
S 7 KR 396/17

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht	Bundessozialgericht
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	-
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Krankenversicherung – kein Ausschluss der obligatorischen Anschlussversicherung bei Bezug von Grundleistungen nach dem AsylbLG
Leitsätze	Grundleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz begründen keinen die obligatorische Anschlussversicherung ausschließenden anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall.
Normenkette	SGb V § 5 Abs 1 Nr 13 ; SGb V § 5 Abs 8a S 2 ; SGb V § 5 Abs 8a S 4 ; SGb V § 5 Abs 11 S 3 ; SGb V § 19 Abs 2 ; SGb V § 188 Abs 4 S 1 F: 2013-07-15; SGb V § 188 Abs 4 S 3 F: 2013-07-15; AsylbLG § 2 ; AsylbLG § 3 ; AsylbLG § 4

1. Instanz

Aktenzeichen	S 7 KR 396/17
Datum	06.05.2019

2. Instanz

Aktenzeichen	L 5 KR 101/19
Datum	09.07.2020

3. Instanz

Datum	10.03.2022
-------	------------

Â

Die Revision der Beklagten gegen das Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 9.Â Juli 2020 wird zurÂ¼ckgewiesen.

Die Beklagte trägt auch die Kosten des Revisionsverfahrens, ausgenommen die außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen.

Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 4590,50 Euro festgesetzt.

Ä

Gründe :

I

Ä

1

Die Beteiligten streiten über die Vergütung zweier Krankenhausbehandlungen.

Ä

2

Der geschiedene, ausreisepflichtige türkische Staatsangehörige S (im Folgenden: der Patient) hielt sich zuletzt geduldet (Aussetzung der Abschiebung) im Bundesgebiet auf. Er war aufgrund eines vom 5.9. bis 16.12.2016 bestehenden Beschäftigungsverhältnisses bei der beklagten Krankenkasse (KK) pflichtversichert. Er beantragte am 16.12.2016 Leistungen nach dem SGB II. Das zuständige Jobcenter lehnte Leistungen wegen des Aufenthaltsrechtlichen Status des Patienten am 1.2.2017 ab. Die beigelagerte Stadt Ludwigshafen (im Folgenden: AsylbLG-Trägerin) bewilligte ihm nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) rückwirkend ab Dezember 2016 laufende Geldleistungen zum Lebensunterhalt (*Bescheid vom 6.4.2017*). Er befand sich wegen einer Suchterkrankung mit Alkoholintoxikation vom 10.4. bis 13.4.2017 (10:54 Uhr) und vom 13.4. (13:15 Uhr) bis 27.4.2017 in stationärer Behandlung in dem Plankrankenhaus der Klägerin (im Folgenden: Krankenhaus). Das Krankenhaus stellte der KK für den ersten Krankenhausaufenthalt 871,52 Euro und für den zweiten 3718,98 Euro vergeblich in Rechnung. Auf die Klage des Krankenhauses hat das SG nach Beiladung der AsylbLG-Trägerin die KK zur Zahlung von 4590,50 Euro nebst Zinsen hierauf in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 11.7.2017 verurteilt. Das LSG hat die Berufung der KK zurückgewiesen: Die KK schulde dem Krankenhaus die Begleichung der dem Grunde und der Höhe nach unstreitigen Forderung. Der Patient sei nach dem 16.12.2016 und auch während der beiden Krankenhausbehandlungen bei der KK als freiwilliges Mitglied aufgrund der vorrangigen obligatorischen Anschlussversicherung nach [§ 188 Abs 4 SGB V](#) versichert gewesen. Keine entsprechende Anwendung finden die Ausschlussbestände nach [§ 5 Abs 8a und Abs 11 SGB V](#). Zwar habe er aufgrund der rückwirkenden Bewilligung ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall bestanden, jedoch nicht wie von [§ 188 Abs 4 Satz 3 SGB V](#) gefordert im Anschluss an den für einen Monat nachwirkenden Versicherungschutz nach [§ 19 Abs 2 SGB V](#) (*Urteil vom 9.7.2020*).

Â

3

Die KK rÃ¼gt mit ihrer Revision â sinngemÃ die Verletzung von [Â§ 5 Abs 8a und Abs 11 sowie Â§ 188 Abs 4 SGB V. Â§ 5 Abs 8a SGB V](#) sei entsprechend anzuwenden. Auch komme es auf den Zeitpunkt des Nachweises der anderweitigen Absicherung nicht an.

Â

4

Die Beklagte beantragt,
die Urteile des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 9. Juli 2020 und des Sozialgerichts Speyer vom 6. Mai 2019 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Â

5

Die KlÃ¤gerin beantragt,
die Revision zurÃ¼ckzuweisen.

Â

6

Die beigeladene AsylbLG-TrÃ¤gerin stellt keinen Antrag.

Â

7

Das klagende Krankenhaus und die beigeladene AsylbLG-TrÃ¤gerin halten die angefochtene Entscheidung fÃ¼r zutreffend.

Â

II

Â

8

Die zulÃssige Revision der beklagten KK ist unbegrÃ¼ndet ([Â§ 170 Abs 1 Satz 1 SGG](#)). Zu Recht hat das LSG deren Berufung gegen das Urteil des SG zurÃ¼ckgewiesen, mit dem das SG die KK zur Zahlung von 4590,50 Euro nebst

Zinsen hierauf in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 11.7.2017 verurteilt hat. Die Klage, mit der das Krankenhaus eine Vergütung von 4590,50 Euro für die Behandlung des Patienten begehrt, ist dem Grunde und der Höhe nach begründet (dazu 1.). Zu Recht hat das Krankenhaus seinen Anspruch gegenüber der KK geltend gemacht. Nicht die beigeladene Stadt als Leistungsträgerin nach dem AsylbLG (AsylbLG-Trägerin), sondern die KK ist Schuldnerin der vom Krankenhaus für den Patienten erbrachten Leistungen. Der Patient war spätestens seit dem 17.1.2017 und auch noch im Zeitraum der stationären Behandlungen aufgrund einer obligatorischen Anschlussversicherung nach [§ 188 Abs 4 SGB V](#) freiwillig versichertes Mitglied der KK. Er erfüllte die Voraussetzungen für den Zugang zur obligatorischen Anschlussversicherung gemäß [§ 188 Abs 4 Satz 1 SGB V](#) (dazu 2.). Diese war nicht gemäß [§ 188 Abs 4 Satz 3 SGB V](#) ausgeschlossen (dazu 3.). Ein Wegfall der obligatorischen Anschlussversicherung vor den stationären Behandlungen des Patienten folgt auch nicht aus einer entsprechenden Anwendung von [§ 5 Abs 8a und Abs 11 Satz 3 SGB V](#) (dazu 4.).

Ä

9

1. Rechtsgrundlage des von dem Krankenhaus wegen der stationären Behandlung des Patienten geltend gemachten Vergütungsanspruchs ist [§ 109 Abs 4 Satz 3 SGB V](#) iVm der Bundespflegesatzverordnung und dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) sowie der Pflegesatzvereinbarung. Das Gesetz setzt das Bestehen des Vergütungsanspruchs als Gegenleistung für die Erfüllung der Pflicht, erforderliche Krankenhausbehandlung nach [§ 39 SGB V](#) zu gewährleisten, dem Grunde nach als Selbstverständlichkeit voraus (stRspr; vgl BSG vom 19.3.2020 â [BÄ 1 KR 20/19 R](#) â [BSGE 130, 73](#) = SozR 4â2500 [§ 12 Nr 18, RdNr 11](#)).

Ä

10

Die Zahlungsverpflichtung der KK entsteht unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung â wie hier â in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und es von [§ 39 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich und wirtschaftlich ist (stRspr; vgl zB BSG vom 8.11.2011 â [BÄ 1 KR 8/11 R](#) â [BSGE 109, 236](#) = SozR 4â5560 [§ 17b Nr 2, RdNr 13, 15 f](#); BSG vom 19.11.2019 â [BÄ 1 KR 33/18 R](#) â SozR 4â2500 [§ 109 Nr 77 RdNr 10, 12 f mwN](#)). Nach den unangegriffenen, den Senat bindenden ([§ 163 SGG](#)) Feststellungen des LSG war die stationäre Behandlung des Patienten im gesamten Zeitraum (10. â 27.4.2017) medizinisch erforderlich und wirtschaftlich. Dies ist zwischen den Beteiligten auch nicht streitig. Die Beteiligten streiten auch nicht darüber, dass das Krankenhaus die Höhe der Vergütung auf Grundlage des tatsächlichen Geschehensablaufs zutreffend nach dem für

Plankrankenhäuser geltenden, oben benannten öffentlich-rechtlichen Preisrecht sachlich-rechnerisch zutreffend berechnete. Eine nähere Prüfung des erkennenden Senats zu dieser Höhe erbringt sich (*stRspr zur Zugrundelegung von Vergütungsansprüchen bei unstrittiger Berechnungsweise* zB BSG vom 26.5.2020 – [BÄ 1 KR 26/18 R](#) – juris RdNr 11 mwN).

Ä

11

2.Ä Der Patient erfüllte nach [ÄSÄ 188 AbsÄ 4 SatzÄ 1 SGBÄ V](#) die Voraussetzungen für den Zugang zur obligatorischen Anschlussversicherung. Er erklärte auch nicht seinen Austritt aus der Versicherung und war deshalb im Behandlungszeitraum bei der KK versichert.

Ä

12

[ÄSÄ 188 AbsÄ 4 SatzÄ 1 SGBÄ V](#) (in der hier maßgeblichen Fassung des ArtÄ 1 NrÄ 2b BuchstÄ b des Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung vom 15.7.2013, [BGBlÄ I 2423](#)) bestimmt: Für 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 erklärt innerhalb von zwei Wochen nach Hinweis der KK über die Austrittsmöglichkeiten seinen Austritt.

Ä

13

Die Möglichkeit des Zugangs des Patienten zur obligatorischen Anschlussversicherung war hier nach kraft seiner unmittelbar vorausgegangenen, bei der KK bis zum 16.12.2016 bestehenden Versicherungspflicht grundsätzlich eröffnet. Die Versicherungspflicht folgte aus dem bis dahin zwischen dem Patienten und einem Leiharbeitsunternehmen bestehenden Beschäftigungsverhältnis (*Beschäftigungsverversicherung nach [ÄSÄ 5 AbsÄ 1 NrÄ 1 SGBÄ V](#)*) und endete mit dessen Beendigung zum 16.12.2016. Der Patient erklärte auch nicht seinen Austritt aus der Versicherung ([ÄSÄ 188 AbsÄ 4 SatzÄ 1 HalbsatzÄ 2 SGBÄ V](#)). Dies hat das LSG für den Senat bindend festgestellt ([ÄSÄ 163 SGG](#)). Die Beteiligten haben diese Feststellung nicht angegriffen.

Ä

14

3. Der Zugang zur obligatorischen Anschlussversicherung war nicht nach [§ 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*).

Ä

15

[§ 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 § 19 Abs 2 besteht, sofern im Anschluss daran das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachgewiesen wird.

Ä

16

a) Für den geschiedenen, 1976 geborenen Patienten bestand weder eine Familienversicherung noch hat das LSG festgestellt, dass nach dem 16.12.2016 bis zum Beginn der Krankenhausbehandlung eine vorrangige Versicherungspflicht für ihn begründet wurde, insbesondere nicht nach [§ 5 Abs 1 Nr 2 oder Nr 2a SGB V](#) (Leistungsbezug nach SGB III oder nach SGB II). Dafür ist auch nichts ersichtlich. Aus dem auch vom LSG in Bezug genommenen Versicherungsverlauf des Rentenversicherungsträgers ergibt sich kein Hinweis darauf, dass der Patient die Voraussetzungen der Anwartschaftszeit nach [§ 142 SGB III](#) erfüllt haben könnte. Für einen Antrag auf Gewährung von Arbeitslosengeld ist ebenfalls nichts ersichtlich. Im übrigen hat das Jobcenter nach den unangegriffenen, den Senat bindenden Feststellungen ([§ 163 SGG](#)) des LSG im Februar 2017 die von dem Patienten am 16.12.2016 beantragten SGB II-Leistungen bestandskräftig abgelehnt.

Ä

17

Eine andere Versicherungspflicht ergab sich für den Patienten auch nicht aus [§ 5 Abs 1 Nr 13 SGB V](#). Denn der Zugang zur obligatorischen Anschlussversicherung schließt eine nachrangige Auffang-Versicherungspflicht nach [§ 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 [§ 5 Abs 1 Nr 13 SGB V](#) stärken (vgl. BT-Drucks 17/13947 S 27 f zu Nr 2b Buchst b; BSG vom 10.12.2019 Az: [B 12 KR 20/18 R](#) = [BSGE 129, 265](#) = [SozR 4-2500 § 188 Nr 1, RdNr 25](#)).

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

Der 12.Ä Senat des BSG hat zum nachwirkenden Anspruch nach dem Ende der MitgliedÄschaft ([Ä§Ä 19 AbsÄ 2 SGBÄ V](#)) im VerhÄltnis zur obligatorischen Anschlussversicherung nach [Ä§Ä 188 AbsÄ 4 SGBÄ V](#) entschieden, dass die Voraussetzung des anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nach [Ä§Ä 188 AbsÄ 4 SatzÄ 3 SGBÄ V](#) nicht anders auszulegen ist als nach [Ä§Ä 5 AbsÄ 8a SatzÄ 4](#) iVm [Ä§Ä 5 AbsÄ 1 NrÄ 13 SGBÄ V](#). Zu einem unterschiedlichen VerstÄndnis des Begriffs des â  anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall   im Rahmen der Auffang-VersicheÄrungspflicht einerseits und der obligatorischen Anschlussversicherung andererseits zwingt nicht der abweiÄchende Wortlaut der diese Rechtsinstitute normierenden Vorschriften. WÄhrend es nach [Ä§Ä 5 AbsÄ 8a SatzÄ 4 SGBÄ V](#) darauf ankommt, dass keine anderweitige Absicherung â  besteht  , stellt [Ä§Ä 188 AbsÄ 4 SatzÄ 3 AltÄ 2 SGBÄ V](#) zwar darauf ab, dass die anderweitige Absicherung â  nachÄgewieÄsen wird  . Ungeachtet dessen, dass [Ä§Ä 5 AbsÄ 8a SatzÄ 4 SGBÄ V](#) nicht die Auffang-VersicheÄrungsÄpflicht an sich, sondern lediglich die Absicherung im Krankheitsfall in Gestalt des nachgeÄhenden Leistungsanspruchs nach [Ä§Ä 19 AbsÄ 2 SGBÄ V](#) zum Gegenstand hat, setzt auch der Begriff â  nachÄgewiesen   nichts anderes als das Bestehen einer anderweitigen Absicherung zur Ä berzeuÄgung der BehÄ rde oder des Gerichts voraus (vgl BSG vom 29.6.2021 â  Ä BÄ 12Ä KR 35/19Ä RÄ â   juris RdNrÄ 14Ä ff, insbesondere RdNrÄ 17). Dem schlieÄt sich der erkennende Senat mit der Folge an, dass seine Prognoserechtsprechung (vgl BSG vom 10.5.2012 â  Ä BÄ 1Ä KR 19/11Ä RÄ â   BSGE 111Ä 9 =Ä SozR 4â  2500 Ä§Ä 192 NrÄ 5, RdNrÄ 30 und 33; BSG vom 4.3.2014 â  Ä BÄ 1Ä KR 68/12Ä RÄ â   SozR 4â  2500 Ä§Ä 5 NrÄ 22 RdNrÄ 25) auch fÄ r [Ä§Ä 188 AbsÄ 4 SatzÄ 3 SGBÄ V](#) GÄ ltigkeit besitzt. Dies hÄ tte erfordert, dass spÄ testens am letzten Tag des nachgehenden Monats mit dem nahtlosen Anschluss eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall sicher zu rechnen gewesen wÄ re. Soweit der Senat in seiner Entscheidung vom 4.3.2014 ([BÄ 1Ä KR 68/12Ä R](#) â  Ä SozR 4â  2500 Ä§Ä 5 NrÄ 22 RdNrÄ 25) in einer Formulierung nur das sich nahtlos anschlieÄ ende VersicherungspflichtverhÄ ltÄnis erwÄ hnt hat, stellt er klar, dass jede anderweitige, vom Gesetz als hinreichend angesehene Absicherung im Krankheitsfall dafÄ r ausreichend ist (vgl auch BSG vom 4.3.2014, [aaO](#), RdNrÄ 24). Dies gilt insbesondere fÄ r bestimmte Leistungen nach dem SGBÄ XII und dem AsylbLG.

Bei Ablauf des maximal einen Monat dauernden nachwirkenden Versicherungsschutzes gemäß [Â§Â 19 AbsÂ 2 SGBÂ V](#) war der Nachweis eines anderweitigen Anspruchs des Patienten auf Absicherung im Krankheitsfall nicht erbracht. Der Senat kann daher offenlassen, ob zunächst ein nachwirkender Versicherungsschutz nach [Â§Â 19 AbsÂ 2 SGBÂ V](#) durch die KK bestanden hat.

Â

21

4.Â Die obligatorische Anschlussversicherung ist schließlich nicht dadurch rückwirkend entfallen, dass die beigeladene AsylbLG-Trägerin mit Bescheid vom 6.4.2017 dem Patienten rückwirkend ab Dezember 2016 Grundleistungen nach [Â§Â 3 AsylbLG](#) bewilligte. Die Voraussetzungen des [Â§Â 5 AbsÂ 8a SGBÂ V](#) sind im vorliegenden Fall schon tatbestandlich nicht erfüllt (dazu a). [Â§Â 5 AbsÂ 11 SGBÂ V](#) ist nicht entsprechend anzuwenden (dazu b).

Â

22

a)Â [Â§ 5 AbsÂ 8a SatzÂ 2 SGBÂ V](#) (in der Fassung des ArtÂ 1 NrÂ 2 BuchstÂ c des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 26.3.2007, [BGBlÂ I 378](#)) bestimmt zu den sogenannten Analogleistungen iS von [Â§Â 2 AsylbLG](#) und dem sich daraus ergebenden Ausschluss aus der Auffang-Pflichtversicherung nach [Â§Â 5 AbsÂ 1 NrÂ 13 SGBÂ V](#): SatzÂ 1 gilt entsprechend für Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zweiften Buches und für Empfänger laufender Leistungen nach [Â§Â 2 AsylbLG](#).

Â

23

Es bestand zu keinem Zeitpunkt ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall iS des [Â§Â 5 AbsÂ 8a SatzÂ 2 SGBÂ V](#). Nur (Analog-)Leistungen nach [Â§Â 2 AsylbLG](#) führen über [Â§Â 264 AbsÂ 2 SGBÂ V](#) zur hier ausreichenden, aber auch erforderlichen krankenversicherungsgleichen Absicherung. Die Bewilligung von Grundleistungen nach [Â§Â 3 AsylbLG](#) eröffnet dagegen nur Ansprüche auf den abgesenkten Versorgungsanspruch bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt nach [Â§Â 4 AsylbLG](#), nicht jedoch solche, die denen der [Â§Â 47 ff SGBÂ XII](#) entsprechen. Der Patient erhielt nur Grundleistungen nach [Â§Â 3 AsylbLG](#). An die entgegenstehende Feststellung des LSG zum Regelungsgehalt des AsylbLG-Bescheids ist der Senat nicht gebunden.

Â

Es spricht viel dafür, dass die Auslegung eines Verwaltungsaktes stets (auch) Aufgabe des Revisionsgerichts ist (vgl. BSG vom 13.12.2018 – BÄ 5 RE 3/18 R – SozR 4 – 2600 – § 6 Nr. 19 RdNr. 17 ff). Jedenfalls tritt dann keine Bindung an den vom Tatsachenbergericht festgestellten Erklärungsinhalt eines Verwaltungsaktes ein, wenn die Auslegung auf einer unvollständigen Würdigung der festgestellten Tatsachen, einem Rechtsirrtum, einem Verstoß gegen eine Auslegungsregel oder einen Verstoß gegen ein allgemeines Erfahrungs- oder Denkgesetz beruht. In diesem Fall kann das Revisionsgericht die Erklärung selbst auslegen (vgl. BSG, aaO, RdNr. 26). Dies ist hier der Fall. Das LSG hat die Angaben im Bescheid nicht gewürdigt und diesen deshalb irrtümlich rechtlich qualifiziert. Der vom LSG in Bezug genommene Leistungsbescheid der AsylbLG-Trägerin vom 6.4.2017 besagt ausdrücklich: „Gemäß obiger Berechnung erhalten Sie den Leistungsatz nach § 3 AsylbLG.“ Die beigefügte Berechnung entspricht auch dem sich nach § 3 AsylbLG ergebenden Anspruch. Danach hatte der Patient nur einen Anspruch auf Leistungen bei Krankheit nach § 4 AsylbLG.

Ä

Ob eine Leistungsbewilligung nach Ablauf des nachgehenden Versicherungsschutzes, aber rückwirkend für diesen Zeitraum, die obligatorische Anschlussversicherung ebenfalls entsprechend § 5 Abs. 8a SGB V ausschließen würde – wozu der Senat neigt (so zur unmittelbaren Anwendung des § 5 Abs. 8a SGB V BSG vom 6.10.2010 – BÄ 12 KR 25/09 R – BSGE 107, 26 – SozR 4 – 2500 – § 5 Nr. 12, RdNr. 16 ff, insbesondere RdNr. 25) –, kann dahingestellt bleiben. Denn dem Patienten wurden weder Leistungen nach dem SGB XII noch nach § 2 AsylbLG zuerkannt.

Ä

b) Ein Wegfall der obligatorischen Anschlussversicherung vor den stationären Behandlungen des Patienten folgt auch nicht aus einer entsprechenden Anwendung des § 5 Abs. 11 Satz 3 SGB V.

Ä

§ 5 Abs. 11 Satz 3 SGB V bestimmt: Bei Leistungsberechtigten nach dem AsylbLG liegt eine Absicherung im Krankheitsfall bereits dann vor, wenn ein Anspruch auf Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt nach § 4 AsylbLG dem Grunde nach besteht.

Die Vorschrift erkennt die eingeschränkten Leistungen nach [ÄSÄ 4 AsylbLG](#) nur im Rahmen der Auffang-Pflichtversicherung gemäß [ÄSÄ 5 AbsÄ 1 NrÄ 13 SGBÄ V](#) als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall an. Im Rahmen der obligatorischen Anschlussversicherung gilt dies nicht. Eingeschränkte Leistungen nach [ÄSÄ 4 AsylbLG](#) stellen keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall iS des [ÄSÄ 188 AbsÄ 4 SatzÄ 3 SGBÄ V](#) dar. Eine entsprechende Anwendung des [ÄSÄ 5 AbsÄ 11 SatzÄ 3 SGBÄ V](#) im Rahmen des [ÄSÄ 188 AbsÄ 4 SatzÄ 3 SGBÄ V](#) ist aufgrund entgegenstehender Regelungszwecke beider Vorschriften und des Fehlens einer unbewussten Regelungslücke ausgeschlossen.

Der Regelungszweck des [ÄSÄ 5 AbsÄ 11 SGBÄ V](#) besteht darin, eine voraussetzungslose unkontrollierte erstmalige Aufnahme mittels der Auffang-Pflichtversicherung in die GKV auszuschließen. Berechtigte nach dem AsylbLG, die noch aus keinem anderen Grund eine Aufnahme in der GKV gefunden haben oder in den Schutz eines der GKV entsprechenden Sicherungsniveaus gelangt sind (*insbesondere nach* [ÄSÄ 2 AsylbLG](#)), sollen auch für die Absicherung im Krankheitsfall allein dem AsylbLG zugewiesen bleiben. Dies fällt in die Binnensystematik ein. Die Zielrichtung der Vorschrift, eine voraussetzungslose unkontrollierte erstmalige Aufnahme in die GKV zu unterbinden, wird auch in [ÄSÄ 5 AbsÄ 11 SatzÄ 2 SGBÄ V](#) sichtbar. Danach besteht für den Personenkreis der Unionsbürger, der nur unter den Voraussetzungen eines ausreichenden Krankenversicherungsschutzes ein Recht auf Einreise und Aufenthalt hat, keine Auffang-Versicherungspflicht (*vgl auch BSG vom 3.7.2013 âÄ BÄ 12Ä KR 2/11Ä R Ä âÄ SozR 4âÄ 2500 ÄSÄ 5 NrÄ 20 RdNrÄ 29; BSG vom 18.11.2014 âÄ BÄ 8Ä SO 9/13Ä RÄ âÄ BSGE 117, 261 =Ä SozR 4âÄ 3500 ÄSÄ 25 NrÄ 5, RdNrÄ 21*). [ÄSÄ 188 AbsÄ 4 SatzÄ 1 SGBÄ V](#) setzt demgegenüber gerade eine vorbestehende Versicherungspflicht oder eine Familienversicherung und damit eine vorbestehende besondere Nähe zur GKV voraus. Dies lässt sich nur mit der Vorstellung vereinbaren, dass das dortige Schutzniveau auch im Rahmen einer anderweitigen Absicherung nach [ÄSÄ 188 AbsÄ 4 SatzÄ 3 SGBÄ V](#) gewährleistet sein soll.

Auch ist nichts für eine unbewusste Regelungslücke ersichtlich. Denn der Gesetzgeber hat [ÄSÄ 188 AbsÄ 4 SatzÄ 3 SGBÄ V](#) geschaffen in Kenntnis der bestehenden Regelung in [ÄSÄ 5 AbsÄ 11 SatzÄ 3 SGBÄ V](#) zum AsylbLG, ohne diese zu übernehmen (*vgl auch die Begründung der Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit, der ÄSÄ 5 AbsÄ 1 NrÄ 13 SGBÄ V im Blick hatte,*

BT Drucks 17/13497 S. 27 f.). Hätte der Gesetzgeber gewollt, dass eine nahtlose rückwirkende Bewilligung von Grundleistungen nach dem AsylbLG die obligatorische Anschlussversicherung rückwirkend ausschließt, wäre wegen der unterschiedlichen Sicherungsniveaus zudem eine eigenständige Erstattungsregelung im Verhältnis von KKn und AsylbLG-Trägern zu erwarten gewesen. Der Gesetzgeber hat aber auch keine an die Bewilligung von Grundleistungen nach dem AsylbLG anknüpfende, für die Zukunft (ex nunc) wirkende Ausschlussregelung geschaffen.

Ä

31

Der Senat ist sich der für die KKn negativen beitragsrechtlichen Folgewirkungen dieser Lösung bewusst. Diese resultieren jedoch daraus, dass der Gesetzgeber an die Bewilligung von Grundleistungen gemäß [§ 3 AsylbLG](#) weder für die Vergangenheit noch für die Zukunft einen Tatbestand zur Beendigung der obligatorischen Anschlussversicherung geknüpft noch eine Beitragszahlungspflicht der AsylbLG-Träger zumindest für die Vergangenheit vorgesehen hat.

Ä

32

Hier hatte der Patient aufgrund seiner Beschäftigungsversicherung in der GKV Fuß gefasst und damit eine hinreichende Nähe zum Versicherungssystem erlangt. Unerheblich ist deshalb, dass er im Anschluss an seine versicherungspflichtige Beschäftigung rückwirkend nur Grundleistungen nach [§ 3 AsylbLG](#) erhielt.

Ä

33

5. Der Zinsanspruch ergibt sich aus [§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) iVm [§§ 291, 288 Abs. 1 Satz 2 BGB](#) und [§ 9 Abs. 6 und 7](#) des Vertrags nach [§ 112 SGB V](#) zwischen der Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz und den Krankenkassenverbänden. Danach beträgt die Zahlungsfrist für Krankenhausrechnungen 14 Tage. Ab Überschreitung der Zahlungsfrist sind Verzugszinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz zu zahlen. Die KK hat gegen den Beginn des vom SG ausgeurteilten Zinsanspruchs keine Einwände erhoben. Er kann deshalb vom Senat zugrunde gelegt werden.

Ä

34

6. Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197a Abs. 1 Satz 1 Teilsatz 3 SGG](#) iVm

[§ 154 Abs 2](#) sowie [§ 162 Abs 3 VwGO](#). Eine Erstattung der außergerichtlichen Kosten der beigeladenen AsylbLG-Trägerin ist nicht veranlasst. Sie hat im Revisionsverfahren keinen Antrag gestellt. Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf [§ 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 1 SGG](#) iVm [§ 63 Abs 2](#), [§ 52 Abs 1](#) und 3 sowie [§ 47 Abs 1 GKG](#).

Ä

Ä

Erstellt am: 28.07.2022

Zuletzt verändert am: 21.12.2024