S 112 KR 2121/21

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Berlin-Brandenburg
Sozialgericht	Sozialgericht Berlin
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	-
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	obligatorische Anschlussversicherung anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall Empfänger laufender Leistungen der Grundsicherung nach dem SGB XII Verwaltungsakt des Sozialhilfeträgers
Leitsätze	1. Ein Ausschluss aus der obligatorischen Anschlussversicherung (§ 188 Abs. 4 SGB V) besteht in entsprechender Anwendung von § 5 Abs. 8a S. 2 i.V.m. S. 1 SGB V für Empfänger laufender Leistungen der Grundsicherung nach dem SGB XII. Dies setzt regelmäßig einen – ggf. rückwirkend – zuerkennenden Verwaltungsakt des Sozialhilfeträgers voraus. 2. Bestehen keine Anhaltspunkte für eine manipulative Leistungssteuerung durch den Sozialhilfeträger steht der (allgemeine) Nachrang der Sozialhilfe (§ 2 Abs. 1 SGB XII) einer Befugnis der Krankenkasse entgegen, die obligatorische Anschlussversicherung gemäß § 188 Abs. 4 SGB V mittels Feststellung der Eigenschaft als „Empfänger laufender (SGB XII-) Leistungen“ auszuschließen (Abgrenzung zu BSG, Urteil vom 7. Juli 2020 – B 12 KR 21/18 R – juris, Rn. 17).
Normenkette	SGB 5 § 188 Abs 4 SGB 5 § 5 Abs 8a SGB 5 § 5 Abs 1 Nr 13 SGB 12 § 2 Abs 1
1. Instanz	
Aktenzeichen	S 112 KR 2121/21
Datum	08.04.2024

2. Instanz

Aktenzeichen -
Datum -

3. Instanz

Datum -

Â

Sozialgericht Berlin Â

Â

[S 112 KR 2121/21](#) Â

verkÃ¼ndet am
8. April 2024

Â

Â

Â

Â

Â

Â

Â

Im Namen des Volkes

Urteil

In dem Rechtsstreit

Â Â Â Â Â Â Â Â Â V. â GmbH,
vertreten durch die GeschÃftsfÃ¼hrungâ

â

Â

in Sachen: B. â geb. â 1964

â KlÃ¤gerin â

Â

Proz.-Bev.:

â□;

Â

gegen

Â

Â Â Â Â Â Â Â Â Â AOK Rheinland-Pfalz/Saarland,Â Â

Virchowstr. 30, 67304 Eisenberg,

â□;

â□□ **Beklagte** â□□

Â

1. Â Â Â Â Â Jobcenter Berlin Treptow-KÃ¶penick,Â Â

GroÃ-Berliner-Damm 73 A-E, 12487 Berlin,

Â

2. Â Â Â Â Â das Land Berlin vertreten durch das Bezirksamt Treptow-KÃ¶penick von Berlin,

**Abt. Soziales und Jugend Amt fÃ¼r Soziales â□□ Fachbereich I â□□
Rechtsstelle**

Hans-Schmidt-Str. 18, 12489 Berlin,

â□;

â□□ **Beigeladene** â□□

Â

Â

hat die 112. Kammer des Sozialgerichts Berlin auf die mÃ¼ndliche Verhandlung vom 8. April 2024 durch den PrÃ¤sidenten des Sozialgerichts â□; sowie die ehrenamtliche Richterin â□; **und den** ehrenamtlichen Richter â□; fÃ¼r Recht erkannt:

Â

Die Beklagte wird verurteilt, der KlÃ¤gerin 952,72 â nebst Zinsen in

Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 10. April 2021 zu zahlen.

Ä

Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens mit Ausnahme der außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen, die diese Kosten selbst zu tragen haben.

Ä

Die Sprungrevision wird zugelassen.

Ä

Ä

Tatbestand

Ä

Streitig sind Vergütungsansprüche für eine stationäre Behandlung des obdachlosen Patienten â€¦ B. Ä (fortan: B. bzw. Patient) im Oktober 2020.

Ä

Der 1964 geborene, seit vielen Jahren alkoholabhängige Patient wurde am 20. Juni 2018 aus der Justizvollzugsanstalt (JVA) H. â€¦ entlassen, wo er seit Juli 2017 inhaftiert war. Aus der für ihn von der JVA im Rahmen der Entlassungsmaßnahmen vorgesehenen vollstationären Einrichtung Haus S. â€¦ zog B. noch am Entlassungstag wieder aus und verschwand. Eine ihm vom beigeladenen Sozialhilfeträger unter dem 22. Juni 2018 bewilligte Eingliederungshilfe nach dem Sechsten Kapitel des SGB XII wurde sechs Tage später (Bescheid vom 28. Juni 2018) wieder aufgehoben, weil die Betreuung nicht zustande gekommen war. Nach zwei stationären Behandlungen (vom 26. Juni bis 3. Juli sowie vom 4. bis 10. Juli 2018) war B., für den seit 5. Juli 2018 ein Betreuer (vorläufig) bestellt war, ab 10. Juli 2018 in einer Wohnungsloseneinrichtung untergebracht (Haus H. â€¦). Das beigeladene Jobcenter bewilligte ihm mit Bescheid vom 27. Juli 2018 rückwirkend ab 20. Juni 2018 laufende Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Zweites Buch â€¦ Grundsicherung für Arbeitsuchende â€¦ (SGB II). Die beklagte Krankenkasse stellte unter dem 17. September 2018 für den Patienten eine Mitgliedsbescheinigung (Beginn 1. Juli 2018) aus. B. war bereits seit August 2018 nicht mehr auffindbar und es bestand weder zu seinem Betreuer noch zur Beklagten oder zu den Beigeladenen Kontakt. Der Beigeladene zu 1) hob die Bewilligung von SGB II-Leistungen schließlich ab 1. Februar 2019 auf. Anschließend und zugleich letztmalig bezog B. Arbeitslosengeld II vom 1. Dezember 2020 bis 31. Januar 2021.

Â

Vom 15.Â bis zum 16.Â Oktober 2020 befand sich B. in stationÃrter Behandlung im Krankenhaus der KIÃrgerin. Die stationÃre Aufnahme erfolgte Ãber die Rettungsstelle des Krankenhauses aufgrund eines Entzugskrampfanfalles bei Alkoholentzug. Der Patient wurde neurologisch tragiert und konsiliarisch psychiatrisch behandelt. Nach Stabilisierung des Zustandes und dem Ausschluss neurologischer AuffÃlligkeiten wurde der Patient zum kontrollierten Alkoholentzug bzw. Ãberwachung aufgenommen. Wegen der Einzelheiten der Behandlung wird auf den Arztbrief vom 16.Â Oktober 2020 verwiesen.

Â

Nachdem die Beklagte die KostenÃbernahme fÃr die Behandlung abgelehnt hatte stellte ihr die KIÃrgerin am 26.Â MÃrz 2021 die entstandenen Krankenhausbehandlungskosten in HÃhe von 952,72 â€ vergeblich in Rechnung. Die Abrechnung erfolgte auf Grundlage der PEPP PA02 D (â€Psychische und VerhaltensstÃrungen durch psychotrope Substanzen, Alter

Â

Mit der am 7. Dezember 2021 erhobenen Klage verfolgt die KIÃrgerin den VergÃtungsanspruch gegenÃber der Beklagten weiter. FÃr B., der zuletzt bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert gewesen sei, habe eine Mitgliedschaft aufgrund der Versicherungspflicht gemÃÃ [Â§ 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a\)](#) Sozialgesetzbuch FÃnftes Buch â€ Gesetzliche Krankenversicherung â€ (SGBÂ V) bestanden. Einen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall habe B. nicht gehabt. Den Folgeaufenthalt des Patienten vom 6. bis 17. Januar 2021 habe die Beklagte beglichen. Wegen der weiteren Einzelheiten des klÃrgerischen Vorbringens wird auf die Klageschrift vom 7. Dezember 2021 nebst Anlagen sowie auf die SchriftsÃtze vom 24. MÃrz 2022, 1. August 2022, 12. Dezember 2022, 7. August 2023, 3. November 2023 und 12. MÃrz 2024 verwiesen.

Â

Die KIÃrgerin beantragt,

Â

1. die Beklagte zu verurteilen, an sie (die KIÃrgerin) 952,72 â€ nebst Zinsen in HÃhe von 2Â Prozentpunkten Ãber dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 10.Â April 2021 zu zahlen,
2. die Sprungrevision zuzulassen.

Â

Die Beklagte beantragt,

Â

Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â 1. die Klage abzuweisen,

2. die Sprungrevision zuzulassen.

Â

Der Patient sei zum Zeitpunkt der Behandlung kein Mitglied der Beklagten gewesen. Eine Versicherungspflicht nach [Â§ 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a\) SGB V](#) habe schon mangels Mitwirkung des B. nicht festgestellt werden können. Sowohl eine Auffang-Pflichtversicherung wie eine obligatorische Anschlussversicherung nach [Â§ 188 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) seien wegen eines nachgewiesenen anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall ausgeschlossen. Denn der Patient sei im Zeitpunkt der stationären Behandlung evident (sozial)hilfebedürftig gewesen und deswegen über den zuständigen Sozialhilfeträger abzusichern. Auf die Ausführungen in den Schriftsätzen der Beklagten vom 3. Februar 2022, 4. Mai 2022, 2. September 2022, 16. November 2022, 25. April 2023, 2. Oktober 2023 und 25. Januar 2024 wird ergänzend Bezug genommen.

Â

Die Beigeladenen stellen keinen Antrag.

Â

Wegen der weiteren Einzelheiten des Beteiligtenvorbringens und zur Ergänzung des Sachverhalts wird schließlich Bezug genommen auf den Inhalt der gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen sowie auf den übrigen Inhalt der Gerichtsakte, der den Behandlungsfall betreffenden Verwaltungsakte der Beklagten, der den B. betreffenden Leistungsakte (eAkte) des beigeladenen Jobcenters sowie den Inhalt (des Retents) der Sozialhilfeakten des B. Die genannten Akten haben vorgelegen und waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung.

Â

Entscheidungsgründe

Â

Die vom klagenden Krankenhaus erhobene (echte) Leistungsklage ist im hier bestehenden Gleichordnungsverhältnis zulässig (st. Rspr; vgl. BSG vom 16. Dezember 2008 – B 1 KN 1/07 KR R – BSGE 102, 172 = SozR 4-2500 Â§ 109 Nr. 13, RdNr. 9; BSG vom 16. August 2021 – B 1 KR 18/20 R – BSGE 133, 24 = SozR 4-2500 Â§ 2 Nr. 17, RdNr. 7) und begründet. Der Klägerin steht der geltend gemachte Vergütungsanspruch in Höhe von 952,72 – nebst der tenorierten Zinsen gegen die Beklagte zu.

Â

1. Rechtsgrundlage des VergÃ¼tungsanspruchs ist [Â§ 109 Abs. 4 S. 3 SGB V](#) i. V. m. [Â§ 7 Krankenhausentgeltgesetz \(KHEntgG\)](#) und [Â§ 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz \(KHG\)](#). Der Anspruch wird auf Bundesebene durch NormsetzungsvertrÃ¤ge (NormenvertrÃ¤ge) konkretisiert (vgl. BSG, Urteil vom 19. Dezember 2017 â [B 1 KR 17/17 R](#) â, RdNr. 12, st. Rspr.).

Â

Die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse entsteht unabhÃ¤ngig von einer Kostenzusage unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung â wie hier â in einem zugelassenen Krankenhaus durchgefÃ¼hrt wird und i.S. von [Â§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich und wirtschaftlich ist (st. Rechtsprechung; vgl. z.B. BSG vom 8. November 2011 â [B 1 KR 8/11 R](#) â [BSGE 109, 236](#) = SozR 4-5560 Â§ 17b Nr. 2, RdNr. 13, 15 f; BSG vom 19. November 2019 â [B 1 KR 33/18 R](#) â SozR 4-2500 Â§ 109 Nr. 77 RdNr. 10, 12 f m.w.N.). Zwischen den Beteiligten ist nicht streitig, dass die stationÃ¤re Behandlung des Patienten im fraglichen Zeitraum (15. â 16. Oktober 2020) medizinisch erforderlich und wirtschaftlich war. Die Beteiligten streiten auch nicht darÃ¼ber, dass das Krankenhaus die HÃ¶he der VergÃ¼tung auf Grundlage des tatsÃ¤chlichen Geschehensablaufs zutreffend nach dem fÃ¼r PlankrankenhÃ¤user geltenden, oben benannten Ã¶ffentlich-rechtlichen Preisrecht sachlich-rechnerisch zutreffend berechnete. Eine nÃ¤here PrÃ¼fung der erkennenden Kammer zu dieser HÃ¶he erÃ¼brigt sich nach der stÃ¤ndigen Rechtsprechung des BSG (z.B. BSG vom 26. Mai 2020 â [B 1 KR 26/18 R](#) â juris RdNr 11 m.w.N.).

Â

2. Der Patient erfÃ¼llte nach [Â§ 188 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) die Voraussetzungen fÃ¼r den Zugang zur obligatorischen Anschlussversicherung.

Â

[Â§ 188 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) (in der insoweit bis heute unverÃ¤nderten Fassung des Art 1 Nr. 2b Buchst. b des Gesetzes zur Beseitigung sozialer Ã¼berforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung vom 15. Juli 2013, [BGBl I 2423](#)) bestimmt: FÃ¼r Personen, deren Versicherungspflicht oder Familienversicherung endet, setzt sich die Versicherung mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder mit dem Tag nach dem Ende der Familienversicherung als freiwillige Mitgliedschaft fort, es sei denn, das Mitglied erklÃ¤rt innerhalb von zwei Wochen nach Hinweis der Krankenkasse Ã¼ber die AustrittsmÃ¶glichkeiten seinen Austritt.

Â

Die Möglichkeit des Zugangs des Patienten zur obligatorischen Anschlussversicherung war hiernach kraft seiner unmittelbar vorausgegangenen, bei der Krankenkasse bis (mindestens) zum 31. Januar 2019 bestehenden Versicherungspflicht grundsätzlich eröffnet. Die Versicherungspflicht folgte für diese Zeit aus dem Bezug bzw. der Zuerkennung (zu zuerkanntem Arbeitslosengeld vgl. BSG, Urteil vom 22. Mai 2003 – B 12 KR 20/02 R – juris) von Alg II (vgl. [Â§ 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V](#)). Der Patient erklärte auch nicht seinen Austritt aus der Versicherung ([Â§ 188 Abs. 4 Satz 1 Halbsatz 2 SGB V](#)).

Â

3. Der Zugang zur obligatorischen Anschlussversicherung war nicht nach [Â§ 188 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) ausgeschlossen. An die Stelle der bisherigen Versicherungspflicht trat weder eine andere Versicherungspflicht noch eine Familienversicherung (dazu a), noch war die obligatorische Anschlussversicherung aufgrund eines nachgewiesenen anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall ausgeschlossen (dazu b).

Â

[Â§ 188 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) bestimmt: Satz 1 gilt nicht für Personen, deren Versicherungspflicht endet, wenn die übrigen Voraussetzungen für eine Familienversicherung erfüllt sind oder ein Anspruch auf Leistungen nach [Â§ 19 Abs. 2](#) besteht, sofern im Anschluss daran das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachgewiesen wird.

Â

a) Für den ledigen, 1964 geborenen Patienten bestand weder eine Familienversicherung noch wurde nach dem 31. Januar 2019 bis zum Beginn der Krankenhausbehandlung eine vorrangige Versicherungspflicht für ihn begründet, insbesondere nicht nach [Â§ 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V](#) durch erneuten Leistungsbezug nach dem SGB II mit Zuordnung zu einer anderen Krankenkasse. Aus dem im Klageverfahren ermittelten Versicherungsverlauf des Rentenversicherungsträgers ergeben sich keinerlei Hinweise auf sonstige Tatbestände einer Versicherungspflicht.

Â

Eine andere Versicherungspflicht ergab sich für den Patienten auch nicht aus [Â§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#). Denn der Zugang zur obligatorischen Anschlussversicherung schließt eine nachrangige Auffang-Versicherungspflicht nach [Â§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) von vornherein aus. Mit der obligatorischen Anschlussversicherung wollte der Gesetzgeber den Grundsatz des Vorrangs der freiwilligen Versicherung vor der nachrangigen Auffang-Versicherungspflicht des [Â§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) stärken (vgl. [BT-Drucks. 17/13947 S. 27](#) f. zu Nr. 2b Buchst b; BSG vom 10. Dezember 2019 – B 12 KR 20/18 R – BSGE 129, 265 = SozR 4-2500 [Â§ 188 Nr. 1, Rn. 25](#)).

Â

b) Ein Ausschluss aus der obligatorischen Anschlussversicherung ist auch nicht aus dem Grund eines nachgewiesenen anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall gegeben.

Â

MaÃgeblich ist insoweit [Â§ 5 Abs. 8a SGB V](#), der nach $\frac{1}{4}$ bereinstimmender Rechtsprechung des 12. und 1. Senats des BSG auf [Â§ 188 Abs. 4 SGB V](#) entsprechend anzuwenden ist (BSG, Urteil vom 29. Juni 2021 â [B 12 KR 35/19 R](#) â juris Rn. 14 ff.; BSG, Urteil vom 10. MÃrz 2022 â [B 1 KR 30/20 R](#), Rn. 19 m.w.N., [BSGE 134, 6](#) ff.). Nach MaÃgabe der insoweit anwendbaren sog. Prognoserechtsprechung (vgl. BSG, Urteil vom 10. MÃrz 2022 â [B 1 KR 30/20 R](#), Rn. 19 m.w.N., [BSGE 134, 6](#) ff.) muss spÃttestens am letzten Tag des nachgehenden Leistungsanspruchs gemÃÃ [Â§ 19 Abs. 2 SGB V](#) mit dem nahtlosen Anschluss eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall sicher zu rechnen gewesen sein. Ein Ausschluss aus der obligatorischen Anschlussversicherung besteht in entsprechender Anwendung von [Â§ 5 Abs. 8a S. 2](#) i.V.m. S. 1 SGB V fÃr EmpfÃnger laufender Leistungen der Grundsicherung nach dem SGB XII. Es kommt insoweit nicht auf den â vorliegend nicht gegebenen â tatsÃchlichen Bezug von (Geld-) Leistungen an. Laufende Leistungen der Grundsicherung werden vielmehr auch in dem Zeitraum â empfangenâ, fÃr den sie durch Verwaltungsakt des SozialhilfetrÃgers â gegebenenfalls auch rÃckwirkend â zuerkannt sind (vgl. BSG, Urteil vom 7. Juli 2020 â [B 12 KR 21/18 R](#) â Rn. 12 m.w.N.). An einem derartigen zuerkennenden Verwaltungsakt fehlt es vorliegend.

Â

Entgegen der Auffassung der Beklagten reicht es regelmÃÃig â und auch vorliegend â nicht aus, wenn â ohne Verwaltungsakt â lediglich die materiell-rechtlichen Anspruchsvoraussetzungen nach dem SGB XII erfÃllt waren, was hier nach dem Gesamtergebnis der Ermittlungen unzweifelhaft der Fall sein dÃrfte. Es bedarf vielmehr einer entsprechenden Feststellung des (Sozialhilfe-)Anspruchs, und zwar grundsÃtzlich durch den zustÃndigen SozialhilfetrÃger (vgl. BSG, Urteil vom 6. Oktober 2010 â [B 12 KR 25/09 R](#) â juris, Rn. 17 ff. = [BSGE 107, 26-37](#); zustimmend Felix, MedR 2023, 264, 266). Ausnahmsweise kann sich die Eigenschaft als â EmpfÃnger laufender (SGB XII-) Leistungenâ auch auf der Grundlage einer entsprechenden sachlich-rechtlichen Feststellung der Krankenkasse ergeben (vgl. BSG, Urteil vom 7. Juli 2020 â [B 12 KR 21/18 R](#) â juris, Rn. 17). BegrÃndet wird diese Kompetenz mit der gesetzgeberischen ErwÃgung, gesteuerte Kostenverschiebungen durch die SozialhilfetrÃger zu verhindern. Anders als im Sachverhalt, der dem zuletzt genannten Urteil des BSG zu Grunde lag, ist vorliegend jedoch nicht die verfahrensrechtliche Situation gegeben, dass noch ein offener Anspruch des B. auf eine abschlieÃende Verwaltungsentscheidung des SozialhilfetrÃgers bestand. Auch sonst bestehen keine Anhaltspunkte dafÃr, dass der Beigeladene zu 2) das SGB XII-Leistungsverfahren (manipulativ) zu Lasten der

Beklagten gesteuert haben könnten. Vielmehr hatten alle hier involvierten Träger, die Beklagte ebenso wie die Beigeladenen zu 1) und 2), ab August 2018 jeglichen Kontakt zum B. im Dunkel von dessen Obdachlosigkeit verloren. Die Beigeladene zu 2) hatte insbesondere auch im Zeitpunkt der in Rede stehenden Krankenbehandlung keine Kenntnis vom Leistungsfall. In derartigen Fällen steht der (allgemeine) Nachrang der Sozialhilfe ([Â§ 2 Abs. 1 SGB XII](#)) einer Befugnis der Krankenkasse entgegen, die obligatorische Anschlussversicherung mittels Feststellung der Eigenschaft als Empfänger laufender (SGB XII-) Leistungen auszuschließen.

Â

Der Zinsanspruch ergibt sich aus [Â§ 12 Abs. 5](#) des Berliner Vertrages über Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung gemäß [Â§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) vom 1. November 1994 (Krankenhausvertrag).

Â

Die Kostenentscheidung folgt aus [Â§ 197a Abs. 1 Satz 1 Teilsatz 3 SGG](#) i.V.m. [Â§ 154 Abs. 1](#) sowie [Â§ 162 Abs. 3](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Eine Erstattung der außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen, die keine Anträge gestellt haben, ist nicht veranlasst.

Â

Das Gericht hat die Sprungrevision wegen grundsätzlicher Bedeutung der Rechtssache zugelassen ([Â§ 161 Abs. 2 i. V. m. Â§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#)).

Â

Â

Erstellt am: 11.04.2024

Zuletzt verändert am: 23.12.2024