
Datum: 13.01.2010
Gericht: Sozialgericht Aachen
Spruchkörper: 19. Kammer
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: S 19 SO 59/08
ECLI: ECLI:DE:SGAC:2010:0113:S19SO59.08.00

Nachinstanz: Landessozialgericht NRW, L 20 SO 78/10
Sachgebiet: Sozialhilfe
Rechtskraft: rechtskräftig

Tenor:

Die Beigeladene zu 2. wird verurteilt, an die Klägerin 8810,75 Euro nebst 5 % Zinsen über dem Basiszinssatz seit dem 30.06.2008 zu zahlen. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen. Die Gerichtskosten und die außergerichtlichen Kosten der Klägerin trägt die Beigeladene zu 2., die außergerichtlichen Kosten des Beklagten und des Beigeladenen zu 1. trägt die Klägerin. Der Streitwert wird auf 8855,02 Euro festgesetzt.

- Tatbestand: 1
- Die Klägerin begehrt die Kosten für eine stationäre Behandlung der Frau H (i.F.: Patientin) in der Zeit vom 28.10.2007 bis zum 19.11.2007. 2
- Die am 00.00.00 geborene Patientin lebte während des Jahres 2006 zumindest vorübergehend im örtlichen Zuständigkeitsbereich des Beigeladenen zu 1. und hielt sich nach eigenen Angaben aus Oktober 2007 gelegentlich bei einem Bekannten in diesem Bereich auf. Ab September 2006 wurde sie mehrfach im Krankenhaus D auf Kosten des Beigeladenen zu 1. behandelt. Eine Krankenversicherung bestand bis zum 24.11.2004 in Form einer Familienversicherung und besteht wieder seit dem 26.06.2009 aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld II. 3
- Am 28.10.2007 wurde die Patientin im Rahmen einer Notfallbehandlung in der von der Klägerin betriebenen Klinik für Plastische Chirurgie, Hand- und Verbrennungschirurgie 4

aufgenommen. Die Klägerin unterrichtete den Beigeladenen zu 1. am Folgetag von der Aufnahme und beantragte am 31.10.2007 Übernahme der Kosten, was der Beigeladene zu 1. mit Bescheid vom 08.01.2008 mit der Begründung ablehnte, die Patientin sei bereits im Jahre 2006 aus seinem örtlichen Zuständigkeitsbereich abgemeldet worden und seither unbekannten Aufenthalts. Über den am 11.02.2008 hiergegen eingelegten Widerspruch ist noch nicht entschieden.

Ferner beantragte die Klägerin am 07.02.2008 die Erstattung der Kosten beim Beklagten. Dieser lehnte eine Übernahme mit Bescheid vom 15.04.2008 ab und führte aus, weder der Aufenthalt noch die Einkommens- und Vermögensverhältnisse der Patientin seien hinreichend aufklärbar gewesen. Den am 14.05.2008 erhobenen Widerspruch wies der Beklagte mit Bescheid vom 12.06.2008 zurück und führte aus, für die Patientin habe vorrangig eine sog. Bürgerversicherung bestanden. 5

Hiergegen richtet sich die am 30.06.2008 erhobene Klage. 6

Die Klägerin hatte zunächst ausgeführt, ein vorrangiger Anspruch der Patientin gegenüber der Beigeladenen zu 2. habe nicht bestanden, da die im Laufe der Jahre 2006 und 2007 seitens des Beigeladenen zu 1. gewährte Krankenhilfe als anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall die sog. Bürgerversicherung ausgeschlossen habe. Sie hat ihre Rechtsauffassung später dahingehend geändert, dass grundsätzlich die Beigeladene zu 2. zur Vergütung der Behandlungsleistungen verpflichtet ist. 7

Die Klägerin beantragt, 8

den Beklagten, hilfsweise die Beigeladene zu 2., höchsthilfsweise den Beigeladenen zu 1., unter Aufhebung des Bescheides vom 15.04.2008 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 12.06.2008 zu verurteilen, an sie 8.855,02 Euro nebst 5 % Zinsen über dem Basiszinssatz seit dem 30.06.2008 zu zahlen. 9

Der Beklagte beantragt, 10

die gegen ihn gerichtete Klage abzuweisen. 11

Er hält sich für örtlich unzuständig und sieht im Übrigen eine Bürgerversicherung als gegeben an. 12

Der Beigeladene zu 1. beantragt, 13

die gegen ihn gerichtete Klage abzuweisen. 14

Er verneint - selbst für den Fall, dass ein Nothelferanspruch grundsätzlich gegeben wäre - seine örtliche Zuständigkeit. Im Übrigen schließt er sich der Auffassung des Beklagten zum Vorliegen einer Bürgerversicherung an. 15

Die Beigeladene zu 2. beantragt, 16

die gegen sie gerichtete Klage abzuweisen. 17

Sie führt aus, die Voraussetzungen einer Bürgerversicherung seien nicht gegeben, da eine Klärung des Versicherungsschutzes für die Zeit zwischen dem 25.11.2004 und dem 26.06.2009 aufgrund der lückenhaften Angaben der Patientin nicht möglich sei. In der mündlichen Verhandlung hat die Beigeladene zu 2. mitgeteilt, sie habe den vom Betreuer der 18

Patientin gestellten Antrag auf Durchführung der Krankenversicherung in der Zeit vom 01.04.2007 bis zum 25.06.2009 mit Bescheid vom 12.11.2009 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 17.12.2009 abgelehnt.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die gewechselten 19
Schriftsätze und die übrige Gerichtsakte sowie die beigezogenen Verwaltungsakten des
Beklagten und des Beigeladenen zu 1. sowie die Krankenakten der Klägerin verwiesen.

Entscheidungsgründe: 20

Die zulässige Klage ist insoweit begründet, als gem. § 75 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz (SGG) 21
die Beigeladene zu 2. zur Zahlung eines geringfügig niedrigeren Betrages als von der
Klägerin beantragt zu verurteilen ist. Im Übrigen ist die Klage unbegründet.

Die Klägerin hat keinen Anspruch gegen einen der beiden Sozialhilfeträger (dazu unten 1.), 22
da die Patientin im Behandlungszeitraum versicherungspflichtig in der gesetzlichen
Krankenversicherung gewesen ist (dazu unten 1 b) und somit einen gegenüber dem
Sozialhilfeanspruch vorrangigen Anspruch auf Krankenbehandlung hatte. Aus diesem Grund
hat die Klägerin jedoch einen Anspruch gegenüber der Beigeladenen zu 2. als zuständiger
Krankenkasse (dazu unten 2.).

1.) Soweit die Klägerin Kostenübernahme aus Mitteln der Sozialhilfe (hier: aufgrund der 23
Nothelferregelung in § 25 Sozialgesetzbuch - Zwölftes Buch - Sozialhilfe - SGB XII) begehrt
(d.h. soweit sich die Klage gegen den Beklagten und den Beigeladenen zu 1. richtet), ist die
Klage unbegründet.

a) Einem Nothelferanspruch der Klägerin gegenüber einem der beiden Sozialhilfeträger gem. 24
§ 25 SGB XII steht entgegen, dass auch bei Kenntnis des Beklagten oder des Beigeladenen
zu 1. von der Behandlungsbedürftigkeit der Patientin kein Anspruch auf Leistungen der
Krankenhilfe (§ 48 SGB XII) bestanden hätte, denn der Anspruch des Hilfebedürftigen auf
Krankenschutz durch einen Träger der Krankenversicherung geht einem Anspruch auf
Krankenhilfe aus Sozialhilfemitteln vor, § 2 SGB XII.

b) Die Patientin war im Behandlungszeitraum bei der Beigeladenen zu 2. gesetzlich 25
krankenversichert in der sog. Bürgerversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchstabe a
Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V).

aa) Hiernach besteht Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung für 26
Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und
zuletzt gesetzlich krankenversichert waren. Nicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchstabe a SGB V
versicherungspflichtig ist gem. § 5 Abs. 8a Satz 1 SGB V, wer nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 bis 12
SGB V versicherungspflichtig, freiwilliges Mitglied oder nach § 10 SGB V versichert ist.
Entsprechendes gilt für Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten
und Siebten Kapitel des SGB XII (§ 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V).

bb) Die Patientin hatte während des Behandlungszeitraums keinen anderweitigen Anspruch 27
auf Absicherung im Krankheitsfall. Insbesondere führt die Tatsache, dass der Beigeladene zu
1. seit September 2006 verschiedentlich die Kosten stationärer Behandlungen etc. im Wege
der Krankenhilfe nach § 48 SGB XII übernommen hat (darunter auch die stationäre
Behandlung im Krankenhaus Düren, die der Aufnahme bei der Klägerin unmittelbar
vorausgegangen ist) keinen solchen anderweitigen Anspruch, denn § 5 Abs. 8a Satz 2 SGB
V nimmt ausdrücklich nur die Bezieher laufender Leistungen nach dem dritten, vierten,

sechsten und siebten Kapitel des SGB XII von der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V aus, die "Bezieher" der fallweisen Hilfen zur Gesundheit nach dem fünften Kapitel des SGB XII als sedes materiae der Krankenhilfe fallen somit nicht unter den Ausschlussstatbestand nach § 5 Abs. 8a SGB V (sog. argumentum e contrario). Der alleinige Bezug von Hilfe bei Krankheit gem. § 48 SGB XII stellt damit keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall i.S.d. § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V dar (hierzu SG Aachen, Urteil vom 24.11.2009, S 20 SO 95/08).

cc) Die Patientin erfüllte während des Behandlungszeitraums auch die Tatbestandsvoraussetzung, zuletzt gesetzlich krankenversichert gewesen zu sein. Die Familienversicherung der Patientin bei der Beigeladenen zu 2., die nach deren Angaben bis zum 24.11.2004 bestanden hat, erfüllt den Tatbestand einer gesetzlichen Krankenversicherung i.S.d. § 5 Abs. 1 Nr. 13 a SGB V, denn das Gesetz stellt für die Bürgerversicherung ausdrücklich auf das Bestehen einer gesetzlichen Krankenversicherung, nicht aber auf eine Versicherungspflicht bzw. den Status als Mitglied ab.

28

dd) Es ist nicht ersichtlich, dass zwischenzeitlich eine andere Krankenversicherung bestanden hätte. Bei einer Würdigung der Gesamtumstände, die dem Gericht aus den Akten des Beklagten, des Beigeladenen sowie den Krankenakten der Klägerin über die Lebensverhältnisse der Patientin zwischen November 2004 und dem Behandlungszeitraum bekannt sind, erscheint es hinreichend unwahrscheinlich, dass nach dem Ende privat gegen Krankheit versichert gewesen ist oder dass eine gesetzliche Krankenversicherung bei einem anderen Träger als der Beigeladenen zu 2. bestanden hat. Die Patientin hat - nach eigenen Angaben gegenüber dem Beigeladenen zu 1. - nach dem Ende eines Sozialhilfebezugs im Jahr 2004 keine laufenden Leistungen mehr bezogen und auch keinerlei Einkommen erzielt. Sie hatte auch keinen festen Wohnsitz, sondern hat seit Anfang 2005 bei verschiedenen Personen gelebt. Verschiedene in der Akte des Beigeladenen zu 1. befindliche Krankenunterlagen sprechen von Heroinabhängigkeit, Kachexie (Auszehrung) bei Mangelernährung, Polytoxikomanie, chronischer Virushepatitis C sowie ausgedehnten Unterarmphlegmonen mit Nekrose. All dies lässt auf Lebensumstände schließen, in denen es sehr unwahrscheinlich erscheint, dass die Patientin anderweitig gegen Krankheit abgesichert gewesen ist, zumal sie gegenüber der Landeskrankenhaus D GmbH am 05.10.2006 mitgeteilt hat, sie sei nicht krankenversichert, eine Versicherung bei der Beigeladenen zu 2. habe lediglich bis "vor ca. 1 Jahr" bestanden.

29

dd) Dass eine Krankenversicherung möglicherweise nicht bis unmittelbar vor dem Behandlungszeitraum bestanden hat, ist unbeachtlich. § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchstabe a SGB V setzt nicht voraus, dass einer möglichen "Bürgerversicherung" eine gesetzliche Krankenversicherung zeitlich unmittelbar vorausgegangen sein muss (hierzu und zum folgenden LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 20.10.2008, L 5 B 75/08 KR ER; SG Aachen, Urteil vom 24.11.2009, S 20 SO 95/08). Das Erfordernis einer "zuletzt" bestehenden gesetzlichen Krankenversicherung dient lediglich einer Verteilung der unter § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ("Bürgerversicherung") fallenden Personen auf die Bereiche der Gesetzlichen und der Privaten Krankenversicherung (LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 25.02.2009, L 11 KR 497/09 ER-B). Insbesondere sollen Personen, die bisher keinen Bezug zur gesetzlichen Krankenversicherung hatten, vom Versicherungsschutz der gesetzlichen Krankenversicherung ausgenommen (vgl. BT-Drucksache 16/3100, S. 94) und dem System der Privaten Krankenversicherung (sog. Basistarif nach § 178a Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz - VVG) zugeordnet werden. Maßgeblich für die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchstabe a SGB V ist somit, dass die letzte Krankenversicherung vor dem fehlenden anderweitigen Anspruch auf Absicherung im

30

Krankheitsfall eine gesetzliche Krankenversicherung (und nicht eine private Krankenversicherung) gewesen ist (vgl. Schreiben des BMG vom 05.01.2009; SG Aachen, Beschluss vom 15.05.2009, S 13 KR 71/09 ER).

ee) Die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchstabe a SGB V scheitert insbesondere auch nicht an einem fehlenden Antrag der Patientin. Die Versicherungspflicht setzt keinen solchen Antrag voraus, sondern entsteht kraft Gesetzes (ausführlich SG Aachen, Urteil vom 24.11.2009, S 20 SO 95/08). Sie beginnt nach Maßgabe von § 186 Abs. 11 Satz 1 und 3 SGB V entweder mit dem ersten Tag ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall oder aber mit dem 01.04.2007 (wofür im vorliegenden Fall einiges spricht). 31

ff) Die Zuständigkeit der Beigeladenen zu 2. ergibt sich aus § 174 Abs. 5 SGB V, wonach Versicherungspflichtige nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Mitglied der Krankenkasse werden, bei der sie zuletzt versichert waren. 32

2.) Soweit sich die Klage gegen die Beigeladene zu 2. richtet, ist sie größtenteils begründet. 33

a) Die förmlichen Voraussetzungen zur Verurteilung der Beigeladenen zu 2. sind erfüllt. 34

aa) Sie ist Versicherungsträger i.S.d. § 75 Abs. 5 SGG. Dass Krankenhilfe nach Sozialhilferecht und Versicherungspflicht in der Krankenversicherung rechtlich gesehen verschiedene Dinge sind, steht einer Verurteilung auf Beiladung nicht entgegen, denn § 75 Abs. 5 SGG setzt nur eine "grundsätzliche" Identität der fraglichen Ansprüche voraus (vgl. BSG, Urteil vom 24.05.1984, 7 RAr 15/82, SozR 220 § 1237a Nr. 25). die hier gegeben ist, da es der Klägerin der Sache nach um Übernahme der Behandlungskosten geht. Weiterhin kommt eine Verurteilung nach § 75 Abs. 5 SGB V auch dann in Betracht, wenn beide fraglichen Ansprüche in einem Ausschließlichkeitsverhältnis zueinander stehen (BSG, Urteil vom 15.11.1979, 11 RA 9/79, SozR 5090 § 6 Nr. 4), das sich im vorliegenden Fall wiederum aus der Nachrangigkeit der Sozialhilfe gegenüber dem Krankenversicherungsschutz aus der Gesetzlichen Krankenversicherung ergibt. 35

Dass die Beigeladene den Antrag der Patientin auf Durchführung der Krankenversicherung in der Zeit vom 01.04.2007 bis zum 25.06.2009 mit Bescheid vom 12.11.2009 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 17.12.2009 abgelehnt hat, steht einer Verurteilung ebenfalls nicht entgegen. Es kann dahinstehen, welche Rechtswirkungen ein bestandskräftiger Versagungsbescheid gegenüber der Patientin im Verhältnis zur Klägerin hätte und ob eine solcher Bescheid grundsätzlich der Verurteilung nach § 75 Abs. 5 SGG entgegenstünde, denn die Versagung ist bislang nicht bestandskräftig und damit bindend (§ 77 SGG) erfolgt. 36

b) Die Klägerin kann von der Beigeladenen zu 2. Vergütung nach den Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung verlangen. 37

aa) Die Patientin war - wie dargelegt worden ist - im Behandlungszeitraum bei der Beigeladenen zu 2. gesetzlich krankenversichert. Die Klägerin kann daher von der Beigeladenen zu 2. aufgrund § 109 Abs. 4 SGB V i.V.m. dem aus § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V folgenden Krankenhausbehandlungsanspruch des versicherten Patienten Vergütung ihrer Behandlungen verlangen. 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). 38

- bb) Anhaltspunkte, die für einen niedrigeren als den geltend gemachten Vergütungsanspruch sprechen, liegen bis auf den (nur gegenüber der Beigeladenen zu 2. und nicht auch den anderen Beteiligten einschlägigen) Abschlag nach § 8 Abs. 9 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) in der vom 01.01.2007 bis 31.12.2008 geltenden Fassung nicht vor. Hiernach vermindert sich der Rechnungsbetrag um 0,5 Prozent auf 8.810,75.
- cc) Der Anspruch auf Prozesszinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz ab Rechtshängigkeit (30.06.2008) beruht auf entsprechender Anwendung von §§ 291, 288 Abs. 1 Satz 2 des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB). 40
- 3.) Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG i. V. m. den Vorschriften der Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). 41
- a) Die Kammer weicht insoweit ausdrücklich von der Rechtsprechung des BSG (Beschluss vom 11.06.2008, B 8 SO 45/07 B) ab, wonach Nothelfer wie Leistungsempfänger kostenrechtlich zu privilegieren (§§ 183, 193 SGG) sind. Fallkonstellationen wie die vorliegende zeigen, dass die im Hauptantrag auf den Nothelferanspruch nach § 25 SGB XII gestützten Klagen auf Übernahme von Behandlungskosten der Sache nichts anderes ist als Leistungserbringerstreitigkeiten. Da es nicht vom Ausgang des Rechtsstreits abhängen kann, welches der beiden Kostenregime des SGG Anwendung findet, erscheint es billig und dem Zweck von § 197a SGG entsprechend, denjenigen Nothelfer nicht nach den §§ 183, 193 SGG zu privilegieren, dessen Nothilfehandlung sich nicht von den Leistungen unterscheidet, die er ansonsten gegen Entgelt erbringt (vgl. bereits Urteil der Kammer vom 29.04.2009, S 19 (20) SO 14/08). 42
- b) Die Beigeladene zu 2. hat die Gerichtskosten und die außergerichtlichen Kosten der Klägerin zu tragen, soweit sie verurteilt worden ist (§ 197a Abs. 2 Satz 1 SGG). Angesichts dessen, dass die Klägerin - gemessen an ihrem eigentlichen Klageantrag - nur geringfügig (0,5 Prozent) unterlegen ist, hält die Kammer es für angemessen, der Beigeladenen zu 2. die Kosten insoweit in voller Höhe aufzuerlegen. Auch ihre eigenen Kosten trägt sie selbst. Hinsichtlich eines Anspruchs der Klägerin auf Kostenübernahme aus Sozialhilfemitteln haben der Beklagte und der Beigeladene zu 1. in vollem Umfang obsiegt. Da sie auch durch Stellung eigener Anträge ein eigenes Kostenrisiko eingegangen sind, hat die Klägerin ihre außergerichtlichen Kosten zu erstatten, §§ 155 Abs. 3, 162 Abs. 3 VwGO. 43
- 4.) Die Streitwertentscheidung beruht auf § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG i.V.m. § 52 Abs. 1 des Gerichtskostengesetzes (GKG). 44