

L 4 KR 127/99

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Augsburg (FSB)
Aktenzeichen
S 6 KR 56/98
Datum
11.08.1999
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KR 127/99
Datum
14.12.2001
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

I. Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Augsburg vom 11. August 1999 wird zurückgewiesen.
II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Kostenerstattung für eine Krankenhausbehandlung u.a. in Höhe von 4.500,00 DM.

Der Ehemann der Klägerin war bei der Beklagten zuletzt vom 17.03.1980 bis 15.04.1996 freiwillig versichertes Mitglied. Die Mitgliedschaft wurde von der Beklagten wegen eines Beitragsrückstandes beendet. Die dagegen anhängig gemachte Klage und die Berufung waren ohne Erfolg (Urteil des Sozialgerichts Augsburg vom 12.03.1997 S 10 KR 108/96 und Beschluss des Bayerischen Landessozialgerichts vom 30.03.1998 [L 4 KR 49/97](#)).

Der Ehemann der Klägerin beantragte am 10.05.1996 Leistungen aus der Familienversicherung; die Beklagte führte die Familienversicherung für die Zeit vom 01.04.1996 bis 15.04.1996 durch. Vom 03.05.1996 bis 09.05.1996 befand die Klägerin sich in stationärer Behandlung, wofür Kosten in Höhe von 3.103,94 DM anfielen.

Sie hat am 31.03.1998 beim Sozialgericht Augsburg (SG), vertreten durch ihren Ehemann, Klage erhoben und hiermit die Übernahme der Kosten der stationären Behandlung im Klinikum K. sowie weitere Kosten, Gebühren und Auslagen in Höhe von 1.400,00 DM durch die Beklagte geltend gemacht.

Die Beklagte hat in ihren Schreiben vom 27.04.1998 und 19.10.1998 auf das Ende der Versicherung des Ehemannes der Klägerin am 15.04.1996 hingewiesen. Sie hat mit Bescheid vom 06.10.1998 die Kostenübernahme abgelehnt mit der Begründung, eine Familienversicherung der Klägerin habe während der Zeit der stationären Behandlung nicht bestanden, da die freiwillige Mitgliedschaft des Ehemannes der Klägerin lediglich bis 15.04.1996 gedauert habe.

Das SG hat das Verfahren formlos zur Durchführung des Widerspruchsverfahrens ausgesetzt und die Beklagte hat mit Widerspruchsbescheid vom 08.12.1998 den Widerspruch mit der Begründung zurückgewiesen, da die Mitgliedschaft des Ehemannes der Klägerin und somit auch die Familienversicherung der Klägerin am 15.04.1996 geendet haben, seien die hierfür anfallenden Kosten nicht zu übernehmen. Der Anspruch auf Leistungen erlösche mit dem Ende der freiwilligen Mitgliedschaft. Ein nachgehender Leistungsanspruch bestehe nicht. Die nach der Beendigung der Mitgliedschaft geleisteten Zahlungen könnten nicht zu einem Wiederaufleben der Mitgliedschaft führen. Sie seien zum Ausgleich der Beitragsrückstände verwendet worden.

Das SG hat nach Einvernahme des Geschäftsstellenleiters der Beklagten in L. (B.) als Zeugen zur Fortsetzung der freiwilligen Mitgliedschaft und der Familienversicherung mit Urteil vom 11.08.1999 die Klage abgewiesen und zur Begründung ausgeführt, die Klägerin habe keinen Anspruch auf Erstattung der geltend gemachten Kosten. Sie sei weder Mitglied, noch bei der Beklagten familienversichert gewesen. Eine neue Mitgliedschaft sei nach dem 15.04.1996, auch durch Entgegennahme rückständiger Beiträge, nicht begründet worden.

Hiergegen hat die Klägerin am 12.10.1999 Berufung eingelegt, ohne sie trotz Aufforderung des Senats zu begründen.

Die Klägerin beantragt sinngemäß,

die Beklagte unter Aufhebung des Urteils des Sozialgerichts Augsburg vom 11.08.1999 und des Bescheides vom 06.10.1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 08.12.1998 zu verurteilen, die Kosten der stationären Behandlung vom 03.05. bis 09.05.1996 in Höhe von 4.503,94 DM zu erstatten.

Die Beklagte hat beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Beigezogen und zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht wurden die Akten der Beklagten und des SG. Auf den Inhalt dieser Akten und die Sitzungsniederschrift wird im Übrigen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die frist- und formgerecht eingelegte Berufung ([§ 151 Sozialgerichtsgesetz - SGG -](#)) ist zulässig; der Wert des Beschwerdegegenstandes übersteigt 1.000,00 Deutsche Mark ([§ 144 Abs.1 Satz 1 Nr.1 SGG](#)).

Die Berufung ist unbegründet.

Das SG hat zu Recht die Klage abgewiesen; denn die Klägerin hat keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten der Krankenhausbehandlung im Klinikum K. in der Zeit vom 03.05.1996 bis 09.05.1996 sowie sonstiger Kosten und Auslagen. Auch wenn der Bescheid vom 06.10.1994 an den Ehemann der Klägerin adressiert war, ist dies nicht zu beanstanden, da hier, wie im gerichtlichen Verfahren, eine Bevollmächtigung vermutet wird (von Wulffen, SGB X, § 13, Rn.5).

Die Klägerin hat keinen Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs.2 Sozialgesetzbuch V \(SGB V\)](#) in der Fassung vom 23.06.1997, die vom 01.07.1997 bis 31.12.1998 gegolten hat (Gesetz vom 23.06.1997 [BGBl.I 1520](#)). Danach konnten Versicherte anstelle der Sach- oder Dienstleistung Kostenerstattung für Leistungen wählen, die sie von den im 4. Kapitel genannten Leistungserbringern in Anspruch nehmen. Dem geltend gemachten Anspruch steht entgegen, dass die Klägerin zur Zeit der Durchführung der Leistung weder selbst Mitglied der Beklagten noch familienversichert war ([§ 10 SGB V](#)). Nach dieser gesetzlichen Vorschrift setzt die Familienversicherung u.a. voraus, dass der Ehegatte Mitglied der Krankenkasse ist. Die Mitgliedschaft des Ehemannes der Klägerin ist aufgrund eines Beitragsrückstandes am 15.04.1996 durch die bindend gewordenen Bescheide der Beklagten beendet worden. In den vom Ehemann der Klägerin dagegen angestregten Verfahren vor dem SG und LSG ist mit den o.g. rechtskräftig gewordenen Entscheidungen (S 10 Kr 108/96 und [L 4 Kr 49/97](#)) festgestellt worden, dass die Beklagte die freiwillige Mitgliedschaft zu Recht beendet hat.

Im Anschluss daran hat jedenfalls im streitigen Zeitraum vom 03.05.1996 bis 09.05.1996 eine neue Mitgliedschaft des Ehemannes der Klägerin nicht vorgelegen. Die beigezogenen Akten enthalten keinen Hinweis darauf, dass ein Tatbestand, der zur Begründung einer freiwilligen Versicherung dienen könnte, vorgelegen hat ([§ 9 Abs.1 Nrn.1 bis 5 SGB V](#)). Die Beitragszahlung als solche für die Monate April und Mai 1996 hat für die Begründung der freiwilligen Mitgliedschaft nicht ausgereicht. Aufgrund des Fehlens einer Mitgliedschaft des Ehemannes der Klägerin im streitigen Zeitraum konnte auch eine Familienversicherung der Klägerin nicht entstehen.

Ebenso wenig ergibt sich ein Anspruch auf Kostenerstattung aus [§ 13 Abs.3 SGB V](#). Konnte danach die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbst beschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten. Auch diese Vorschrift setzt eine Versicherung der Klägerin voraus, die aus den oben genannten Gründen nicht besteht. Im Übrigen hat die Klägerin die geltend gemachten Kosten nicht nachgewiesen.

Es liegt auch kein nachgehender Anspruch aus der beendeten Mitgliedschaft vor, der im Rahmen des [§ 13 Abs.3 SGB V](#) bei dem Tatbestandsmerkmal einer rechtswidrigen Leistungsablehnung (2. Alternative) berücksichtigt werden könnte. Denn nach [§ 19 Abs.1 SGB V](#) endet der Anspruch auf Leistungen mit dem Ende der Mitgliedschaft, soweit in diesem Gesetzbuch nichts Abweichendes bestimmt ist. Eine derartige Ausnahme enthält [§ 19 Abs.2 SGB V](#), wonach bei der Beendigung der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger ein Anspruch auf Leistungen längstens für einen Monat nach dem Ende der Mitgliedschaft besteht, solange keine Erwerbstätigkeit ausgeübt wird. Diese Vorschrift gilt, wie sich bereits aus dem Wortlaut ergibt, allerdings nur für versicherungspflichtige und nicht für freiwillig versicherte Mitglieder.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor ([§ 160 Abs.2 Nrn.1, 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2003-09-27