

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Verkündet am
11. September 2018

Urteil

in dem Rechtsstreit

BSG Az.: **B 1 KR 10/18 R**
LSG Hamburg 31.08.2017 - L 1 KR 115/16
SG Hamburg 23.11.2016 - S 2 KR 524/13

.....,

Klägerin und Revisionsbeklagte,

Prozessbevollmächtigte:

.....,

g e g e n

AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse,
Pappelallee 22 - 26, 22089 Hamburg,

Beklagte und Revisionsklägerin,

beigeladen:
DAK-Gesundheit,
Nagelsweg 27 - 31, 20097 Hamburg.

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 11. September 2018 durch den Vorsitzenden Richter Prof. Dr. H a u c k , die Richterin J u s t und den Richter Dr. S c h o l z sowie die ehrenamtliche Richterin G e p p e r t und den ehrenamtlichen Richter L e i t e für Recht erkannt:

Die Revision der Beklagten gegen das Urteil des Landessozialgerichts Hamburg vom 31. August 2017 wird zurückgewiesen.

Die Beklagte trägt die Kosten des Rechtsstreits in allen Rechtszügen.

Der Streitwert wird für alle Instanzen auf 73 167,89 Euro festgesetzt.

Gründe :

I

- 1 Die Beteiligten streiten über die Vergütung stationärer Krankenhausbehandlung.
- 2 Der Versicherte B (im Folgenden: Versicherter) war von Januar 2005 bis 31.1.2010 wegen des Bezugs von Arbeitslosengeld II (Alg II) bei der beigeladenen Krankenkasse (KK) versichert, anschließend auffangversichert. Er wählte zu Beginn des erneuten Bezugs von Alg II (8.11.2010 bis 30.4.2012) die beklagte KK (*Mitgliedsbescheinigung vom 15.11.2010*). Er gab der Klägerin, Trägerin eines für die Behandlung Versicherter zugelassenen Krankenhauses, bei der Aufnahme an, bei der Beklagten versichert zu sein. Die Klägerin behandelte den Versicherten stationär vom 5.10.2012 bis zu seinem Tod am 6.11.2012 und berechnete als Fallpauschale (*Diagnosis Related Group <DRG> 2012) A09B (Beatmung > 499 und < 1000 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 3430 / 3220 Aufwandspunkte, ohne hochkomplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre; insgesamt 73 167,89 Euro*). Die Beklagte lehnte es ab, den Rechnungsbetrag zu begleichen. Das SG hat die Beklagte verurteilt, an die Klägerin 73 167,89 Euro nebst 5 vH Zinsen seit dem 7.9.2016 zu zahlen (*Gerichtsbescheid vom 23.11.2016*). Das LSG hat die Berufung der Beklagten zurückgewiesen: Die Mitgliedschaft des Versicherten bei der Beigeladenen habe durch den Bezug von Alg II ab 8.11.2010 geendet. Da die bisherige Mitgliedschaft mehr als 18 Monate gedauert habe, habe der Versicherte die Beklagte wirksam gewählt, ohne kündigen zu müssen. Unschädlich sei, dass zwischen den beiden unterschiedlichen Versicherungspflichttatbeständen kein Zeitraum ohne Mitgliedschaft gelegen habe. Ab Mai 2012 sei der Versicherte im Rahmen einer Auffangversicherung (§ 5 Abs 1 Nr 13, § 174 Abs 5 SGB V) weiterhin bei der Beklagten versichert gewesen (*Urteil vom 31.8.2017*).
- 3 Die Klägerin hat im Revisionsverfahren ihr Klagebegehren gegen die Beklagte hinsichtlich der Zinsforderung auf Zahlung ab dem 8.9.2016 beschränkt. Der erkennende Senat hat die Beigeladene unter Ersetzung ihrer früheren Stellung als Beklagte beigeladen (§ 168 S 2 Fall 2 SGG).
- 4 Die Beklagte rügt mit ihrer Revision die Verletzung von § 175 Abs 2 und Abs 4 S 1 bis 4 und § 186 Abs 10 iVm § 190 Abs 13 S 1 Nr 1 SGB V. Die Ausübung des Wahlrechts durch den Versicherten habe eine Kündigung der Mitgliedschaft bei der Beigeladenen vorausgesetzt.
- 5 Die Beklagte beantragt,
das Urteil des Landessozialgerichts Hamburg vom 31. August 2017 und den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Hamburg vom 23. November 2016 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

- 6 Die Klägerin beantragt,
die Revision zurückzuweisen,
hilfsweise,
die Beigeladene zu verurteilen, an die Klägerin 73 167,89 Euro nebst Zinsen in Höhe von
5 vH hierauf seit dem 20. Februar 2013 zu zahlen.
- 7 Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend. Anderenfalls habe die Beigeladene die
Behandlungskosten zu tragen.
- 8 Die Beigeladene beantragt,
die Revision zurückzuweisen.
- 9 Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

II

- 10 Die zulässige Revision der Beklagten ist unbegründet. Zu Recht hat das LSG deren Berufung
gegen den Gerichtsbescheid des SG zurückgewiesen. Die von der Klägerin gegen die Beklagte
erhobene (echte) Leistungsklage ist zulässig (*dazu 1.*) und begründet. Die Klägerin hat gegen
die KK, bei der der Versicherte während der Behandlung versichert war, Anspruch auf Vergü-
tung der gewährten Krankenhausbehandlung (*dazu 2.*). Der Versicherte war während der Be-
handlung bei der Beklagten versichert (*dazu 3.*). Die Klägerin hat gegen die Beklagte auch An-
spruch auf die geltend gemachten Zinsen (*dazu 4.*).
- 11 1. Die auch im Revisionsverfahren von Amts wegen zu beachtenden Sachurteilsvoraussetzun-
gen sind erfüllt. Die Klägerin macht ihren Anspruch im hier bestehenden Gleichordnungsverhält-
nis zu Recht mit der (echten) Leistungsklage geltend (*stRspr, vgl zB BSGE 102, 172 = SozR
4-2500 § 109 Nr 13, RdNr 9; BSGE 104, 15 = SozR 4-2500 § 109 Nr 17, RdNr 12*).
- 12 2. Die Klägerin hat gegen die KK, bei der der Versicherte während der Behandlung versichert
war, Anspruch auf Zahlung von 73 167,89 Euro Vergütung aus § 109 Abs 4 S 3 SGB V. Der
Vergütungsanspruch für die Krankenhausbehandlung und damit korrespondierend die
Zahlungsverpflichtung einer KK entsteht - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit
der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versor-
gung in einem zugelassenen Krankenhaus erfolgt und iS von § 39 Abs 1 S 2 SGB V erforderlich
und wirtschaftlich ist (*stRspr, vgl zB BSGE 102, 172 = SozR 4-2500 § 109 Nr 13, RdNr 11;
BSGE 102, 181 = SozR 4-2500 § 109 Nr 15, RdNr 15; BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b
Nr 2, RdNr 13; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 27 RdNr 9*). Es steht nach dem Gesamtzusammen-
hang der unangegriffenen, den erkennenden Senat bindenden Feststellungen des LSG (§ 163
SGG) fest und ist auch zwischen den Beteiligten nicht streitig, dass der Versicherte vom 5.10.

bis 6.11.2012 stationärer Krankenhausbehandlung bedurfte und hierfür ausgehend von der zutreffend kodierten DRG (2012) A09B ein Vergütungsanspruch in Höhe von insgesamt 73 167,89 Euro entstand.

- 13 3. Die Beklagte ist Schuldnerin des Zahlungsanspruchs. Der Versicherte war während der Behandlung vom 5.10. bis 6.11.2012 ihr Mitglied aufgrund des Eintritts der Auffangversicherungspflicht (§ 174 Abs 5 SGB V). Danach werden abweichend von § 173 SGB V Versicherungspflichtige nach § 5 Abs 1 Nr 13 SGB V Mitglied der KK oder des Rechtsnachfolgers der KK, bei der sie zuletzt versichert waren, andernfalls werden sie Mitglied der von ihnen nach § 173 Abs 1 SGB V gewählten KK; § 173 gilt. Der Versicherte war in diesem Sinne vor Eintritt der Auffangversicherungspflicht zuletzt bei der Beklagten versichert.
- 14 a) Auffangversicherungspflicht des Versicherten bestand nach den unangegriffenen, den erkennenden Senat bindenden (§ 163 SGG) Feststellungen des LSG durchgehend ab Mai 2012 bis zu seinem Tod. Nach § 5 Abs 1 Nr 13 Buchst a SGB V sind versicherungspflichtig Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und zuletzt gesetzlich krankenversichert waren. Der Versicherte war bis 30.4.2012 als Bezieher von Alg II gesetzlich krankenversichert. Er hatte ab 1.5.2012 keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall.
- 15 Der Versicherte unterlag der Versicherungspflicht als Bezieher von Alg II ohne Unterbrechung vom 8.11.2010 bis 30.4.2012 aufgrund der Bewilligung von Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts in Form von Alg II (§ 19 Abs 1 S 1 und 3 SGB II). Nach § 5 Abs 1 Nr 2a SGB V (*eingefügt durch Art 5 Nr 1 Buchst b Viertes Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt vom 24.12.2003, BGBl I 2954 mWv 1.1.2005*) sind Personen in der Zeit, für die sie Alg II nach dem SGB II beziehen (*zum Begriff des Bezugs von Leistungen vgl BSG SozR 4-2500 § 192 Nr 4 RdNr 11*), in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versicherungspflichtig, soweit sie nicht familienversichert sind, es sei denn, dass diese Leistung nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 23 Abs 3 S 1 SGB II (*in der bis zum 31.12.2010 geltenden Fassung; ab 1.1.2011 § 24 Abs 3 S 1 SGB II*) bezogen werden; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist. Nicht nach § 5 Abs 1 Nr 2a SGB V versicherungspflichtig ist nur, wer unmittelbar vor dem Bezug von Alg II privat krankenversichert war oder weder gesetzlich noch privat krankenversichert war und hauptberuflich selbständig erwerbstätig war (*vgl § 5 Abs 5 SGB V*) oder zu den in § 6 Abs 1 oder 2 SGB V genannten versicherungsfreien Personen gehört oder bei Ausübung seiner beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätte (§ 5 Abs 5a S 1 SGB V *eingefügt durch Art 1 Nr 2 Buchst b Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung <GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG> vom 26.3.2007, BGBl I 378 mWv 1.1.2009*).

- 16 Weder hat das LSG Ausschlussgründe festgestellt noch sind solche sonst ersichtlich. Der Versicherte war vielmehr von Januar 2005 bis Ende Januar 2010 wegen des Bezugs von Alg II bei der Beigeladenen versichert und bei ihr anschließend auffangversichert.
- 17 b) Der Versicherte war bis Ende April 2012 als Bezieher von Alg II bei der Beklagten versichert. Denn er wählte formgerecht die Beklagte zu Beginn der Versicherungspflicht als Bezieher von Alg II mit dem 8.11.2010 (*vgl zum Beginn vorstehend a*) als KK. Einer Kündigung der Versicherung bei der Beigeladenen bedurfte es dagegen nicht (*dazu c*).
- 18 Gemäß § 173 Abs 1 SGB V (*idF durch Art 5 Nr 4 Gesetz zur Reform der Arbeitsförderung vom 24.3.1997, BGBl I 594*) sind Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte Mitglied der von ihnen gewählten KK soweit nichts Abweichendes bestimmt ist. Bei Eintritt der Versicherungspflicht hat der Betroffene grundsätzlich ein Wahlrecht. Nach § 175 Abs 1 S 1 SGB V ist die Ausübung des Wahlrechts gegenüber der gewählten KK zu erklären. Sie hat nach § 175 Abs 2 SGB V nach Ausübung des Wahlrechts - auch bei Eintritt einer Versicherungspflicht - unverzüglich eine Mitgliedsbescheinigung auszustellen. Der Versicherungspflichtige hat diese unverzüglich der zur Meldung verpflichteten Stelle vorzulegen (§ 175 Abs 3 S 1 SGB V). So lag es hier. Der Versicherte erklärte nach den nicht angegriffenen Feststellungen des LSG (§ 163 SGG) zu Beginn des Alg II-Bezugs gegenüber der Beklagten, dass er sie als seine KK wähle. Er legte dem Jobcenter als der zur Meldung zuständigen Stelle (*vgl § 203a SGB V*) vor Ablauf von zwei Wochen nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Mitgliedsbescheinigung der Beklagten vor (*vgl § 175 Abs 3 S 1 und 2 SGB V*). Die Beklagte war als Ortskrankenkasse des Wohnorts des Versicherten für ihn wählbar (§ 173 Abs 2 S 1 Nr 1 SGB V).
- 19 c) Der Versicherte musste der Beigeladenen nicht kündigen, um sein Wahlrecht gegenüber der Beklagten rechtswirksam auszuüben. Die Mitgliedschaft bei der Beigeladenen endete kraft Gesetzes mit Ablauf des 7.11.2010, dem Tag vor Eintritt des neuen Versicherungspflichttatbestands (*dazu aa*). Die gesetzliche Mindestbindungsfrist (*vgl § 175 Abs 4 S 1 SGB V*) war zu dieser Zeit abgelaufen (*dazu bb*). Einer Kündigung bedarf es zur Ausübung des Kassenwahlrechts Versicherungspflichtiger nach Ablauf der gesetzlichen Mindestbindungsfrist nur, wenn die bisherige Mitgliedschaft nicht kraft Gesetzes geendet hat (*dazu cc*). Die gesetzlichen Verfahrensanforderungen für die KKn-Wahl begründen keine weitergehenden Erfordernisse einer Kündigung (*dazu dd*). Es entspricht auch dem Zweck der Gesamtregelung, dass eine Kündigung zur Ausübung des Kassenwahlrechts Versicherungspflichtiger nach Ablauf der gesetzlichen Mindestbindungsfrist nur notwendig ist, wenn die bisherige Mitgliedschaft nicht kraft Gesetzes geendet hat (*dazu ee*).
- 20 aa) Die Mitgliedschaft der in § 5 Abs 1 Nr 13 SGB V genannten Personen endet grundsätzlich mit Ablauf des Vortages, an dem ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall begründet wird (*vgl § 190 Abs 13 S 1 Nr 1 SGB V*). Der Beginn des Alg II-Leistungsbezugs ab 8.11.2010 begründete für den Versicherten einen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im

Krankheitsfall. Ein gesetzlicher Verlängerungstatbestand greift nicht ein (*vgl zB §§ 192, 193 Abs 2 iVm Abs 3 und 4 SGB V*).

- 21 bb) Eine Ausnahme vom Grundsatz des gesetzlichen Beendigungstatbestands wegen Unterschreitung der gesetzlichen Mindestbindungsfrist nach Wahl einer KK lag nicht vor. Am 8.11.2010 war für den Versicherten die gesetzliche Mindestbindungsfrist nach getroffener Wahl abgelaufen. Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der KK mindestens 18 Monate gebunden (*vgl § 175 Abs 4 S 1 SGB V*). Der Versicherte hatte die Beigeladene bereits im Januar 2005 gewählt. Zu Beginn der Auffangversicherung ab 1.2.2010 erfolgte keine Wahl. Der Versicherte war der Beigeladenen als der KK, bei der er zuletzt versichert war, als Mitglied gesetzlich zugewiesen (*§ 174 Abs 5 Halbs 1 SGB V idF durch Art 1 Nr 134 Buchst b GKV-WSG*). Ein Wahlrecht nach § 173 SGB V steht nach § 5 Abs 1 Nr 13 SGB V lediglich Versicherungspflichtigen zu, bei denen ein Versicherungsverhältnis in der GKV nie bestand; nur auf diesen Personenkreis bezieht sich der Zusatz "§ 173 gilt" (*vgl § 174 Abs 5 Halbs 2 SGB V und dazu K. Peters in Kasseler Kommentar, Stand Juni 2018, § 174 SGB V RdNr 7; aA Blöcher in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl 2016, § 174 RdNr 10*).
- 22 cc) Das Gesetz fordert nach Ablauf der gesetzlichen Mindestbindungsfrist eine Kündigung, um eine Kassenwahl auszuüben lediglich, wenn die bisherige Mitgliedschaft nicht kraft Gesetzes geendet hat. Will ein Versicherungspflichtiger bei unverändertem Fortbestehen des schon bisher Versicherungspflicht begründenden Sachverhalts an Stelle der bisherigen einer anderen KK beitreten, ist dies nur im Rahmen eines mehrgliedrigen Verfahrens möglich. Es verzahnt die Begründung der neuen Mitgliedschaft mit der Lösung der unmittelbar vorangehenden bei einer anderen KK (*vgl BSG SozR 4-2500 § 175 Nr 2 RdNr 20 f*). § 175 Abs 4 SGB V erfordert hierzu zunächst die Kündigung der Mitgliedschaft (S 2). Daraufhin hat die bisherige KK unverzüglich eine Kündigungsbestätigung auszustellen (S 3). Erst nach deren Vorlage kann die gewählte neue KK ihrer Pflicht zur unverzüglichen Ausstellung einer Mitgliedsbescheinigung nachkommen (*§ 175 Abs 2 S 2 SGB V*). Schließlich wird die Kündigung erst dann wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei der neuen KK durch diese Mitgliedsbescheinigung nachweist (*§ 175 Abs 4 S 4 SGB V; vgl BSG Urteil vom 9.11.2011 - B 12 KR 3/10 R - USK 2011-161; zum Ganzen BSG SozR 4-2500 § 175 Nr 2 RdNr 20 f*).
- 23 Will der Versicherte nach Ablauf der gesetzlichen Mindestbindungsfrist die Kasse zeitgleich mit einer abschließenden Beendigung des bisher Versicherungspflicht begründenden Sachverhalts wechseln, ist dagegen kein Raum für eine Kündigung im Rahmen des mehrgliedrigen Verfahrens. Die Mitgliedschaft bei der früheren KK endet kraft Gesetzes zum gesetzlich vorgesehenen Zeitpunkt, ohne dass eine rechtsgestaltende Willenserklärung des Versicherten erforderlich wäre (*aA Ihle, SGB 2008, 496, 497*). Soweit sich Literatur hierfür auf die Trennung zwischen einer "Kassenmitgliedschaft" nach den §§ 173 ff SGB V und einer "versicherungsrechtlichen Mitgliedschaft" nach den §§ 186 ff SGB V beruft (*vgl Blöcher in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl 2016, § 175 RdNr 52*), könnte dem allenfalls für den Kassenwechsel während

eines fortdauernden Versicherungspflichttatbestandes Bedeutung zukommen. Hierfür regelt § 186 Abs 10 SGB V einen nahtlosen Anschluss der Mitgliedschaften.

- 24 Es ist ohne Belang, ob sich der neue Versicherungspflichttatbestand nahtlos an den vorherigen anschließt oder ob zwischen den beiden Versicherungspflichttatbeständen ein Unterbrechungszeitraum ohne eigene Mitgliedschaft liegt. Auch im Fall der zeitlich unmittelbaren Aufeinanderfolge von jeweils zu Versicherungspflicht führenden Sachverhalten entspricht dem eine gesetzliche Aufeinanderfolge rechtlich getrennter Mitgliedschaften und ist dementsprechend kein Raum für eine Beendigung der zeitlich früheren durch Kündigung (*vgl für den Fall von Unterbrechungen bereits BSG SozR 4-2500 § 175 Nr 2 RdNr 25*). Der Versicherte kann nach gesetzlicher Beendigung auch die Mitgliedschaft bei seiner bisherigen KK etwa bei erneutem Eintritt eines Versicherungspflichttatbestandes oder bei Beitritt zur freiwilligen Versicherung (*vgl § 9, § 188 Abs 1 bis 3 SGB V; vgl jetzt aber zur Anschlussversicherung § 188 Abs 4 SGB V idF durch Art 1 Nr 2b Buchst b Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung vom 15.7.2013, BGBl I 2423 mWv 1.8.2013*) nur neu begründen.
- 25 § 175 Abs 4 SGB V regelt daneben nur, wann eine Kündigung der Mitgliedschaft zu einer KK - dh eine Beendigung durch rechtsgestaltende Willenserklärung - "möglich" (*vgl S 2*) ist, dh nach welcher Zeitspanne (*S 1: nach Ablauf von 18 Monaten; zu Sonderkündigungsrechten vgl S 5 - 7*), zu welchem Zeitpunkt (*S 2*) und unter welchen Voraussetzungen diese wirksam wird (*S 4*). Er räumt damit dem Versicherten eine (zusätzliche) Möglichkeit ein, die Mitgliedschaft in einer KK zu beenden. Eine Pflicht zur Kündigung, dh eine Regelung dergestalt, dass auch im Falle eines der in § 190 SGB V geregelten Beendigungstatbestände kraft Gesetzes die Mitgliedschaft eines Versicherungspflichtigen nur endet, wenn zusätzlich die Kündigung gegenüber der bisherigen KK mit Wirkung zum Zeitpunkt des Wegfalls des Versicherungspflichttatbestandes ausgesprochen wird, enthält § 175 SGB V für die Fälle nach Ablauf der Mindestbindungsfrist nicht (*vgl auch dd*).
- 26 dd) Die gesetzlichen Verfahrensanforderungen für die KKw-Wahl begründen keine weitergehenden Erfordernisse einer Kündigung nach Ablauf der gesetzlichen Mindestbindungsfrist, wenn die bisherige Mitgliedschaft kraft Gesetzes geendet hat. Das gilt in gleicher Weise für das Erfordernis einer Kündigungsbestätigung wie für die Pflicht der bisherigen Mitgliedskasse, eine Mitgliedsbescheinigung zu erstellen.
- 27 Das Erfordernis einer Kündigungsbestätigung zielt lediglich auf Absicherung und Klärung der Dauer der gesetzlichen Mindestbindungsfrist (*vgl § 175 Abs 2 S 2 SGB V hier idF durch Art 1 Nr 1 Buchst a Doppelbuchst aa Gesetz zur Neuregelung der Krankenkassenwahlrechte <NeuregelungsG> vom 27.7.2001, BGBl I 1946 mWv 1.1.2002; vgl auch BSG SozR 4-2500 § 175 Nr 2 RdNr 20; Baier in Krauskopf, Soziale Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Stand März 2018, § 175 RdNr 16, 18*). Die Norm des § 175 Abs 2 S 2 SGB V regelt, dass wenn innerhalb der letzten 18 Monate vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung

eine Mitgliedschaft bei einer anderen KK bestand, die Mitgliedsbescheinigung nur ausgestellt werden kann, wenn die Kündigungsbestätigung nach § 175 Abs 4 S 3 SGB V vorgelegt wird. Dies sichert verfahrensrechtlich die gesetzliche Mindestbindungsfrist von 18 Monaten nach getroffener Wahl (*vgl oben, § 175 Abs 4 S 1 SGB V*). Die Norm soll dagegen eine Wahl nach Ablauf der gesetzlichen Mindestbindungsfrist für eine getroffene Wahl einer KK nicht ausschließen oder erschweren. Bestand nicht nur innerhalb der letzten 18 Monate vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung eine Mitgliedschaft bei einer anderen KK, sondern für einen länger dauernden Zeitraum, die kraft Gesetzes endete, greift die Regelung nicht ein.

28 Nach den Gesetzesmaterialien sollte die Regelung klarstellen, ob auch nach einem längeren Unterbrechungszeitraum eine Mitgliedschaft wieder bei der früheren KK begründet werden müsse, wenn die Mindestbindungsfrist bei dieser KK noch nicht erfüllt war. Bei einer Unterbrechungsdauer von mehr als 18 Monaten sei die Wahl einer anderen KK unabhängig von der Dauer der Mitgliedschaft bei der bisherigen KK möglich. Die Begrenzung des Unterbrechungszeitraums auf 18 Monate solle Ungleichbehandlungen vermeiden, da auch bei ununterbrochener Mitgliedschaft ein Kassenwechsel erst nach 18 Monaten möglich wäre (*vgl Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit zum Entwurf eines Gesetzes zur Neuregelung der Krankenkassenwahlrechte, BT-Drucks 14/6568 S 5*).

29 Würde man die Norm unterschiedslos in allen Fällen anwenden, in denen innerhalb der letzten 18 Monate vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung eine Mitgliedschaft bei einer anderen KK bestand, auch wenn sich diese Mitgliedschaft auch zusätzlich auf eine länger zurückliegende Zeit erstreckte, würde das Regelungsziel verfehlt, dem allgemeinen Gleichheitssatz (*Art 3 Abs 1 GG*) widersprechende Ungleichbehandlungen zu vermeiden. So könnte, wer - wie der Versicherte - im Rahmen einer Auffangversicherung seiner letzten KK gesetzlich zugewiesen ist (*§ 5 Abs 1 Nr 13, § 174 Abs 5 SGB V*) und damit keine Kündigungsmöglichkeit hat, eine Lösung von seiner alten KK regelmäßig erst mit mehrmonatiger Verzögerung durchführen, wenn er in einen Status der Pflichtversicherung gewechselt hat, der ihm eine Kündigung zwecks KK-Wechsels gestattet.

30 Dementsprechend geht die Rspr für den Fall einer bis zu 18-monatigen Unterbrechung der Versicherungspflicht davon aus, dass sich aus den hinsichtlich ihres unmittelbaren "verfahrensrechtlichen" Regelungsgehalts ins Leere gehenden Anordnungen in § 175 Abs 4 S 3 und Abs 2 S 2 SGB V keine weitergehenden "materiellen" Schlussfolgerungen hinsichtlich der Bestimmung des zuständigen Versicherungsträgers stützen lassen (*vgl BSG SozR 4-2500 § 175 Nr 2 RdNr 25*).

31 Auch die Pflicht der bisherigen Mitgliedskasse, eine Mitgliedsbescheinigung "auch bei Eintritt der Versicherungspflicht" unverzüglich auszustellen, begründet nicht die Notwendigkeit einer Kündigung nach Ablauf der gesetzlichen Mindestbindungsfrist, wenn die bisherige Mitgliedschaft kraft Gesetzes geendet hat (*vgl hierzu § 175 Abs 2 S 3 SGB V, eingefügt durch Art 1 Nr 1 Buchst a*

Doppelbuchst aa NeuregelungsG vom 27.7.2001, BGBl I 1946 mWv 1.1.2002). Die Norm hat neben der Regelung des § 175 Abs 2 S 1 SGB V, der die "gewählte" KK nach Ausübung des Wahlrechts zur unverzüglichen Ausstellung einer Mitgliedsbescheinigung verpflichtet, einen eigenständigen Sinngehalt, wenn Versicherungspflicht eintritt, ohne dass dem Versicherungspflichtigen zugleich ein Wahlrecht zusteht. Die Verpflichtung trifft dann die bisherige Mitgliedschaftskasse (*vgl auch BSG SozR 4-2500 § 175 Nr 2 RdNr 27*). So liegt es etwa bei der gesetzlichen Zuweisung Auffangversicherter, die zuvor gesetzlich krankenversichert waren (*vgl § 174 Abs 5 SGB V*). Gleiches ist zu erwägen, wenn die Mindestbindungsfrist von 18 Monaten für die Mitgliedschaft bei der bisherigen KK zum Zeitpunkt der Beendigung der Mitgliedschaft noch nicht abgelaufen ist.

- 32 ee) Es entspricht dem Zweck der Gesamtregelung, dass eine Kündigung zur Ausübung des Kassenwahlrechts Versicherungspflichtiger nach Ablauf der gesetzlichen Mindestbindungsfrist nur notwendig ist, wenn die bisherige Mitgliedschaft nicht kraft Gesetzes geendet hat. Das NeuregelungsG sollte vor allem eine Verstetigung der Mitgliederbewegung im Jahresverlauf und die Gleichbehandlung von Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten bewirken sowie den Verwaltungsaufwand für KKn und meldepflichtige Stellen eindämmen. Hierzu erhielten auch Versicherungspflichtige eine unterjährige Kündigungsmöglichkeit. Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte wurden gleichermaßen 18 Monate an die Wahlentscheidung gebunden (*vgl Entwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN eines NeuregelungsG, BT-Drucks 14/5957 S 4 A. Allgemeiner Teil I. Ziele und Handlungsbedarf sowie II. Inhalte und Maßnahmen des Gesetzes; vgl auch S 5 B. Besonderer Teil zu Nummer 1 <§ 175> zu Buchstabe b und c*). Dem zollt die vorgenommene Gesetzesauslegung Beachtung.
- 33 Soweit die Gesetzesmaterialien darüber hinausgehend die Vorstellung anklingen lassen, Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte könnten zukünftig das Wahlrecht zu einer anderen KK stets, auch nach Ablauf der Mindestbindungsfrist von 18 Monaten nur dann ausüben, wenn sie die Mitgliedschaft bei der bisherigen KK wirksam gekündigt haben, vermag der erkennende Senat dem nicht zu folgen. Gesetzesmaterialien sind mit Vorsicht, nur unterstützend und insgesamt nur insofern heranzuziehen, als sie auf einen objektiven Gesetzesinhalt schließen lassen und im Gesetzeswortlaut einen Niederschlag gefunden haben. Besteht - wie hier - eine Diskrepanz zwischen Gesetzesmaterialien und dem objektiven Regelungsgehalt des Gesetzes, muss dem Gesetzeswortlaut, dem Regelungssystem und dem Regelungsziel der Vorrang zukommen (*stRspr; vgl zB BVerfGE 62, 1, 45; BVerfGE 119, 96, 179; BSG SozR 4-2500 § 62 Nr 8 RdNr 20 f; BSG Urteil vom 24.4.2018 - B 1 KR 10/17 R - Juris RdNr 25 mwN, für BSGE und SozR vorgesehen; ebenso zB BSG SozR 4-2500 § 175 Nr 2 RdNr 25*). Daran fehlt es, wie dargelegt (*ebenso BSG SozR 4-2500 § 175 Nr 2 RdNr 25 f*). Die gesetzgeberische Grundentscheidung für eine Verstetigung der Kassenwechsel der Versicherten im Jahresverlauf und die Angleichung der Kassenwechselfähigkeiten der Versicherungspflichtigen und der freiwillig Versicherten wird damit nicht in Frage gestellt (*vgl zur Beachtung der Grundentschei-*

dung BVerfG Beschluss vom 6.6.2018 - 1 BvL 7/14, 1 BvR 1375/14 - Leitsatz 3 und Juris RdNr 73 mwN).

- 34 4. Die Klägerin hat ab 8.9.2016 gegen die Beklagte Anspruch auf Verzugszinsen in Höhe von 5 vH auf die geschuldete Vergütung nach Maßgabe des § 288 Abs 1 BGB (*vgl BSG SozR 4-2500 § 69 Nr 7; BSG Urteil vom 21.4.2015 - B 1 KR 10/15 R - Juris RdNr 18 = KHE 2015/29*) iVm §§ 12, 14 (Landes-)Vertrag nach § 112 SGB V Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung. Die Klägerin kann Zinsen nach Ablauf der Zahlungsfrist verlangen (§ 14 S 1 *Landesvertrag*). Die Zahlungsfrist von 15 Arbeitstagen (*vgl § 12 S 1 Landesvertrag*) begann am 18.8.2016 zu laufen. Denn die Daten nach § 301 SGB V lagen der Beklagten nach den vom LSG in Bezug genommenen Ausführungen des SG erst am 17.8.2016 vor. Die Frist endete am 7.9.2016 (*vgl § 187 Abs 1, § 188 Abs 1 BGB*).
- 35 5. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs 1 S 1 Teils 3 SGG iVm § 154 Abs 2 VwGO. Die Streitwertfestsetzung folgt aus § 197a Abs 1 S 1 Teils 1 SGG iVm § 63 Abs 2 S 1, Abs 3 S 1 Nr 2, § 52 Abs 1 sowie § 47 Abs 1 S 1, Abs 2 S 1 GKG. Nach § 63 Abs 3 S 1 Nr 2 GKG kann die Streitwertfestsetzung der Vorinstanz durch das Rechtsmittelgericht ua geändert werden, wenn das Verfahren - wie hier - wegen der Hauptsache in der Rechtsmittelinstanz schwebt.