten des MKS eingeholt. 23

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der zwischen den Beteiligten gewechselten Schriftsätze und den sonstigen Inhalt der Gerichtsakte sowie der beigezogenen, MKS betreffenden Verwaltungsakte des Beklagten, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind, Bezug genommen. 24

Entscheidungsgründe: 25

Die Klage ist zulässig, jedoch nur gegenüber dem Beigeladenen begründet. 26

Die Klage ist zurecht gegen den Oberbürgermeister der Stadt Aachen, vertreten durch den StädteRegionsrat der Städteregion Aachen gerichtet. Die Städteregion Aachen hat die Rechtsstellung eines Kreises; auf sie finden die für Kreise geltenden Vorschriften Anwendung (§ 3 Abs. 1 des "Gesetz zur Bildung der Städteregion Aachen [Aachen-Gesetz]" vom 26.02.2008 - GV. NRW 2008 S.162). Demgemäß ist die Städteregion der zuständige örtliche Träger der Sozialhilfe (vgl. §§ 3 Abs. 2 Satz 1, 97 Abs. 1, 98 Abs. 1 SGB XII i.V.m. § 1 des Landesausführungsgesetzes zum SGB XII für das Land NRW vom 16.12.2004 (GV. NRW 2004 S. 816). Zwar hat die Stadt Aachen die Rechtsstellung einer kreisfreien Stadt (vgl. § 4 Abs. 1 Satz 1 Aachen-Gesetz). Jedoch ist sie nicht örtlicher Träger der Sozialhilfe, da Landesrecht etwas anderes bestimmt (vgl. § 3 Abs. 2 Satz 1, 2. Halbsatz SGB XII). Durch § 6 Abs. 1 Satz 1 Aachen-Gesetz i.V.m. § 23 Abs. 1 des Gesetzes über kommunale 27

Gemeinschaftsarbeit in der Fassung der Bekanntmachung vom 01.10.1979 (GV. NRW 1979 S. 621) i.V.m. Nr. 6 der öffentlich-rechtlichen Vereinbarung über die Aufgabenübertragung in der Städteregion Aachen vom 17.12.2007 (GV. NRW 2008 S. 166) sind die Aufgaben der Stadt Aachen im Bereich der Sozialhilfe auf die Städteregion übertragen worden. Diese wiederum hat die ihr obliegenden Aufgaben nach dem SGB XII den regionsangehörigen Städten und Gemeinden, also auch der Stadt Aachen, zur Entscheidung im eigenen Namen übertragen (§ 1 Nr. 1 der Satzung über die Durchführung der Aufgaben nach dem SGB XII in der Städteregion Aachen). Bei der Durchführung von gerichtlichen Streitverfahren werden die Städte und Gemeinden durch die Städteregion vertreten (§ 3 Nr. 3 der Satzung). Für die Stadt Aachen handelt der Oberbürgermeister, für die Städteregion der StädteRegionsrat als Behörde. Diese Behörden sind beteiligtenfähig im Sinne von § 70 Nr. 3 SGG. Nach dieser Vorschrift sind Behörden, sofern das Landesrecht dies bestimmt, fähig, am Verfahren beteiligt zu sein. § 3 des Gesetzes zur Ausführung des SGG im Lande NRW (AG-SGG NRW) vom 08.12.1953 (GV. NRW 1953 S. 412), zuletzt geändert durch Art. II des Gesetzes vom 28.10.2008 (GV. NRW 2008 S. 646), bestimmt für Nordrhein-Westfalen: "Behörden sind fähig, am Verfahren vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit beteiligt zu sein." (vgl. dazu: BSG, Urteil vom 23.04.2009 - B 9 SB 3/08 R; Urteil vom 24.03.2009 - B 8 SO 29/07 R; a.A. mit wenig überzeugender Begründung: LSG NRW, Urteil vom 25.02.2008 - L 20 SO 31/07, das den Rechtsträger - hier: die Stadt Aachen bzw. die Städteregion Aachen - für die allein beteiligtenfähige "richtige" Beklagte hält). Soweit sich die Klage im Hauptantrag gegen den Beklagten richtet, ist sie unbegründet. Die Klägerin wird durch die angefochtenen Bescheide nicht im Sinne des § 54 Abs. 2 SGG beschwert, da sie nicht rechtswidrig sind. Sie hat keinen Anspruch auf Erstattung ihrer Aufwendungen aus den vier Krankenhausbehandlungsfällen des MKS im Oktober/November 2007 in Höhe von 5.577,60 EUR gem. § 25 i.V.m. § 48 SGB XII,

Nach § 25 SGB XII sind demjenigen, der in einem Eilfall einem anderen Leistungen erbracht hat, die bei rechtzeitigem Einsetzen von Sozialhilfe nicht zu erbringen gewesen wären, die Aufwendungen im gebotenen Umfang zu erstatten, wenn er sie nicht aufgrund rechtlicher oder sittlicher Pflichten selbst zu tragen hat (Satz 1); dies gilt nur, wenn die Erstattung innerhalb angemessener Frist beim zuständigen Träger der Sozialhilfe beantragt wird (Satz 2). Zwar handelte es sich bei den streitbefangenen Krankenhausbehandlungen des MKS jeweils um Eilfälle und hat die Klägerin auch die Erstattung ihrer Aufwendungen in angemessener Frist beim Beklagten beantragt. Jedoch steht dem Nothelferanspruch aus § 25 SGB XII entgegen, dass auch bei Kenntnis des Beklagten von der jeweiligen Behandlungsbedürftigkeit insofern keine Sozialhilfe in Form von Krankenhilfe gem. § 48 SGB XII eingesetzt hätte. Denn MKS war während der Zeiträume der Krankenhausbehandlung versicherungspflichtiges Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung - konkret bei der Beigeladenen - mit Anspruch auf Krankenhausbehandlung durch Vertragskrankenhäuser. Gegenüber dem daraus resultierenden Vergütungsanspruch des Krankenhausträgers ist der Sozialhilfeanspruch nachrangig (§ 2 SGB XII).

28

Die mit dem Hilfsantrag gegen die Beigeladene gerichtete Klage ist begründet.

29

Rechtsgrundlage des gegen die Beigeladene behaupteten Zahlungsanspruchs der Klägerin ist ihr Vergütungsanspruch aus § 109 Abs. 4 SGB V i.V.m. dem aus § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V folgenden Krankenhausbehandlungsanspruch des versicherten Patienten. Die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse entsteht unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung des Versicherten (BSG, Urteil vom 13.12.2001 - B 3 KR 11/01 R = SozR 3-2500 § 112 Nr. 2; Urteil vom 23.07.2002 - B 3 KR 64/01 R = SozR 3-2500 § 112 Nr. 3). Die näheren Einzelheiten über Aufnahme und Entlassung der Versicherten, Kostenübernahme,

30

Abrechnung der Entgelte sowie die Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung ist in den zwischen der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen einerseits und verschiedenen Krankenkassen sowie Landesverbänden der Krankenkassen andererseits geschlossenen Verträge nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGB V geregelt.

Der Krankenhausbehandlungsanspruch des Patienten MKS gegenüber der Beigeladenen folgt aus dessen während der Behandlungszeiträume bestehenden Pflichtmitgliedschaft bei der Beigeladenen. Die Pflichtmitgliedschaft bestand vom 09.08.2007 bis zum Tod des MKS am 16.03.2008. Sie ergibt sich aus § 5 Abs. 1 Nr. 13 a) SGB V (sog. "Bürgerversicherung"). Nach dieser Vorschrift besteht Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung für 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 Abs. 5 oder den in § 6 Abs. 1 oder 2 genannten Personen gehören oder bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inhalt gehört hätten. 31

Nach seiner Entlassung aus der Haft hatte MKS ab 09.08.2007 keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall. Der Anspruch auf Krankenbehandlung nach § 58 StVollzG endete am 08.08.2007. Auch der (mögliche) Anspruch auf Krankenhilfe nach § 48 SGB XII beinhaltet keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V. Dies ergibt sich aus § 5 Abs. 8a Satz 1 und 2 SGB V. Danach sind Empfänger laufender Leistungen nach dem 3., 4., 6. und 7. Kapitel des Zwölften Buches nicht nach Abs. 1 Nr. 13 versicherungspflichtig. Personen, die ausschließlich und fallweise Hilfen zur Gesundheit nach dem 5. Kapitel des SGB XII erhalten, sind in § 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V gerade nicht genannt. Der alleinige Bezug von Hilfe bei Krankheit gem. § 48 SGB XII stellt damit keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall dar. Soweit MKS ab 25.09.2007 laufende Leistungen nach dem 4. Kapitel des SGB XII (GSI bei Erwerbsminderung) erhalten hat, steht dies einer Pflichtmitgliedschaft in der Bürgerversicherung ab 09.08.2007 nicht entgegen, da zu diesem Zeitpunkt die laufenden Leistungen noch nicht bezogen wurden. Durch das Einsetzen der laufenden GSI-Leistungen ab 25.09.2007 ist eine am 09.08.2007 begonnene Mitgliedschaft des MKS gem. § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V nicht beendet worden; dies ergibt sich ausdrücklich aus § 190 Abs. 13 Satz 2 SGB V. 32

MKS erfüllte für die Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 a) SGB V ab 09.08.2007 auch die Voraussetzung "zuletzt gesetzlich krankenversichert". Er war nämlich vom 06.01. bis 03.04.1958 aufgrund einer Tätigkeit als Schlepper im Bergbau bei der Beigeladenen (bzw. deren Rechtsvorgängerin) krankenpflichtversichert. 33

"Zuletzt gesetzlich gesetzlich krankenversichert" im Sinne von § 5 Abs. 1 Nr. 13 a) SGB V bedeutet nicht, dass einer möglichen "Bürgerversicherung" eine gesetzliche Krankenversicherung zeitlich unmittelbar vorausgegangen sein muss. Es ist unschädlich, wenn nach dem Ende einer Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenversicherung ein Zustand bestanden hat, in dem die betreffende Person nicht gesetzlich krankenversichert war. Das Tatbestandsmerkmal "zuletzt gesetzlich krankenversichert" dient allein dazu, Personen, die bisher keinen Bezug zur gesetzlichen Krankenversicherung aufweisen, etwa weil sie vor Verlust der Absicherung im Krankheitsfall als Beamte oder beamtenähnlich abgesichert oder selbstständig tätig und privat krankenversichert waren, vom Versicherungsschutz der gesetzlichen Krankenversicherung auszunehmen (vgl. BT-Drucksache 16/3100, S. 94). Dieser Personenkreis - zu dem MKS nicht gehört - ist der 34

neugeschaffenen Verpflichtung zum Abschluss eines privaten Krankenversicherungsvertrages ("Basistarif", § 178 a Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz - VVG) zuzuordnen (LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 25.02.2009 - L 11 KR 497/09 ER - B). § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchstabe a) und b) SGB V verfolgen den Zweck, dass alle Personen ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall eine Absicherung erhalten. Diese Absicherung erfolgt - unter Berücksichtigung der Besonderheiten nach § 5 Abs. 8a SGB V - durch eine Zuordnung zur gesetzlichen Krankenversicherung oder zur privaten Krankenversicherung aufgrund der Regelungen in § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V und § 193 Abs. 3 VVG. Der Begriff "zuletzt gesetzlich krankenversichert" in § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchstabe a) SGB V ist dabei im Kontext der Regelungen des Buchstabe b) auszulegen. § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchstabe b) SGB V erfasst Personen ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall, die in ihrem Leben bisher weder gesetzlich noch privat krankenversichert waren. Demgegenüber bezweckt die Regelung in Buchstabe a) in Verbindung mit der Regelung in der privaten Krankenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG), alle Personen zu erfassen, die bereits einmal gesetzlich oder privat krankenversichert waren. Diese bereits einmal versicherten Personen ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall werden daher vollständig und lückenlos dem Versicherungssystem zugeordnet, dem sie vor der fehlenden Absicherung im Krankheitsfall zuletzt angehört haben. Es kommt daher nicht darauf an, ob die Person unmittelbar vor dem fehlenden anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall gesetzlich krankenversichert war. Maßgeblich für die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 a) SGB V ist vielmehr, dass die letzte Versicherung vor dem fehlenden anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall eine gesetzliche Krankenversicherung (und nicht eine private Krankenversicherung) war (vgl. Schreiben des BMG vom 05.01.2009; Beschluss der Kammer vom 15.05.2009 - S 13 KR 71/09 ER).

MKS war zuletzt vor dem 09.08.2007 nicht in der Zeit vom 10.03. bis 27.03.2005 oder bis 31.03.2005 aufgrund des Bezugs von Alg II gem. § 5 Abs. 2a SGB V gesetzlich krankenversichert gewesen. Soweit sich nach Meinung der Beigeladenen aus dem Inhalt der Verwaltungsakte etwas anderes schließen ließe, hat der Beklagte dieses aufgrund eines Vermerks des Fachbereich Soziales vom 16.09.2009 richtig gestellt: "Im Bereich der Stadt Aachen erfolgte die Betreuung obdachloser Menschen seit dem 01.01.2005 aufgrund eines entsprechenden Rückübertragungsvertrages zwischen der ARGE in der Stadt Aachen (Träger der SGB II-Leistungen) und der Stadt Aachen (Träger der SGB XII-Leistungen) durch einen Mitarbeiter des Sozialamtes der Stadt Aachen. Dieser war somit sowohl zuständig für die Gewährung von Arbeitslosengeld II - dann im Auftrag der ARGE - als auch für die Gewährung von Sozialhilfe.

35

Bei seiner ersten Vorsprache am 10.03.2005 hatte [MKS] sein 65. Lebensjahr noch nicht vollendet, so dass grundsätzlich die Voraussetzungen für die Gewährung von ALG II vorlagen. Da seitens des zuständigen Mitarbeiters jedoch offensichtliche Zweifel an der ebenfalls erforderlichen Erwerbsfähigkeit des [MKS] bestanden, wurde umgehend eine amtsärztliche Untersuchung zu dieser Frage veranlasst. Die Gewährung der Tagessätze zur Behebung der Mittellosigkeit erfolgte zunächst ohne Bescheiderteilung.

36

Da der Hilfefall programmtechnisch erfasst werden musste, entschied sich der Mitarbeiter für eine Erfassung im "Programm für SGB II-Leistungen". Nach erfolgter amtsärztlicher Stellungnahme, die zu dem Ergebnis gelangte, dass [MKS] dauerhaft nicht erwerbsfähig ist, wurden die Leistungen zum 01.04.2005 im "Programm für SGB XII-Leistungen" erfasst. Diese Tatsache ist mit dem Satz gemeint: "Somit wird der Hilfefall zum 01.04.2005 nach SGB XII umgestellt". Hierbei handelte es sich lediglich um eine haushaltsrechtliche Umstellung.

37

Die seit dem 10.03.2005 verausgabten Barleistungen wurden somit rück- wirkend aufgrund nicht bestehender Erwerbsfähigkeit nach den Be- stimmungen des SGB XII gewährt."	38
Dementsprechend hat auch die ARGE in der Stadt Aachen auf ausdrückliche Nachfrage des Gerichts bestätigt, dass MKS keine Leistungen nach dem SGB II bezogen hat.	39
Dafür, dass MKS jemals in seinem Leben und insbesondere zuletzt vor dem 09.08.2007 privat krankenversichert gewesen wäre, gibt es keine Anhaltspunkte und fehlt jeglicher Beleg. Soweit die Beklagte darauf hinweist, dass dies nicht ausgeschlossen werden könne, bewegt sie sich im Bereich reiner Spekulation. Dagegen ist nachgewiesen und durch die von der Beigeladenen vorgelegte Kopie der Leistungskarte des MKS belegt, dass dieser vom 06.01. bis 03.04.1958 wegen einer Tätigkeit als Schlepper im Bergbau gesetzlich krankenpflichtversichert war. Auch die Mutmaßungen der Beigeladenen zu einer eventuell danach bestehenden Familienversicherung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung vermögen nicht zu begründen, dass nach dem Versicherungstatbestand aus dem Jahre 1958 eine anderweitige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung bestanden hat, die das Merkmal "zuletzt gesetzlich krankenversichert" ausfüllen. Insbesondere ist eine von der Beigeladenen angedachte Familienversicherung über die "verstorbene Ehefrau" des MKS bereits deshalb nicht denkbar, weil dieser nicht verheiratet war. Soweit es in dem nicht näher begründeten Datensatz auf Bl. 183 der Verwaltungsakte des Beklagten heißt, MKS sei "verwitwet" ist dies ebenso falsch wie der dortige Vermerk, er sei "Rentner". Ausweislich der als Bl. 52 der Betreuungsakte des Amtsgerichts B. befindlichen Abschrift der Sterbeurkunde war MKS "nicht verheiratet". Auch im (vorsorglich gestellten) Alg II-Antrag vom 10.03.2005 hat sich MKS als "ledig" bezeichnet und nicht etwa als "verwitwet".	40
Da nichts anderes bekannt ist und unter Ausschöpfung zumutbarer Ermittlungsmöglichkeiten auch nicht ermittelt werden kann, steht fest, dass MKS vor dem 09.08.2007 zuletzt vom 06.01. bis 03.04.1958 bei der Knappschaft gesetzlich krankenversichert war.	41
War MKS somit nach der Entlassung aus der Haft am 08.08.2007 ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall und zuletzt gesetzlich krankenversichert, so begann seine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung gem. § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V am 09.08.2007; dies ergibt sich aus § 186 Abs. 11 Satz 1 SGB V. Sie endete mit dem Tod des MKS am 00.00.2008 (vgl. § 190 Abs. 1 SGB V). Die Aufnahme der GSi-Leistungen nach dem 4. Kapitel des SGB XII ab 25.09.2007 steht dem Fortbestehen der Pflichtmitgliedschaft in der Bürgerversicherung nicht entgegen (§ 190 Abs. 13 Satz 2 SGB V). Versicherungspflichtige nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 werden Mitglied der Krankenkasse oder des Rechtsnachfolgers der Krankenkasse, bei der sie zuletzt versichert waren (§ 174 Abs. 5 SGB V). Da MKS zuletzt bei der Rechtsvorgängerin der Beigeladenen - der Knappschaft - krankenversichert war, ist diese die für die Durchführung seiner Mitgliedschaft zuständige Krankenkasse. Dem steht weder entgegen, dass MKS im Jahre 2005 für die Durchführung der Krankenbehandlung während des Bezugs von Sozialhilfe gem. § 264 Abs. 2 SGB V die AOK Rheinland/Hamburg gewählt hat, noch der Umstand, dass er im Januar 2008 bei dieser Krankenkasse einen Antrag auf Mitgliedschaft gem. § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V gestellt hat. Die Übernahme der Krankenbehandlung für Empfänger laufender Sozialhilfeleistungen gem. § 264 Abs. 2 SGB V begründet kein gesetzliches Krankenversicherungsverhältnis und keine Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung, auf die allein die Wahlrechtsvorschriften der §§ 173 bis 175 SGB V anwendbar sind. Und durch den im Januar 2008 gestellten Antrag bei der AOK Rheinland/Hamburg auf Mitgliedschaft in der Bürgerversicherung hat MKS nicht wirksam diese Krankenkasse gewählt. Denn ein solches	42

Wahlrecht stand ihm nicht zu. Aufgrund der Sonderbestimmung des § 174 Abs. 5 SGB V gelten die allgemeinen Krankenkassenwahlrechte für Personen ohne anderweitige Absicherung im Krankheitsfall bei Eintritt der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V nicht; sie werden wieder Mitglied der Krankenkasse oder dem Rechtsnachfolger der Krankenkasse, bei der zuletzt eine - ggf. schon viele Jahre zurückliegende - Mitgliedschaft bestanden hat (vgl. gemeinsames Rundschreiben der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 20.03.2007, Die Beiträge 5/2007, S. 286).

Der Mitgliedschaft des MKS vom 09.08.2007 bis 16.03.2008 bei der Beigeladenen steht nicht entgegen, dass MKS dort weder einen Antrag noch eine Anzeige zur Mitgliedschaft gem. § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V gestellt hat. Die Bürgerversicherung ist keine Antragsversicherung. Ein Antrag bzw. eine Anzeige (vgl. § 186 Abs. 1 Satz 4 SGB V) ist lediglich auf deklaratorische Feststellung der Versicherungspflicht gerichtet, löst die Amtsermittlungspflicht der angegangenen Krankenkasse gem. § 20 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) aus und mündet in eine Feststellung des Bestehens oder Nichtbestehens der Versicherungspflicht. Die Versicherungspflicht selbst entsteht kraft Gesetzes bei einer bestimmten Krankenkasse mit dem Eintritt der Voraussetzungen, ohne dass es eines Antrags oder eine Anzeige bedarf. Andernfalls hätte es eine betroffene Person in der Hand, durch Tun oder Unterlassen die Pflichtversicherung zu beeinflussen. Eine verspätete Anzeige wirkt sich deshalb auch nicht auf den Beginn der Versicherung, sondern gem. § 186 Abs. 11 Satz 4 SGB V allenfalls auf die Bedingungen der Beitragszahlung aus. Wäre im Fall des MKS die AOK Rheinland/Hamburg auf dessen Antrag vom 15.01.2008 hin im Rahmen ihrer Ermittlungen nicht zu dem - falschen - Ergebnis gelangt, es bestehe keine Versicherungspflicht gem. § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V, so hätte sie die Bearbeitung zuständigkeitshalber an die gem. § 174 Abs. 5 SGB V zuständige Beigeladene abgegeben bzw. abgeben müssen. Im Regelfall wird sich der für die Feststellung der Versicherungspflicht entscheidungserhebliche Sachverhalt vor allem durch Mitwirkung des Versicherten klären lassen. Falls dies aber nicht möglich ist, insbesondere deshalb, weil - wie im vorliegenden Fall - die betreffende Person bereits verstorben ist und andere Beweismittel nicht zur Verfügung stehen, muss die Versicherungspflicht und/oder die zuständige Krankenkasse allein anhand der bekannten Umstände festgestellt werden. 43

Die Klägerin hat ihren Vergütungsanspruch gegen die Beigeladene dem Grund und der Höhe nach richtig - und von der Beigeladenen unbeanstandet - mit 5.565,56 EUR beziffert. Soweit die Kosten der vier Behandlungsfälle gegenüber der Beigeladenen um 12,04 EUR niedriger als gegenüber dem Beklagten errechnet worden sind, beruht dies darauf, dass die Klägerin für die Behandlungsfälle a) und b) verpflichtet war, einen Abschlag gem. § 8 Abs. 9 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) in der vom 01.01.2007 bis 31.12.2008 geltenden Fassung vorzunehmen. Zurecht ist der Abschlag auch nur für die Behandlungsfälle a) und b) erfolgt, da nur diese nach Fallpauschalen (DRG-System) abgerechnet worden sind, nicht dagegen die Behandlungsfälle c) und d). 44

Der von der Klägerin geltend gemachte Anspruch auf Prozesszinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz ab Rechtshängigkeit (03.12.2008) ist begründet. Er findet seine Grundlage in entsprechender Anwendung von §§ 291, 288 Abs. 1 Satz 2 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB). Die früher vertretene andere Auffassung zum Anspruch auf Prozesszinsen hat das Bundessozialgericht (BSG) im Urteil vom 28.09.2005 (B 6 KA 71/04 R) jedenfalls für eine von § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG erfasste Streitigkeit - wie die vorliegende - aufgegeben. Dem schließt sich die Kammer an. 45

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 SGG i.V.m. §§ 161 Abs. 1, 162 Abs. 1, 155 Abs. 1 VwGO. Entgegen der Auffassung des BSG (vgl. BSG, Beschluss vom 11.06.2008 - B 8 SO 45/07 B = SozR 4-1500 § 183 Nr. 7; Urteil vom 19.05.2009 - B 8 SO 4/08 R) findet in den Streitigkeiten eines Krankenhauses gegen den Sozialhilfeträger wegen eines Anspruchs aus § 25 SGB XII die Kostenregelung des § 193 SGG ebensowenig Anwendung wie in Streitigkeiten eines Krankenhauses gegen eine Krankenkasse wegen des Vergütungsanspruchs aus der Behandlung eines Versicherten. In beiden Fallkonstellationen ist der Krankenhausträger nicht gerichtskosten- privilegierter Leistungsempfänger im Sinne von § 183 SGG. Das Krankenhaus erfüllt durch die Krankenbehandlung den Krankenhilfeanspruch des Sozialhilfebedürftigen gegenüber dem Sozialhilfeträger (als Nothelfer) bzw. den (Sach-)Leistungsanspruch des Versicherten gegenüber der Krankenkasse (als Vertragspartner der Krankenkasse). Für diese Leistung, die der Krankenhausträger im stillschweigenden bzw. vertraglich vereinbarten Auftrag des Sozialhilfeträgers bzw. der Krankenkasse erbringt, erhält er vom Sozialhilfeträger Aufwendungsersatz gem. § 25 SGB XII bzw. von der Krankenkasse eine Vergütung gem. § 109 Abs. 4 SGB V i.V.m. dem einschlägigen Landesvertrag und nach Maßgabe des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Krankenhausentgelt- gesetzes und der Bundespflegeverordnung. Soweit das BSG im Beschluss vom 11.06.2008 (a.a.O.) die nach § 25 SGB XII vom Nothelfer geforderte Geldleistung als eine "Sozialhilfeleistung im weiten Sinne" qualifiziert, die sich als "Fortwirkung des ursprünglichen Sozialhilfeanspruchs des Hilfeempfängers" darstelle, verkennt es, dass die gegenüber dem Hilfeempfänger/Patienten erbrachte Leistung nicht die geforderte Geldleistung, sondern die Krankenbehandlung ist. Im Sinne des § 183 SGG ("Leistungsempfänger") empfängt der Hilfsbedürftige/Patient die Leistung "Krankenbehandlung" aus seinem gegenüber dem Sozialhilfeträger bestehenden Anspruch nach § 48 SGB XII bzw. aus seinem gegenüber der Krankenkasse bestehenden Anspruch nach § 39 SGB V "durch die Hand" des Krankenhausträgers. Indem der Sozialhilfeträger/die Krankenkasse für die Erfüllung des Primäranspruchs des Hilfeempfängers/versicherten Patienten Aufwendungsersatz/Vergütung zahlt, wird das Krankenhaus nicht zum Leistungsempfänger im Sinne von § 183 SGG.

Da die Klägerin mit ihrer Klage gegen den Beklagten im Hauptantrag unterlegen ist, erscheint es sachgerecht und angemessen, dass sie die Hälfte der Kosten des Verfahrens trägt; die andere Hälfte trägt die Beigeladene, da sie entsprechend dem Hilfsantrag zur Zahlung verurteilt worden ist. 47

Die Streitwertentscheidung beruht auf § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG i.V.m. §§ 62 Abs. 2, 52 Abs. 3, 45 Abs. 1 Satz 2 und 3 Gerichtskostengesetz (GKG). Da Haupt- und Hilfsantrag denselben Gegenstand - die Kosten derselben vier Krankenhausbehandlungsfälle - betreffen, ist für die Bestimmung des Streitwertes nur der Wert des höheren Anspruchs maßgebend (§ 45 Abs. 1 Satz 2 i.V.m. Satz 3 GKG). 48