

LSG Nordrhein-Westfalen

§ 5 SGB V, § 48 SGB XII (Anspruch auf Sozialleistungen bei Krankheit)

1. Wer bereits unmittelbar vor der Haftentlassung beim zuständigen Sozialhilfeträger für die Zeit nach dem Vollzug der Freiheitsstrafe einen auf die §§ 41 ff. SGB XII gestützten Leistungsantrag stellte, war unmittelbar nach seiner Freilassung entsprechend § 5 Abs. 8 a Satz 2 SGBV Empfänger laufender Leistungen nach dem Vierten Kapitel des SGB XII und hiermit von der Begründung eines Pflichtversicherungsverhältnis gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ausgeschlossen.

2. Die Tatsache, dass die Bewilligung von Leistungen der Grundsicherung im Alter erst einige Zeit nach der Haftentlassung erfolgte, ändert hieran nichts. Für den Empfang laufender Leistungen im Sinne des § 5 Abs. 8 a Satz 2 SGB V ist es maßgeblich, ab wann sie beansprucht und durch den Sozialhilfeträger zuerkannt werden.

3. In dieser Situation besteht im Bedarfsfall ab der Haftentlassung ein Anspruch auf die Gewährung von Hilfe bei Krankheit (§ 48 SGB XII).

4. Aufgrund der Nichtförmlichkeit des Sozialverwaltungsverfahrens (§ 9 SGB X) ist auch ein fermündlicher Antrag eines (noch) Inhaftierten ebenso wirksam wie die in dieser Angelegenheit durchgeführte Heranziehung Dritter als Hilfspersonen (z. B. den Sozialdienst der JVA).

Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 18. Mai 2011 - L 12 SO 60/09

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darüber, wer die Kosten mehrerer stationärer Krankenhausbehandlungen des Herrn T (T) zu tragen hat.

Der ledige T wurde am 00.00.1940 bei M geboren und verstarb am 00.03.2008. Nach seinen Angaben gegenüber seinem im Oktober 2007 bestellten Betreuer (Amtsgericht B - 000) hatte er keine Berufsausbildung und schlug sich auf Baustellen als Hilfsarbeiter durch. Vor der Wiedervereinigung lebte er in der (damaligen) DDR. Er hielt sich zunächst in den neuen Bundesländern ohne Erwerbstätigkeit und ohne festen Wohnsitz auf, sodann 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.

Am 10.03.2005 sprach T bei der Beklagten vor. Er erklärte, derzeit im Klinikum in der Raucherstube zu schlafen, im Café Q habe er Hausverbot. Er bat um finanzielle Hilfe. Anspruch auf Lohnersatzleistungen nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (SGB III) hatte T nicht. Da zunächst noch unklar war, ob er dem Personenkreis des Zweiten Buchs Sozialgesetzbuch (SGB II - Grundsicherung für Arbeitssuchende) oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB XII - Sozialhilfe) zuzuordnen war, nahm die Beklagte auch einen Antrag auf Arbeitslosengeld (Alg) II auf.

Die 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 B fest, dass T dauerhaft erwerbsunfähig sei. Daraufhin wurde er ab 10.03.2005 dem Personenkreis des SGB XII zugeordnet und erhielt Leistungen der Grundsicherung bei Erwerbsminderung nach

dem Vierten Kapitel des SGB XII. Für die Durchführung der Krankenbehandlung gem. § 264 Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGBV) wählte er die AOK Rheinland/Hamburg. Leistungen nach dem SGB II bezog er zu keinem Zeitpunkt; er wurde deshalb auch nicht als Pflichtmitglied zur Krankenversicherung gemeldet. Die letzte Zahlung von Sozialhilfe durch die Beklagte im Jahre 2005 erhielt T am 08.11.2005.

In der Zeit vom 13.11.2005 bis 08.08.2007 war T inhaftiert. Während der Haftzeit hatte er Anspruch auf Krankenbehandlung gem. § 58 Strafvollzugsgesetz (StVollzG).

Vom 25.09.2007 bis zu seinem Tod am 00.03.2008 erhielt T von der Beklagten erneut laufende Grundsicherungsleistungen nach dem Vierten Kapitel des SGB XII. In dieser Zeit wurde er wiederholt in verschiedenen Krankenhäusern behandelt, u.a. im Universitätsklinikum der Klägerin als Notfall

vom 30.09. bis 02.10.2007,
vom 20.10. bis 22.10.2007,
vom 07.11. bis 21.11.2007 sowie
vom 23.11. bis 24.11.2007.

Die hierfür entstandenen Kosten beziffert die Klägerin auf 5.577,60 Euro gegenüber der Beklagten und 5.565,56 Euro gegenüber der Beigeladenen.

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

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

Mit Bescheid vom 16.04.2008 (bzgl. der Behandlungsfälle a) und b)), weiterem Bescheid vom 22.04.2008 (bzgl. des Behandlungsfalles c)) und mit Bescheid vom 26.05.2008 (bzgl. des Behandlungsfalles d)) lehnte der Beklagte eine Übernahme der Kosten ab. Zur Begründung führte sie aus, T 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 lit. a) SGB V (in der sog. „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.

Gegen die o.a. Ablehnungsbescheide legte die Klägerin am 21.05., 27.05. und 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.

Mit Schreiben vom 15.05.2008 teilte die Beigeladene der Beklagten mit, dass T in der Zeit vom 06.01.1958 bis 03.04.1958 bei der Knappschaft krankenversichert gewesen sei.

Die Beklagte wies die Widersprüche der Klägerin mit Widerspruchsbescheid vom 30.10.2008, zugestellt am 03.11.2008, zurück.

Es sei, so die Begründung, 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 T 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.

Am 03.12.2008 hat die Klägerin vor dem Sozialgericht Aachen Klage erhoben.

Sie hat weiterhin die Auffassung vertreten, 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 der Beklagten einen Nothelferanspruch gem. § 25 SGB XII auf Erstattung der Krankenhausbehandlungskosten des T. Anderenfalls - bei Bestehen von Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung - habe sie einen Vergütungsanspruch gegenüber der Beigeladenen.

Die Klägerin hat beantragt,

die Beklagte 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 T 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 Euro zu zahlen,

hilfsweise, die Beigeladene zu verurteilen, ihr 5.565,56 Euro zu zahlen.

Die Beklagte hat beantragt, die gegen sie gerichtete Klage (Hauptantrag) abzuweisen.

Sie hat ihre in den angefochtenen Bescheiden vertretene Auffassung wie-

derholt sowie vertieft und hat sich darin durch eine Auskunft des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) vom 05.01.2009 bestätigt gesehen. Sie hat gemeint, die Mitgliedschaft nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ab 09.08.2007 bei der Beigeladenen ergebe sich aus dem Umstand, dass T bei ihr zuletzt gesetzlich krankenversichert gewesen sei.

Die Beigeladene hat beantragt, die gegen sie gerichtete Klage (Hilfsantrag) abzuweisen.

Sie hat die Auffassung vertreten, der Umstand, dass T 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. T habe jedoch - zeitlich nach der Krankenversicherung des Jahres 1958 - während der Haftzeit Anspruch auf Gesundheitsfürsorge gehabt; desweiteren habe er aufgrund des Bezugs von Grundsicherungsleistungen nach dem Vierten Kapitel des SGB XII ab 25.09.2007 Anspruch auf Krankenhilfe gehabt. Außerdem könne nicht ausgeschlossen werden, dass T 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 T nach dem 04.04.1958 keine Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung entrichtet worden seien. Im Übrigen hat die Beigeladene darauf verwiesen, dass T in seinem Alg II-Antrag vom 10.03.2005 die AOK Rheinland/Hamburg als seine Krankenkasse gewählt habe; sie hat gemeint, 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 SGBV. Nach Auffassung der Beigeladenen habe T vom 10.03.2005 bis 23.03.2005 einen Anspruch auf Alg II gehabt und diese Leistung auch bezogen. Sie schließe dies aus einem behördeninternen Schreiben der Beklagten vom 05.04.2005 (Bl. 43 der Verwaltungsakte der Beklagten), in dem mitgeteilt werde, T erhalte Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII ab 24.03.2005.

Die zunächst beigeladene, später durch das Sozialgericht wieder aus der Beiladung entlassene AOK Rheinland/Hamburg hat die Auffassung vertreten, das T 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 T 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.

Das Sozialgericht hat zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts die T betreffende Betreuungsakte des Amtsgerichts B (000) beizugezogen und von der Justizvollzugsanstalt (JVA) S eine Auskunft über die Haftzeiten des T eingeholt.

Mit Urteil vom 24.11.2009 hat das Sozialgericht dem Hilfsantrag der Klägerin gegen die Beigeladene stattgegeben und die gegen die Beklagte gerichtete Klage abgewiesen.

Zur Begründung hat es im Wesentlichen das Folgende ausgeführt:
Die Klage sei zulässig, jedoch nur gegenüber dem Beigeladenen begründet.

Soweit sich die Klage im Hauptantrag gegen die Beklagte richte, sei sie unbegründet. Die Klägerin werde durch die angefochtenen Bescheide nicht im Sinne des § 54 Abs. 2 SGG beschwert, da sie nicht rechtswidrig seien. Sie habe keinen Anspruch auf Erstattung ihrer Aufwendungen aus den vier Krankenhausbehandlungsfällen des T im Oktober/November 2007 in Höhe von 5.577,60 Euro gem. § 25 i.V.m. § 48 SGB XII.

Nach § 25 SGB XII sei demjenigen, der in einem Eilfall einem anderen Leistungen erbracht habe, 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 habe (Satz 1); dies gelte nur, wenn die Erstattung innerhalb angemessener Frist beim zuständigen Träger der Sozialhilfe beantragt werde (Satz 2). Zwar handele es sich bei den streitbefangenen Krankenhausbehandlungen des T jeweils um Eilfälle und habe die Klägerin auch die Erstattung ihrer Aufwendungen in angemessener Frist bei der Beklagten beantragt. Jedoch stehe dem Nothelferanspruch aus § 25 SGB XII entgegen, dass auch bei Kenntnis der Beklagten von der jeweiligen Behandlungsbedürftigkeit insofern keine Sozialhilfe in Form von Krankenhilfe gem. § 48 SGB XII eingesetzt hätte. Denn T sei während der Zeiträume der Krankenhausbehandlung versicherungspflichtiges Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung - konkret bei der Beigeladenen - mit Anspruch auf Krankenhausbehandlung durch Vertragskrankenhäuser gewesen. Gegenüber dem daraus resultierenden Vergütungsanspruch des Krankenhausträgers sei der Sozialhilfeanspruch nachrangig (§ 2 SGB XII).

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

Rechtsgrundlage des gegen die Beigela-

dene behaupteten Zahlungsanspruchs der Klägerin sei 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 entstehe unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung des Versicherten (Hinweis auf BSG 13.12.2001 - B 3 KR 11/01 R - SozR 3-2500 § 112 Nr. 2; BSG 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, Abrechnung der Entgelte sowie die Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung sei in den zwischen der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen einerseits und verschiedenen Krankenkassen sowie Landesverbänden der Krankenkassen andererseits geschlossenen Verträgen nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGB V geregelt.

Der Krankenhausbehandlungsanspruch des Patienten T gegenüber der Beigeladenen folge aus dessen während der Behandlungszeiträume bestehenden Pflichtmitgliedschaft bei der Beigeladenen. Die Pflichtmitgliedschaft habe vom 09.08.2007 bis zum Tod des T am 00.03.2008 bestanden. Sie ergebe sich aus § 5 Abs. 1 Nr. 13 lit. a) SGB V (sog. Bürgerversicherung). Nach dieser Vorschrift bestehe Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung für Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall hätten 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 gehörten oder bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inhalt gehört hätten.

Nach seiner Entlassung aus der Haft habe T ab 09.08.2007 keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall gehabt. Der Anspruch auf Krankenbehandlung nach § 58 StVollzG habe am 08.08.2007 geendet. Auch der (mögliche) Anspruch auf Krankenhilfe nach § 48 SGB XII beinhalte keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V. Dies ergebe sich aus § 5 Abs. 8a Satz 1 und 2 SGBV. Danach seien Empfänger laufender Leistungen nach dem 3., 4., 6. und 7. Kapitel des Zwölften Buches nicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V versicherungspflichtig. Personen, die ausschließlich und fallweise Hilfen zur Gesundheit nach dem 5. Kapitel des SGB XII erhielten, seien in § 5 Abs. 8a Satz 2 SGBV gerade nicht genannt. Der alleinige Bezug von Hilfe bei Krankheit gem. § 48 SGB XII stelle damit keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall dar.

Soweit T ab 25.09.2007 laufende Leistungen nach dem 4. Kapitel des SGB XII (Grundsicherung bei Erwerbsminderung) erhalten habe, stehe dies einer Pflichtmitgliedschaft in der Bürgerversicherung ab 09.08.2007 nicht entgegen, da zu diesem Zeitpunkt die laufenden Leistungen noch nicht bezogen worden seien. Durch das Einsetzen der laufenden Grundsicherungsleistungen ab 25.09.2007 sei eine am 09.08.2007 begonnene Mitgliedschaft des T gem. § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V nicht beendet worden; dies ergebe sich ausdrücklich aus § 190 Abs. 13 Satz 2 SGB V.

T habe für die Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 a) SGB V ab 09.08.2007 auch die Voraussetzung „zuletzt gesetzlich krankenversichert“ erfüllt. Er sei nämlich vom 06.01.1958 bis 03.04.1958 aufgrund einer Tätigkeit als Schlepper im Bergbau bei der Beigeladenen (bzw. deren Rechtsvorgängerin) krankenpflichtversichert gewesen.

„Zuletzt gesetzlich krankenversichert“ im Sinne von § 5 Abs. 1 Nr. 13 lit. a) SGB V bedeute nicht, dass einer mög-

lichen „Bürgerversicherung“ eine gesetzliche Krankenversicherung zeitlich unmittelbar vorausgegangen sein müsse. Es sei unschädlich, wenn nach dem Ende einer Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenversicherung ein Zustand bestanden habe, in dem die betreffende Person nicht gesetzlich krankenversichert gewesen sei. Das Tatbestandsmerkmal „zuletzt gesetzlich krankenversichert“ diene allein dazu, Personen, die bisher keinen Bezug zur gesetzlichen Krankenversicherung aufwiesen, 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. Dieser Personenkreis - zu dem T nicht gehöre - sei der neugeschaffenen Verpflichtung zum Abschluss eines privaten Krankenversicherungsvertrages („Basistarif“, § 178a Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz - VVG) zuzuordnen (Hinweis auf 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 verfolgten den Zweck, dass alle Personen ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall eine Absicherung erhielten. Diese Absicherung erfolge - 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 sei dabei im Kontext der Regelungen des Buchstaben b) auszulegen. § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchstabe b) SGB V erfasse Personen ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall, die in ihrem Leben bisher weder gesetzlich noch privat krankenversichert gewesen seien. Demgegenüber bezwecke die Regelung in Buchstabe a) in Verbindung mit der Regelung in der privaten Krankenversicherung (§

193 Abs. 3 WG), alle Personen zu erfassen, die bereits einmal gesetzlich oder privat krankenversichert waren. Diese bereits einmal versicherten Personen ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall würden daher vollständig und lückenlos dem Versicherungssystem zugeordnet, dem sie vor der fehlenden Absicherung im Krankheitsfall zuletzt angehört hätten. Es komme daher nicht darauf an, ob die Person unmittelbar vor dem fehlenden anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall gesetzlich krankenversichert gewesen sei. Maßgeblich für die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 lit. a) SGB V sei vielmehr, dass die letzte Versicherung vor dem fehlenden anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall eine gesetzliche Krankenversicherung (und nicht eine private Krankenversicherung) war (Hinweis auf Schreiben des BMG vom 05.01.2009; Beschluss der Kammer vom 15.05.2009 - S 13 KR 71/09 ER).

T sei 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, habe die Beklagte dieses aufgrund eines Vermerks des Fachbereich Soziales vom 16.09.2009 richtig gestellt [wird zitiert]. Dementsprechend habe auch die ARGE in der Stadt B auf ausdrückliche Nachfrage des Gerichts bestätigt, dass T keine Leistungen nach dem SGB II bezogen habe.

Dafür, dass T jemals in seinem Leben und insbesondere zuletzt vor dem 09.08.2007 privat krankenversichert gewesen wäre, gebe es keine Anhaltspunkte und fehle jeglicher Beleg. Soweit die Beklagte darauf hinweise, dass dies nicht ausgeschlossen werden könne, bewege sie sich im Bereich reiner Spekulation. Dagegen sei nachgewiesen und durch die von der Beigeladenen vorgelegte Kopie der Leistungskarte

des T belegt, dass dieser vom 06.01. bis 03.04.1958 wegen einer Tätigkeit als Schlepper im Bergbau gesetzlich krankenpflichtversichert gewesen sei. Auch die Mutmaßungen der Beigeladenen zu einer eventuell danach bestehenden Familienversicherung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung seien nicht geeignet zu begründen, dass nach dem Versicherungstatbestand aus dem Jahre 1958 eine anderweitige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung bestanden habe, die das Merkmal „zuletzt gesetzlich krankenversichert“ ausfüllten. Insbesondere sei eine von der Beigeladenen angedachte Familienversicherung über die „verstorbene Ehefrau“ des T bereits deshalb nicht denkbar, weil dieser nicht verheiratet gewesen sei. Soweit es in dem nicht näher begründeten Datensatz auf Bl. 183 der Verwaltungsakte der Beklagten heiße, T sei „verwitwet“, sei dies ebenso falsch wie der dortige Vermerk, er sei „Rentner“. Ausweislich der als Bl. 52 der Betreuungsakte des Amtsgerichts B (000) befindlichen Abschrift der Sterbeurkunde sei T „nicht verheiratet“ gewesen. Auch im (vorsorglich gestellten) Alg II-Antrag vom 10.03.2005 habe sich T als „ledig“ bezeichnet und nicht etwa als „verwitwet“.

Da nichts anderes bekannt sei und unter Ausschöpfung zumutbarer Ermittlungsmöglichkeiten auch nicht ermittelt werden könne, stehe fest, dass T vor dem 09.08.2007 zuletzt vom 06.01. bis 03.04.1958 bei der Knappschaft gesetzlich krankenversichert gewesen sei. Sei T somit nach der Entlassung aus der Haft am 08.08.2007 ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall und zuletzt gesetzlich krankenversichert gewesen, so habe seine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung gem. § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V am 09.08.2007 begonnen; dies ergebe sich aus § 186 Abs. 11 Satz 1 SGB V. Sie habe mit dem Tod des T am 16.03.2009 geendet (vgl. § 190 Abs. 1 SGB V). Die Aufnahme der Grundsicherungsleistungen nach dem 4. Kapitel des SGB XII ab 25.09.2007

stehe dem Fortbestehen der Pflichtmitgliedschaft in der Bürgerversicherung nicht entgegen (§ 190 Abs. 13 Satz 2 SGB V).

Versicherungspflichtige nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 würden Mitglied der Krankenkasse oder des Rechtsnachfolgers der Krankenkasse, bei der sie zuletzt versichert gewesen seien (§ 174 Abs. 5 SGB V). Da T zuletzt bei der Rechtsvorgängerin der Beigeladenen - der Knappschaft - krankenversichert gewesen sei, sei diese die für die Durchführung seiner Mitgliedschaft zuständige Krankenkasse. Dem stehe weder entgegen, dass T im Jahre 2005 für die Durchführung der Krankenbehandlung während des Bezugs von Sozialhilfe gem. § 264 Abs. 2 SGB V die AOK Rheinland/Hamburg gewählt habe, noch der Umstand, dass er im Januar 2008 bei dieser Krankenkasse einen Antrag auf Mitgliedschaft gem. § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V gestellt habe. Die Übernahme der Krankenbehandlung für Empfänger laufender Sozialhilfeleistungen gem. § 264 Abs. 2 SGB V begründe kein gesetzliches Krankenversicherungsverhältnis und keine Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung, auf die allein die Wahlrechtsvorschriften der §§ 173 bis 175 SGB V anwendbar seien. Und durch den im Januar 2008 gestellten Antrag bei der AOK Rheinland/Hamburg auf Mitgliedschaft in der Bürgerversicherung habe T nicht wirksam diese Krankenkasse gewählt. Denn ein solches Wahlrecht habe ihm nicht zugestanden. Aufgrund der Sonderbestimmung des § 174 Abs. 5 SGB V würden die allgemeinen Krankenkassenwahlrechte für Personen ohne anderweitige Absicherung im Krankheitsfall bei Eintritt der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V nicht gelten; sie würden wieder Mitglied der Krankenkasse oder dem Rechtsnachfolger der Krankenkasse, bei der zuletzt eine - ggf. schon viele Jahre zurückliegende - Mitgliedschaft bestanden habe (Hinweis auf gemeinsames Rundschreiben der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 20.03.2007, Die Beiträge 5/2007, S. 286).

Der Mitgliedschaft des T vom 09.08.2007 bis 00.03.2008 bei der Beigeladenen stehe nicht entgegen, dass T dort weder einen Antrag noch eine Anzeige zur Mitgliedschaft gem. § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V gestellt habe. Die Bürgerversicherung sei keine Antragsversicherung. Ein Antrag bzw. eine Anzeige (vgl. § 186 Abs. 1 Satz 4 SGB V) sei lediglich auf deklaratorische Feststellung der Versicherungspflicht gerichtet, löse die Amtsermittlungspflicht der angegangenen Krankenkasse gem. § 20 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) aus und münde in eine Feststellung des Bestehens oder Nichtbestehens der Versicherungspflicht. Die Versicherungspflicht selbst entstehe kraft Gesetzes bei einer bestimmten Krankenkasse mit dem Eintritt der Voraussetzungen, ohne dass es eines Antrags oder einer Anzeige bedürfe. Andernfalls hätte es eine betroffene Person in der Hand, durch Tun oder Unterlassen die Pflichtversicherung zu beeinflussen.

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

Die Kostenentscheidung beruhe auf § 1 97a 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 (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 -) finde in den Streitigkeiten eines Krankenhauses gegen den Sozialhilfeträger wegen eines Anspruchs aus § 25 SGB XII die Kostenregelung des § 193 SGG ebenso wenig Anwendung wie in Streitigkeiten eines Krankenhauses gegen eine Krankenkasse wegen des Vergütungsanspruchs aus der Behandlung eines Versicherten. In beiden Fallkonstellationen sei der Krankenhausträger nicht gerichtskostenprivilegierter Leistungsempfänger im Sinne von § 183 SGG. Das Krankenhaus erfülle 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 erbringe, erhalte er vom Sozialhilfeträger Aufwendersatz 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 Krankenhausentgeltgesetzes und der Bundespflegegesetzverordnung. 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“ qualifiziere, die sich als „Fortwirkung des ursprünglichen Sozialhilfeanspruchs des Hilfeempfängers“ darstelle, verkenne es, dass die gegenüber dem Hilfeempfänger/Patienten erbrachte Leistung nicht die geforderte Geldleistung, sondern die Krankenbehandlung sei. Im Sinne des § 183 SGG („Leistungsempfänger“) empfangen der Hilfebedürftige/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 Aufwendersatz/Vergütung zahle, werde das Krankenhaus nicht zum Leistungsempfänger im Sinne von § 183 SGG.

Gegen dieses ihr am 07.12.2009 zugestellte Urteil hat die Beigeladene am 23.12.2009 Berufung eingelegt und diese im Wesentlichen wie folgt begründet:

Das Sozialgericht habe dem Hilfsantrag zu Unrecht stattgegeben. T sei im Zeitpunkt der streitigen stationären Krankenhausbehandlungen nicht Versicherter der Beigeladenen gewesen. Soweit das Sozialgericht zu dem Ergebnis komme, dass T zuletzt gesetzlich krankenversichert - und dies bei der Beigeladenen - gewesen sei, handele es sich um eine unbestätigte Spekulation. Zwar habe die Beigeladene zu keinem Zeitpunkt bestritten, dass T im Zeitraum vom 06.01.1958 bis 03.04.1958 bei ihrer Rechtsvorgängerin gesetzlich krankenversichert gewesen sei. Dies allein sei jedoch nicht geeignet, den Eintritt gesetzlicher Krankenversicherungspflicht generell und im speziellen bei der Beigeladenen zu begründen. Aus der Tatsache, dass T etwa 50 Jahre vor den streitgegenständlichen Krankenhausaufenthalten bei der Rechtsvorgängerin der Beigeladenen gesetzlich krankenversichert gewesen sei, könne weder geschlossen werden, dass er seit diesem Zeitraum zu keinem Zeitpunkt privat krankenversichert noch Mitglied einer anderen gesetzlichen Krankenversicherung bzw. dort familienversichert gewesen sei. Es erscheine vielmehr unwahrscheinlich, dass T in dem gesamten fast 50-jährigen Zeitraum - obwohl er gegenüber der Beklagten angegeben habe, mehr als 30 Jahre berufstätig gewesen zu sein - vollständig ohne Krankenversicherungsschutz gewesen sei.

Auch sei die Beigeladene nach wie vor der Auffassung, dass T im Zeitraum 10.03.2005 bis 23.03.2005 Anspruch auf Leistungen nach dem SGB II gehabt und

diese auch erhalten habe. Dabei habe er seinerzeit die AOK als Krankenkasse gewählt. Dies zu Grunde gelegt sei T kraft Gesetzes vor dem streitigen Zeitraum zuletzt bei der AOK gesetzlich krankenversichert gewesen.

Ferner habe der damalige Betreuer T mit Schreiben vom 15.01.2008 die Mitgliedschaft bei der AOK Rheinland/Hamburg als für die Durchführung der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V zuständige Krankenkasse beantragt. Zwar sei die Kassenzuständigkeit und das besondere Wahlrecht bei Versicherungspflichtigen nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V, denen der Nachweis der letzten gesetzlichen Krankenkasse nicht gelinge, in den §§ 173, 174 SGB V nicht geregelt. In diesen Fällen sei eine analoge Anwendung des § 174 Abs. 5 Satz 1 Halbsatz 2 SGB V gerechtfertigt. Nach dieser Vorschrift habe der Versicherungspflichtige das allgemeine Kassenwahlrecht nach § 173 SGB V und werde bei Eintritt der Versicherungspflicht Mitglied der von ihm gewählten Krankenkasse. Da sich vorliegend nicht feststellen lasse, bei welcher Krankenkasse T tatsächlich zuletzt krankenversichert gewesen sei, habe ihm in analoger Anwendung der o.a. Vorschrift das allgemeine Wahlrecht zugestanden. Von diesem habe er mit besagten Schreiben vom 15.01.2008 Gebrauch gemacht und die AOK Rheinland/Hamburg gewählt, wodurch Mitgliedschaft bei dieser Krankenkasse begründet worden sei.

Auch soweit das Sozialgericht zu dem Ergebnis komme, dass T erst ab 25.09.2007 bis zu seinem Tod am 00.03.2008 Anspruch auf laufende Leistungen nach dem SGB XII gehabt habe, sei dies nicht nachvollziehbar. Bereits am 02.08.2007, also mehrere Tage vor der Haftentlassung des T am 08.08.2007, habe eine Mitarbeiterin der JVA S der Beklagten mitgeteilt, dass T Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung auf Dauer nach dem SGB XII beantrage. Noch am selben Tag habe die Beklagte einen Antragsvordruck übersandt. Mit E-Mail vom 03.08.2007 habe die Mit-

arbeiterin der JVA mitgeteilt, dass sie den Antrag mit T ausfüllen und ihm bei Haftentlassung mitgeben werde. Damit sei der Antrag bereits am 02.08.2007 telefonisch gestellt worden, was wegen der Nichtförmlichkeit der Antragstellung zulässig sei. T habe daher bereits im Zeitpunkt seiner Haftentlassung am 08.08.2007 Anspruch auf laufende Grundsicherungsleistungen nach dem SGB XII gehabt, so dass Krankenversicherungspflicht am 09.08.2007 nicht habe eintreten können. Diese Auffassung werde im Ergebnis auch durch das Urteil des BSG vom 06.10.2010 - B 12 KR 25/09 R - bestätigt. Das BSG habe hier ausgeführt, dass durch die Einführung der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V die Kosten einer bestehenden Absicherung im Krankheitsfall auf die Solidargemeinschaft der in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten gerade nicht verlagert und die Träger der Sozialhilfe von den Kosten der Hilfe bei Krankheit nach § 48 SGB XII bzw. den Erstattungskosten der Übernahme der Krankenbehandlung nach § 264 Abs. 2 SGB V entlastet werden sollten.

Die Beigeladene beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Aachen vom 24.11.2009 abzuändern und die gegen sie gerichtete Klage (Hilfsantrag) abzuweisen.

Die Beklagte beantragt, die Berufung der Beigeladenen zurückzuweisen.

Sie verweist auf die ihrer Ansicht nach zutreffenden Ausführungen des Sozialgerichts. Insbesondere habe T zu keinem Zeitpunkt Leistungen nach dem SGB II erhalten, sondern rückwirkend (per Umbuchung aufgrund haushaltsrechtlicher Vorschriften) Leistungen nach dem SGB XII. Er habe auch zu keinem Zeitpunkt Anspruch auf SGB II-Leistungen gehabt, da er als von Anfang an erwerbsunfähig eingestuft worden sei. Entgegen den Ausführungen der Beigeladenen habe T im Hinblick auf das angeblich bestehende Wahlrecht kein solches bei Erfüllung

des Versicherungspflichttatbestandes nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V gehabt. Denn er sei aktenkundig zuletzt bei der Knappschaft als Rechtsvorgängerin der Beigeladenen versichert gewesen, so dass sein Wahlrecht kraft Gesetzes entfallen sei. Die Beigeladene sei demnach zu Recht verurteilt worden.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, ihr 5.577,60 Euro zu zahlen.

Sie schließt sich unter Bezugnahme auf das Urteil des BSG vom 06.10.2010 - B 12 KR 25/09 R - der rechtlichen Wertung der Beigeladenen an. Ab dem Zeitpunkt der Haftentlassung des T im Juli 2007 habe danach ein „anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall“ im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V bestanden, da der Antrag auf laufende Leistungen nach dem SGB XII gegenüber der Beklagten bereits vor Haftentlassung gestellt worden sei. Der Bezug von laufenden Leistungen nach dem SGB XII sei geeignet, die Voraussetzungen des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V und damit die gesetzliche Krankenversicherungspflicht bereits tatbestandlich auszuschließen. Der Empfang von Leistungen nach dem SGB XII im Sinne des § 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V verdränge somit den Tatbestand der Versicherungspflicht. Auch komme es nach der neueren Rechtsprechung des BSG nicht darauf an, ob die Leistungen im maßgeblichen Zeitpunkt tatsächlich erbracht worden seien, sondern beansprucht werden könnten. Da T zu maßgeblichen Zeitpunkt seiner Haftentlassung bereits einen Anspruch auf Leistungen der Grundsicherung, also auf laufende Leistungen nach dem Vierten Kapitel des SGB XII, gehabt habe, lägen die Voraussetzungen des § 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V vor. In der Folge bestehe ein „anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall“ und damit keine Krankenversicherungspflicht. Auch bestünden vergleichbare Sachengrundlagen zwischen dem dem BSG-Urteil zu Grunde liegenden Fall und dem hier vorliegenden Sachverhalt, so

dass im Ergebnis die Feststellungen des BSG auch hier Anwendung fänden. Da somit eine gesetzliche Krankenversicherungspflicht ausscheide, seien auf Seiten der Beklagten alle Voraussetzungen für eine Zahlungsverpflichtung nach § 25 SGB XII gegeben.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakten sowie die Verwaltungsvorgänge der Beklagten Bezug genommen. Diese Unterlagen haben vorgelegen und sind ihrem wesentlichen Inhalt nach Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige, insbesondere statthafte und fristgerecht eingelegte Berufung der Beigeladenen gegen das Urteil des Sozialgerichts Aachen vom 24.11.2009 ist begründet.

Die Klägerin hat gegen die Beigeladene keinen Anspruch auf Vergütung für die Kosten der stationären Behandlungen des T in Höhe von 5.565,56 Euro aus § 109 Abs. 4 SGB V i.V.m. § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V. Denn zum Zeitpunkt der stationären Aufenthalte des T im Klinikum der Klägerin (30.09.2007 bis 02.10.2007, 21.10.2007 bis 22.10.2007, 07.11.2007 bis 21.11.2007 und vom 23.11.2007 bis 24.11.2007) war dieser nicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versicherungspflichtig und deshalb weder Mitglied bei der Beigeladenen noch bei einer anderen Krankenkasse. Entgegen den Ausführungen des Sozialgerichts bestand insbesondere vom 09.08.2007 (Tag der Entlassung des T aus der Strafhaft) bis 00.03.2008 (Tod des T) keine Pflichtmitgliedschaft des T bei der Beigeladenen. Da die Klägerin gegen die Beigeladene somit keinen Vergütungsanspruch hat, kann sie auch keine Zinsen in Grund und Höhe geltend machen, so dass es dahingestellt bleibt, ob diese überhaupt beantragt worden sind. Dagegen kann die Klägerin von der Beklagten Erstattung als

Nothelfer gemäß § 25 SGB XII hinsichtlich der Kosten für die stationären Behandlungen des T aus dem Gesichtspunkt seines Anspruchs auf Krankenbehandlung nach § 48 SGB XII in tatsächlicher Höhe beanspruchen.

Der Senat kann und muss auch über den Anspruch der Klägerin gegen die Beklagte entscheiden, obwohl nur die Beigeladene, nicht aber auch die erstinstanzlich mit dem Hauptantrag gegen die Beklagte unterlegene Klägerin Berufung eingelegt hat. Das BSG hat mit Urteil vom 15.01.1959 entschieden, dass, wenn die Klage gegen den Beklagten abgewiesen und der (notwendig) Beigeladene verurteilt wird und nur dieses Rechtsmittel einlegt, das Rechtsmittelgericht auch über den Anspruch entscheiden muss, der gegen den Beklagten gerichtet war (BSG 15.01.1959 - 4 RJ 111/57 - BSGE 9, 67 und unter Juris; Leitherer, in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, 9. Aufl. 2008, § 75 Rdnr. 18b). Dem schließt sich der Senat nach eigener Prüfung an. Die Entscheidung des BSG ist insbesondere vor dem Hintergrund nachvollziehbar, dass nur hiermit dem Zweck des § 75 Abs. 2 und 5 SGG entsprochen werden kann, praktisch einander widersprechende Entscheidungen und eine als Folge hieraus mögliche, jedoch aus prozessökonomischen Gründen untunliche und dazu umständliche Wiederaufnahme des Verfahrens nach § 180 SGG zu verhindern (BSG 15.01.1959 - a.a.O. - Rdnr. 18 [Juris]).

Einer Vergütungspflicht der Beigeladenen für die stationären Krankenhausbehandlungen des T im Klinikum der Klägerin steht die Regelung des § 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V entgegen, die eine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ausschließt.

Nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V in der Fassung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes - (GKV-WSG) - vom 26.03.2007, BGBl. I S. 378, in Kraft seit dem 01.04.2007, sind Personen versicherungspflichtig, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im

Krankheitsfall haben und

zuletzt gesetzlich krankenversichert waren oder

bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in Absatz 5 oder den in § 6 Abs. 1 oder 2 genannten Personen gehören oder bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten.

Gemäß § 5 Abs. 8a Satz 1 SGB V ist nach Absatz 1 Nr. 13 nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 bis 12 versicherungspflichtig, freiwilliges Mitglied oder nach § 10 versichert ist. Satz 1 gilt entsprechend für Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches und für Empfänger laufender Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes (§ 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V). Satz 2 gilt auch, wenn der Anspruch auf diese Leistungen für weniger als einen Monat unterbrochen wird (§ 5 Abs. 8a Satz 3 SGB V).

Die Voraussetzungen des § 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V und damit der Ausschluss der Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V liegen hier vor. Denn T war im Zeitpunkt der stationären Behandlungen im September, Oktober und November 2007 „Empfänger“ laufender Leistungen der Beklagten nach dem Vierten Kapitel des SGB XII (§§ 41 ff. SGB XII - Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung). Zwar hat das Sozialgericht von seinem Rechtsstandpunkt aus zutreffend ausgeführt, dass der Empfang laufender Grundsicherungsleistungen ab 25.09.2007 dem Eintritt und der Fortdauer einer Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ab 09.08.2007 nicht entgegengestanden hätte, weil durch das Einsetzen der laufenden Leistungen der Grundsicherung ab 25.09.2007 eine am 09.08.2007 begonnene Mitgliedschaft des T in der GKV nicht beendet gewesen wäre, was sich aus § 190 Abs. 13 Satz 2 SGB V ergebe. Nach Auffassung des Senats konnte T jedoch bereits bei

Haftentlassung am 09.08.2007 (und damit unmittelbar nach Ende seines Anspruchs auf Krankenbehandlung nach § 58 StVollzG) von der Beklagten Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach § 41 Abs. 1 Nr. 1 SGB XII (in der bis 31.12.2007 geltenden Fassung) beanspruchen, so dass er als Empfänger dieser Leistungen von vornherein nicht gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V versicherungspflichtig war (§ 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V).

Dass die materiell-rechtlichen Voraussetzungen für diesen Anspruch des T auf Grundsicherungsleistungen des Vierten Kapitels nach § 41 Abs. 1 Nr. 1, Abs. 2 und § 19 Abs. 2 SGB XII idF bis 31.12.2010 bereits im Zeitpunkt der Haftentlassung (09.08.2007) vorlagen, ist angesichts der aktenkundigen Vorgeschichte des T unstrittig. So hat die Beklagte mit Schriftsatz vom 29.01.2009 mitgeteilt, dass bei Nichtbestehen eines Krankenversicherungsschutzes über eine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V „die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse des Patienten Herrn T für diesen einen Anspruch auf Krankenhilfe begründet hätten“. T hatte dementsprechend am 09.08.2007 nicht nur sein 65. Lebensjahr vollendet, sondern war auch hilfebedürftig i.S.d. § 19 Abs. 2 SGB XII. Ferner stellte T bereits am 02.08.2007 (d.h. noch vor seiner Haftentlassung) über eine Mitarbeiterin der JVA S, Frau H, einen fernmündlichen Antrag auf Grundsicherungsleistungen nach dem SGB XII. Hierauf reagierte die Beklagte noch am selben Tag mit der Übersendung eines Antragsvordruckes, woraufhin Frau H per E-Mail vom 03.08.2007 mitteilte, dass sie den Antrag mit T ausfüllen und ihm bei Haftentlassung mitgeben werde. Diese von der Beigeladenen gegebene Darstellung ist aktenkundig und wird - soweit ersichtlich - von der Beklagten auch nicht bestritten. Damit steht fest, dass T bereits am 02.08.2007 den - konstitutiven - Antrag auf Grundsicherungsleistungen (§ 41 Abs. 1 SGB XII idF bis 31.12.2010) wirksam stellte. Aufgrund der Nichtförmlichkeit des Verfahrens

ist auch ein fernmündlicher Antrag des Betroffenen ebenso wirksam wie die Heranziehung Dritter als Hilfspersonen für die Antragsstellung (vgl. Wahrendorf, in: Grube/Wahrendorf, SGB XII, 3. Aufl. 2010, § 41 Rdnr. 15). Dagegen kommt es für die Wirksamkeit der Antragstellung weder auf die Ausfüllung des vom Leistungsträger übersandten Antragsvordrucks, noch auf den Zeitpunkt der Übersendung dieses Vordrucks durch den Betroffenen an (vgl. auch § 44 Abs. 1 Satz 2 SGB XII, wonach der Beginn des Bewilligungszeitraums am Ersten des Monats von der Antragstellung in diesem Monat abhängt). Daraus folgt, dass T bereits ab 09.08.2007 Leistungen der Grundsicherung nach § 41 SGB XII beanspruchen konnte (§ 44 Abs. 1 Satz 2 SGB XII) und somit nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 nicht versicherungspflichtig war (§ 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V).

Diesem Ergebnis steht insbesondere nicht entgegen, dass T seitens der Beklagten erst ab 25.09.2007 laufende Leistungen der Grundsicherung nach dem Vierten Kapitel des SGB XII gewährt worden sind. Für den „Empfang“ laufender Leistungen i.S.d. § 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V kommt es nicht darauf an, ob und wann diese tatsächlich erbracht oder bezogen worden sind, sondern ab wann sie beansprucht werden können. Dies hat der 12. Senat des BSG in seinem Urteil vom 06.10.2010 - B 12 KR 25/09 R - (Juris) mit überzeugender Begründung entschieden. Das BSG führt hierzu folgendes aus (s. Rdnrn. 17 ff.):

„Im Sinn des § 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V „empfangen“ werden laufende Leistungen der Grundsicherung im Alter (und bei Erwerbsminderung) [] in dem Zeitraum, für den sie durch Verwaltungsakt des Sozialhilfeträgers zuerkannt werden. Entgegen der von der Revision vertretenen Auffassung entscheidet über den Eintritt bzw. Ausschluss der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V in folgedessen nicht, ob solche Leistungen - im maßgeblichen Beurteilungszeitpunkt - tatsächlich erbracht, also ausgekehrt bzw. erhalten

(im Folgenden: tatsächlich bezogen) werden, sondern ob sie - in diesem Zeitpunkt - beansprucht werden können. Mit der vom Sozialhilfeträger getroffenen Bestimmung über den Beginn des Leistungsanspruchs steht gleichzeitig fest, ob Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V eintritt oder ausgeschlossen ist. Diese vom Senat vorgenommene Auslegung des Begriffs „Empfänger“ in § 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V, die sich im Hinblick auf § 44 Abs. 1 Satz 2 SGB XII vor allem bei „Empfängern“ von Grundsicherung im Alter (und bei Erwerbsminderung) auswirkt, folgt aus dem Bedeutungszusammenhang der Norm und vor allem aus dem Zweck, der der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V als sog. Auffang-Versicherungspflicht bei ihrer Einführung beigelegt wurde. Einer solchen Auslegung steht der Wortlaut des § 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V nicht entgegen.

[] § 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V [steht] im thematischen Zusammenhang mit § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V, den er, soweit eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall über Leistungen nach dem SGB XII in Betracht kommt, tatbestandlich konkretisiert. Soweit es um das gegenwärtige „Fehlen“ (vgl. BT-Drucks 16/3100 S 94) einer anderweitigen Absicherung geht, wird dieses dort als Abwesenheit eines „Anspruchs“ definiert. An das Nichtbestehen eines anderweitigen „Anspruchs“ auf Absicherung im Krankheitsfall knüpfen auch die Bestimmungen über den Beginn der Mitgliedschaft der nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen in § 186 Abs. 11 Sätze 1 und 3 SGB V an, ebenso die Vorschrift über das Ende der Mitgliedschaft in § 190 Abs. 13 Satz 1 Nr. 1 SGB V, wenn eine Absicherung aufgrund anderer Leistungen als der Sozialhilfe in Betracht kommt. Nicht auf den tatsächlichen Leistungsbezug, sondern auf die Beurteilung des „Anspruchs“ - für den Fall seiner Unterbrechung, bei nachgehendem Anspruch auf Krankenversicherungsleistungen nach § 19 Abs. 2 SGB V - heben außerdem die übrigen Bestimmungen des § 5 Abs. 8a SGB V ab, nämlich jene in

den Sätzen 3 und 4. Dieser Maßstab muss konsequenterweise auch bei der Auslegung des § 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V zugrunde gelegt werden, soll nicht der Regelungszusammenhang mit den genannten Vorschriften durchbrochen werden.

[] Die vom Senat vorgenommene Auslegung ist vor allem unter teleologischen Gesichtspunkten im Hinblick auf den mit der Einführung der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V verfolgten Zweck als sog. Auffang-Versicherungspflicht geboten.

[] Zutreffend legen Berufungsgericht und Beklagte dar, dass sich mit der Einführung der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V die Leistungsverantwortung für den Krankheitsfall nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung „verschieben“ sollte. Grundsätzlich stehen Krankenversicherung und der Empfang von Sozialhilfeleistungen - wie bisher - unabhängig nebeneinander. Anders als der Bezug anderer Sozialleistungen (vgl. § 5 Abs. 1 Nr. 2 und 2a SGB V) begründet der Empfang von Sozialhilfeleistungen als solcher keine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung. Er vermittelt auch kein Beitrittsrecht zur freiwilligen Versicherung (mehr). Andererseits bleibt eine einmal begründete Versicherungspflicht (auf Grund des § 5 Abs. 1 SGB V) oder eine freiwillige Versicherung trotz (späteren) Empfangs von Sozialhilfeleistungen bestehen. Dem SGB XII liegt die Vorstellung zugrunde, dass eine solche Versicherung möglichst aufrechterhalten wird (vgl. § 32 SGB XII). Wer allerdings (ohne Anwendung des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V) nicht versichert ist und laufende Sozialhilfeleistungen empfängt, ist i.S. von § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V (i.V.m. § 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V) im Krankheitsfall anderweitig abgesichert (vgl. § 48 SGB XII i.V.m. § 264 Abs. 2 SGB V) und nicht nach dieser Vorschrift versicherungspflichtig. Krankenversicherungspflicht tritt dann nach § 5 Abs. 8a Satz 3 SGB V auch nicht während einer kurzen Unterbrechung des Leistungsanspruchs ein. Werden Sozialhilfeleistungen demgegenüber

nicht empfangen und besteht auch sonst keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall, so wird - bei Vorliegen der übrigen Voraussetzungen - die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V (i.V.m. § 186 Abs. 11 Satz 1 SGB V) als sog. Auffang-Versicherungspflicht begründet. In Fortführung des bisherigen Grundsatzes, wonach eine einmal begründete Krankenversicherungspflicht bestehen bleibt, führt ein (späterer) Empfang von Sozialhilfeleistungen nach § 190 Abs. 13 Satz 2 SGB V auch bei dieser nicht zum Ende der Mitgliedschaft. Aus dem Zusammenspiel der genannten Regelungen ergibt sich, dass die Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V subsidiär ist und die ebenfalls nachrangigen (vgl. § 2 SGB XII) laufenden Leistungen nach dem SGB XII diese Subsidiarität nicht einschränken. Dieser Zweck einer sog. Auffang-Versicherungspflicht wird auch nach der von den Entwurfsverfassern dem § 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V (in seinen verschiedenen Fassungen) beigegebenen Begründung verfolgt. So soll mit Satz 2 des § 5 Abs. 8a SGB V erreicht werden, dass der Sozialhilfeträger „weiterhin“ für die Krankenbehandlung der Empfänger von Leistungen nach dem SGB XII zuständig bleibt (BT-Drucks 16/3100 S 95). Mit Satz 3 des § 5 Abs. 8a SGB V ist beabsichtigt sicherzustellen, dass die „Vorrangregelung der Leistungspflicht des Sozialhilfeträgers nach § 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V nicht soll unterlaufen werden können“ (BT-Drucks 16/4247 S 29). Hiermit wurde ein Anliegen des Bundesrates übernommen, der gefordert hatte, bei der angedachten Versicherungspflichtlösung eine „Kostenverschiebung durch die Sozialhilfeträger“ zu verhindern bzw. auszuschließen, dass eine (unter Umständen „gesteuerte“) Unterbrechung des Sozialhilfeleistungsbezugs eine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V eintreten lässt, mit der die „Vorrangregelung des § 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V“ ausgehebelt werden könnte (BR-Drucks 755/06 (Beschluss) S 2). Ist danach nicht ersichtlich, dass durch die Einführung der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Kosten einer

bestehenden Absicherung im Krankheitsfall auf die Solidargemeinschaft der in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten verlagert und die Träger der Sozialhilfe von den Kosten der Hilfe bei Krankheit nach § 48 SGB XII bzw. den Erstattungskosten bei Übernahme der Krankenbehandlung nach § 264 Abs. 2 SGB V entlastet werden sollten, so tragen die Sozialhilfeträger diese Kosten weiter. Eine Änderung dieser bestehenden Kostentragungspflicht und die finanzielle Belastung durch die mit Einführung einer Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V verbundene Beitragspflicht hätte einer eigenständigen Regelung bedurft. Zu einer solchen „Verschiebung“ der Leistungsverantwortung für den Krankheitsfall würde es kommen, wenn über den Eintritt bzw. Ausschluss der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V entschieden, ob Leistungen der Grundsicherung im Alter (und bei Erwerbsminderung) - im maßgeblichen Beurteilungszeitpunkt - tatsächlich bezogen werden. Dem Zweck der Versicherungspflicht als sog. Auffang-Versicherungspflicht entspricht es demnach nur, wenn für den Begriff „Empfang“ laufender Leistungen nach dem 4. Kapitel des SGB XII auf den - vom Sozialhilfeträger (bestimmten) zuerkannten - (Beginn des) Leistungsanspruch(s) abgestellt wird. Nur dadurch wird eine Abhängigkeit des Eintritts von Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V von Zufälligkeiten bei der Bescheiderteilung durch den Sozialhilfeträger oder bei der Auszahlung der Leistungen vermieden. Es kommt infolgedessen weder darauf an, wann der Sozialhilfeträger solche Leistungen durch Verwaltungsakt zuerkennt, noch darauf, wann er sie erbringt, also auskehrt und sie vom Leistungsempfänger erhalten werden, insbesondere nicht darauf, ob beides ohne Verzögerung erfolgt.“ Diesen Ausführungen des BSG folgt der Senat und macht sie sich zu Eigen. Auch können die Grundsätze, die das BSG in seinem Urteil vom 06.10.2010 aufgestellt hat, auf den vorliegenden Fall übertragen werden. Zwar handel-

te es sich bei der Klägerin des Revisionsverfahrens um eine 1936 geborene weißrussische Staatsbürgerin und jüdische Zuwanderin, die 2007 in die Bundesrepublik Deutschland einreiste und zuvor nie in Kontakt mit dem deutschen Sozial(versicherungs)recht kam, während T immerhin mit einer kurzen Versicherungsbiographie im Inland (Versicherungspflicht 1958 bei der Rechtsvorgängerin der Beigeladenen) aufwarten konnte. Hierauf kommt es aber nicht an, da das Gesetz mit dem Ausschluss der Versicherungspflicht des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V durch § 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V abstrakt vom Bestehen eines „anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall“ ausgeht, wenn Leistungen nach dem Vierten Kapitel des SGB XII empfangen (d.h. beansprucht) werden können. Und dass T nach seiner Haftentlassung (ohne Eingreifen von § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V) auch einen Anspruch auf Krankenbeihilfe nach § 48 SGB XII gehabt hätte, hat die Beklagte mit bereits erwähntem Schriftsatz vom 29.01.2009 selbst bestätigt, so dass der Senat auch nicht entscheiden muss, ob § 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V auch dann eingreift, wenn zwar Leistungen nach dem Vierten Kapitel des SGB XII, nicht aber nach § 48 SGB XII beansprucht werden können (vgl. hierzu BSG 06.10.2010 - B 12 KR 25/09 R - Rdnr. 28, dies ebenfalls i.E. offenlassend).

Die Beklagte wird auch nicht damit gehört, falls sie die Auffassung vertreten sollte (was unklar ist), dass sie bei T gerade den 25.09.2007 als Anspruchsbeginn für Leistungen nach §§ 41, 42 SGB XII bestimmt hat. Eine solche Sichtweise würde dem Sinn des o.a. Urteils des BSG vom 06.10.2010 eindeutig widersprechen, weil damit durch eine gesetzeswidrige (vgl. § 44 Abs. 1 Satz 2 SGB XII) Feststellung eines späteren Anspruchsbegins einer vom Gesetz nicht gewollten Verschiebung der Kosten für Krankenbehandlungen vom Sozialhilfeträger auf die Solidargemeinschaft der in der GKV Versicherten Vorschub geleistet werden würde. § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V soll eben die vom Risiko der

Krankheit betroffenen Personen schützen, nicht aber Sozialhilfeträger, die sich über eine willkürliche Feststellung eines anderen als vom Gesetz vorgesehenen Anspruchsbeginns entlasten wollen. Deshalb können die Ausführungen des BSG nicht anderes verstanden werden, als dass es bei § 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V auf den Zeitpunkt der Erfüllung der materiell-rechtlichen Anspruchsvoraussetzungen (einschließlich Antrag) des § 41 SGB XII ankommt, die zwar durch Verwaltungsakt seitens des Sozialhilfeträgers festzustellen sind, aber eben gesetzeskonform. Auf den Zeitpunkt der Antragstellung hebt im Übrigen auch das BSG bei der Subsumtion seiner Rechtsauffassung auf den vom ihm zu entscheidenden Fall ab (s. BSG 06.10.2010 - B 12 KR 25/09 R - Rdnr. 28, 29 [Juris]).

Daraus folgt, dass T ab 09.08.2007 Leistungen nach dem Vierten Kapitel des SGB XII von der Beklagten beanspruchen konnte, so dass nach § 5 Abs. 8a Satz 2 SGBV keine Versicherungspflicht in der GKV gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V und folglich auch nicht bei der Beigeladenen bestand.

Die Klägerin hat nach alledem einen Erstattungsanspruch gegen die Beklagte gemäß § 25 SGB XII i.V.m. §§ 48 SGB XII, 264 Abs. 2 SGB V in der von ihr begehrten und auch unstreitigen Höhe. Dass die Voraussetzungen hierfür, insbesondere der Nothelferanspruch des § 25 SGB X, dem Grunde nach (ungeachtet der Problematik des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V) vorliegen, hat das Sozialgericht insoweit zutreffend ausgeführt; der Senat hat dem nichts hinzuzufügen.

Dagegen hat die Klägerin gegen die Beklagte keinen Anspruch auf Prozesszinsen aus einer entsprechenden Anwendung der §§ 291, 288 Abs. 1 Satz 2 des Bürgerlichen Gesetzbuches - (BGB). Denn sie hat diese Nebenforderung ausweislich des Protokolls der mündlichen Verhandlung vor dem Sozialgericht am 24.11.2009 nicht beantragt und das vorherige, noch den Zinsanspruch enthaltene schriftsätzliche Begehren insoweit zurückgenommen. An diese nach Abspielen im Termin genehmigte,

prozessuale Erklärung ist sie ebenso wie der Senat gebunden, selbst wenn es sich insoweit um eine versehentliche Unterlassung gehandelt haben sollte. Die Kostenentscheidung folgt aus § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG i.V.m. § 154 Abs. 1 VwGO. Das Sozialgericht hat mit zutreffender Begründung die Anwendung der §§ 183, 193 SGG auf Erstattungsansprüche des Nothelfers nach § 25 SGB XII verneint. Der Senat macht sich dessen Ausführungen ausdrücklich zu eigen. Weiterhin waren der Beklagten die Kosten des Rechtsstreits im vollen Umfang aufzuerlegen, weil die Klägerin bereits mit ihrem (ursprünglichen) Hauptantrag obsiegt hat. Soweit der Senat den Hilfsantrag abgewiesen hat, geschah dies im Angesicht des Berufungsbegehrens der Beigeladenen aus Gründen der Klarstellung. Hinsichtlich der Kostengrundentscheidung gelten jedoch die allgemeinen Regeln, wonach bei Obsiegen mit dem Hauptantrag der (für den Fall des Unterliegens gestellte) Hilfsantrag nicht mehr zur Entscheidung anfällt.

5.) Gründe für die Zulassung der Revision nach § 160 Abs. 2 Nr. 1 oder 2 SGG liegen nicht vor. Mit dem Urteil des BSG vom 06.10.2010 - B 12 KR 25/09 R - zum Ausschluss der Auffang-Versicherungspflicht des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V bei sozialhilfebedürftigen Personen und zum Begriff des „Empfangs“ laufender Leistungen i.S.d. § 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V sind die auch hier entscheidungserheblichen Rechtsfragen höchststrichterlich entschieden worden. Der Senat hat die im o.a. Urteil des BSG entwickelten Grundsätze auf den Einzelfall angewendet, so dass weder eine grundsätzliche Bedeutung i.S.d. § 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG noch ein Divergenzfall nach § 160 Abs. 2 Nr. 2 SGG vorliegt.

6.) Die Festsetzung des Streitwerts für das Berufungsverfahren folgt aus § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG i.V.m. § 52 Abs. 3 GKG. Gemäß § 45 Abs. 1 Satz 2 und 3 GKG ist der höhere Streitwert des ursprünglichen Hauptantrages festzusetzen.