

L 15 SO 292/14

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Sozialhilfe
Abteilung
15
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 95 SO 607/11
Datum
18.09.2014
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 15 SO 292/14
Datum
25.04.2018
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Entscheidungen der Zivilgerichte über Vergütungsansprüche möglicher Leistungserbringer gegenüber sozialhilferechtlich Leistungsberechtigten aus einem Zivilrechtsverhältnis entfalten Tatbestandswirkung im Rechtsstreit über eine Leistung der Sozialhilfe, die auf Sachleistungsverschaffung/Gewährleistungsverantwortung in Gestalt eines Schuldbeitritts zu dem Zivilrechtsverhältnis gerichtet ist (konkret: Hilfe zur Pflege).

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Berlin vom 18. September 2014 wird zurückgewiesen.

Der Beklagte hat dem Kläger ein Viertel der außergerichtlichen Kosten des erstinstanzlichen Verfahrens zu erstatten. Im Übrigen sind keine Kosten zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig sind Leistungen der Sozialhilfe aus Anlass des Aufenthalts des Klägers im räumlichen Bereich eines Krankenhauses vom 1. Oktober 2004 bis einschließlich 19. Dezember 2007.

Der Kläger ist 1997 geboren worden. Er befindet sich seit seinem ersten Lebensjahr im Wachkoma (apallisches Syndrom). Ab dem 11. März 1999 befand er sich durchgehend bis zum 17. Dezember 2007 stationär im.-J-Krankenhaus B-, dessen Rechtsträger damals die K W E, Stiftung des öffentlichen Rechts, war (seit Januar 2014 ist Rechtsträger der E V V GmbH im Folgenden: Krankenhaus). Bis zum 30. November 2001 trug die damalige AOK Berlin (Rechtsnachfolgerin: AOK Nordost; im Folgenden: Krankenkasse) hierfür die Kosten als medizinisch notwendige Akutbehandlung nach dem Sozialgesetzbuch/Fünftes Buch - gesetzliche Krankenversicherung - (SGB V). Bei der Krankenkasse war der Kläger über seine Eltern familienversichert.

Nachdem die Krankenkasse dem Krankenhaus mitgeteilt hatte, dass ein Krankenhausaufenthalt des Klägers über den 30. November 2001 nach den Feststellungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) nicht notwendig sei, gewährte der Beklagte ihm ab 1. Dezember 2001 jeweils befristet, letztmalig bis zum 30. September 2004, Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG) in Gestalt der Übernahme der Kosten für den stationären Aufenthalt, soweit die Kosten nicht durch die Krankenkasse für von ihr anerkannte Zeiten der Akutbehandlung abgedeckt waren.

Im Lauf des Jahres 2004 wurde zwischen dem Beklagten, den Eltern des Klägers und dem Krankenhaus erörtert, ob und unter welchen Umständen der Kläger in eine Pflegeeinrichtung verlegt werden könnte. Aufgrund gutachterlicher Äußerungen des Facharztes für Kinder- und Jugendmedizin Dr. M vom 7. November 2004 und des Prof. Dr. G (emeritierter Direktor der Kinderchirurgischen Klinik im Klinikum B) vom 16. September und 18. Dezember 2004 gelangte der Beklagte zunächst intern zu dem Ergebnis, dass eine solche Verlegung aus medizinischen Gründen nicht möglich sei, deswegen aber die Krankenkasse, hilfsweise die Pflegekasse, die Kosten ab Oktober 2004 zu übernehmen habe.

Durch Bescheid vom 24. Mai 2005 lehnte der Beklagte die beantragte Übernahme der Krankenhauskosten für die Zeit ab 1. Oktober 2004 förmlich ab. Hiergegen legte der Kläger Widerspruch ein, der zunächst nicht beschieden wurde. In der Folge beglich die Krankenkasse ihrerseits die vom Krankenhaus ihr gegenüber geltend gemachten Kosten für die stationäre Behandlung des Klägers vom 1. Oktober 2004 bis zum 17. Dezember 2007 vollständig. Aufgrund von Stellungnahmen des MDK vertrat die Krankenkasse später die Auffassung, dass nur in

bestimmten Zeiträumen eine vollstationäre Behandlung medizinisch indiziert gewesen sei. Sie rechnete die aus ihrer Sicht entstandenen Überzahlungen ab September 2006 bis in das Jahr 2009 hinein mit Zahlungsansprüchen des Krankenhauses wegen anderer Behandlungsfälle auf. Es verblieben offene Forderungen des Krankenhauses von 440.714,72 EUR.

Mit einer im Oktober 2007 vor dem Sozialgericht (SG) Berlin erhobenen Klage (S 89/166 KR 2736/07) hatte das Krankenhaus gegenüber der Krankenkasse die Zahlung von 185.518,46 EUR geltend gemacht. Dies entsprach dem Betrag, mit dem die Krankenkasse für den Zeitraum 1. Oktober 2004 bis 31. Januar 2006 die Aufrechnung erklärt hatte. Für diesen Zeitraum waren vom Krankenhaus 198.109,55 EUR in Rechnung gestellt und zunächst beglichen worden. Außerdem hatte das Krankenhaus die Feststellung beantragt, dass die Krankenkasse für die vollstationäre Behandlung im Zeitraum 1. Februar bis 30. November 2006 die gezahlte Vergütung nicht zurückverlangen könne, auch soweit sie Behandlungen außerhalb der Zeiträume 23. bis 25. Juni 2006, 28. August bis 7. September 2006 und 29. Oktober bis 7. November 2006 betreffe, für die der MDK Behandlungsbedürftigkeit festgestellt hatte. Die Krankenkasse sah ihr Vorgehen als rechtmäßig an und stellte die Verrechnung der aus ihrer Sicht unberechtigt gezahlten Vergütungen für die Zeit vom 1. Februar bis zum 30. November 2006 mit anderen Vergütungsansprüchen in Aussicht. Das Krankenhaus nahm die Klage im April 2009 zurück, nachdem außergerichtliche Verhandlungen zu keiner Einigung geführt hatten. Unterdessen hatte das Krankenhaus dem Beklagten Rechnungen betreffend stationäre Behandlungen des Klägers für Zeiträume ab Oktober 2004 auf der Grundlage von Tagessätzen "Basispflegesatz vollstationär" und "Abteilungs pflegesatz Pädiatrie" übersandt. Der Beklagte wies das Krankenhaus mit Schreiben vom 21. Juli 2005 darauf hin, dass ein ablehnender Bescheid für die Zeit ab dem 1. Oktober 2004 ergangen sei, und forderte es auf, sich an die Eltern des Klägers zu wenden.

Das Krankenhaus machte dann ohne Erfolg unmittelbar gegenüber dem Kläger eine zivilrechtliche Klage auf Zahlung von Behandlungskosten anhängig, zunächst betreffend den Zeitraum 1. Januar 2006 bis 17. Dezember 2007, nach teilweiser Klagerücknahme im Berufungsverfahren nur noch betreffend den Zeitraum 3. August 2006 bis 17. Dezember 2007, entsprechend 176.488,64 EUR. Das Landgericht Berlin führte in seinem klageabweisenden Urteil vom 11. Januar 2013 - Az. 36 O 5/10 - unter anderem aus, dass das Krankenhaus die Klage in dem Rechtsstreit SG Berlin S 89/166 KR 2736/07 unter dem Eindruck der Entscheidung des Großen Senats des Bundessozialgerichts (BSG) vom 25. September 2007 - [GS 1/06](#) - zurückgenommen habe, weil es danach keine Erfolgsaussicht mehr gesehen habe. Das Kammergericht führte in seinem die Berufung des Krankenhauses zurückweisenden Urteil vom 27. März 2014 - [20 U 50/13](#) - unter anderem aus, dass der Kläger für den Anspruch nicht passivlegitimiert sei. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs komme bei minderjährigen Patienten ein Behandlungsvertrag in der Regel zwischen dessen Eltern und dem Krankenhausträger zugunsten des Kindes zustande. Dieser Behandlungsvertrag sei vorliegend bei der Aufnahme im Jahr 1999 begründet worden und habe bis zur Entlassung des Klägers im Jahr 2007 fortbestanden. Zu einer zwischenzeitlichen Änderung sei es auch durch einen von der Betreuerin unterzeichneten Behandlungsvertrag vom 19. Januar 2004 nicht gekommen.

Nachdem sein Widerspruch gegen den Bescheid des Beklagten vom 24. Mai 2005 bis dahin nicht beschieden war, erhob der Kläger im März 2011 vor dem Sozialgericht Untätigkeitsklage. Mit Datum des 15. Juni 2011 erteilte der Beklagte einen Widerspruchsbescheid und wies den Widerspruch zurück. Es fehle bereits an einem Rechtsschutzinteresse, weil der Kläger bislang nicht beschwert sei (das zivilrechtliche Verfahren war noch nicht abgeschlossen). Er habe aber auch keinen materiellrechtlichen Anspruch. Medizinische Gutachten besagten für den streitigen Zeitraum eindeutig, dass eine Verlegung des Klägers in eine Pflegeeinrichtung unter keinen Umständen in Betracht komme. Daraufhin sei die Krankenkasse bis zur Entlassung des Klägers aus dem Krankenhaus im Dezember 2007 in voller Höhe für die Krankenhausbehandlung aufgekommen. Es sei nicht nachvollziehbar, weshalb der MDK im Nachhinein festgestellt haben wolle, dass die Voraussetzungen für eine Krankenhausbehandlung nicht vorgelegen hätten. Es verstoße ferner gegen Treu und Glauben, wenn die Krankenkasse sich Leistungen von einem Leistungserbringer "zurückhole" und dann versuche, sie auf den Versicherten oder einen anderen Sozialleistungsträger abzuwälzen. Dies gelte umso mehr, als die Krankenkasse bereits im März 2006 erkannt haben wolle, dass der Kläger nicht mehr in einem Krankenhaus behandlungsbedürftig sei.

Der Kläger hat darauf die Klage umgestellt (Schriftsatz vom 29. Juni 2011) und beantragt, den Beklagten unter Aufhebung des entgegenstehenden Verwaltungsakts zur Übernahme der Kosten der Pflege in dem Zeitraum vom 1. Oktober 2004 bis zum 17. Dezember 2007 zu verurteilen. Ein Rechtsschutzinteresse bestehe, weil er Gefahr laufe, für die während des Krankenhausaufenthalts entstandenen Kosten haften zu müssen. Er sei auch durchgängig pflegebedürftig gewesen. Entgegen der Auffassung des Beklagten gehe die Krankenkasse nicht davon aus, dass durchgängig Behandlungsbedürftigkeit im Sinne des SGB V bestanden habe. Der Anspruch sei unabhängig davon zu prüfen, ob ein anderer Sozialleistungsträger in Vorleistung gegangen sei. Nachdem das Urteil des Kammergerichts ergangen war, hat er weiter geltend gemacht, es stehe nun in Aussicht, dass seine Eltern von dem Krankenhaus in Anspruch genommen würden. Da ihnen der Streit verkündet worden sei, sei Verjährung nicht eingetreten.

Durch Gerichtsbescheid vom 18. September 2014 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Der Kläger sei durch die angefochtenen Bescheide nicht beschwert. Aufgrund der Klageabweisung im Zivilprozess drohe ihm nicht mehr, wegen der streitigen Behandlungskosten durch das Krankenhaus in Anspruch genommen zu werden. Keine Bedeutung habe, dass das Krankenhaus möglicherweise Forderungen gegen seine Eltern geltend machen wolle. Dies ändere nichts daran, dass gegen den Kläger selbst keine Forderung bestehe. Abgesehen davon dürfte der seinerzeit bestehende Vergütungsanspruch des Krankenhauses durch die Zahlungen der Krankenkasse erloschen sein. Dazu passe, dass die Krankenkasse gegenüber dem Krankenhaus einen Rückforderungsanspruch geltend gemacht und wegen dieses behaupteten Anspruchs mit Forderungen des Krankenhauses wegen der Behandlung anderer Patienten aufgerechnet habe.

Mit seiner Berufung verfolgt der Kläger sein Anliegen im Wesentlichen mit der Begründung aus dem Verfahren erster Instanz weiter. Er vertritt die Auffassung, dass es nicht zu einem sachgerechten Ergebnis führe, wenn der Anspruch deshalb verneint werde, weil er bereits "alle Leistungen erhalten" habe. Auf diese Weise werde das Ende der Geschehniskette an den Anfang gesetzt. Die Frage, ob im fraglichen Zeitraum grundsätzlich ein Anspruch auf "Eingliederungshilfe" bestanden habe, welcher zu einem Schuldbeitritt des Beklagten zu einem zwischen ihm und dem Krankenhaus bestehenden Rechtsverhältnis geführt haben würde, bleibe auf diese Weise unbeantwortet. Maßgeblich für die Anspruchsprüfung sei zudem nur, ob im Zeitpunkt der Antragstellung ein sozialhilferechtlicher Bedarf bestanden habe.

Der Kläger beantragt, den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Berlin vom 18. September 2014 und den Bescheid des Beklagten vom 24. Mai 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15. Juni 2011 aufzuheben sowie den Beklagten zu verurteilen, die Kosten der Krankenhausbehandlung im Zeitraum 1. Oktober 2004 bis einschließlich 19. Dezember 2007 als Hilfe zur Pflege zu übernehmen.

Der Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Er hält die angefochtene Entscheidung und seine Bescheide für zutreffend. Der Senat hat den am 15. Dezember 2014 eingegangenen Antrag des Klägers auf Gewährung von Prozesskostenhilfe durch Beschluss vom 15. Juli 2015 mangels hinreichender Erfolgsaussicht abgelehnt. Den mit Schriftsatz seiner Bevollmächtigten vom 30. September 2015 nochmals gestellten Antrag hat er durch Beschluss vom 5. Oktober 2015 als unzulässig verworfen.

Die Gerichtsakte des vorliegenden Rechtsstreits und des Rechtsstreits SG Berlin S 166 KR 2736/07 sowie die Verwaltungsakten des Beklagten waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung. Wegen Einzelheiten des Sachverhalts wird auf den Inhalt dieser Aktenstücke Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist zulässig, aber unbegründet. Das Sozialgericht hat zutreffend entschieden, dass die angefochtenen Bescheide des Beklagten rechtmäßig sind und den Kläger deshalb nicht in seinen Rechten verletzen.

Geltend gemacht werden Leistungen für die Behandlung beziehungsweise Betreuung des Klägers in der Örtlichkeit eines Krankenhauses. Nach den Vorschriften des Sozialhilferechts kommen sie nur - entsprechend dem ausdrücklich gestellten Antrag - als Hilfen zur Pflege in Betracht: Der Umfang der Hilfen zur Krankheit ist seit dem 1. Januar 2004 identisch mit dem der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (bis 31. Dezember 2004 § 38 Abs. 1 Satz 1 BSHG, ab 1. Januar 2005 [§ 52 Abs. 1 Satz 1](#) Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch [SGB XII]). Zudem werden die Hilfen im Krankheitsfall selbst bei Personen, die nicht kraft Gesetzes oder freiwillig gegen Krankheit versichert sind, regelmäßig über die Quasiversicherung bei einer gesetzlichen Krankenkasse gewährt (bis 31. Dezember 2004 § 37 Abs. 1 Satz 2 BSHG, ab 1. Januar 2005 [§ 48 Satz 2 SGB XII](#), jeweils i.V. mit [§ 264 SGB V](#)). Leistungsansprüche auf Hilfen zur Krankheit unmittelbar gegen Träger der Sozialhilfe sind deshalb im Allgemeinen ausgeschlossen (zu den Rechtsbeziehungen bei der Quasiversicherung BSG, Urteil vom 27. Mai 2014 - [B 8 SO 26/12 R](#) -, SozR 4-2500 § 264 Nr. 5). Die von der Bevollmächtigten des Klägers - mutmaßlich irrtümlich - einmal erwähnte Eingliederungshilfe (bis 31. Dezember 2004: §§ 39ff BSHG, ab 1. Januar 2005 [§§ 53ff SGB XII](#)) kennt keine gesundheitspflegerischen Leistungen der hier streitigen Art.

Angesichts seiner schweren krankheitsbedingten Beeinträchtigungen steht nicht in Frage, dass der Kläger dem Grunde nach zum Kreis der Leistungsberechtigten der Hilfe zur Pflege nach den Vorschriften des Rechts der Sozialhilfe gehört (bis 31. Dezember 2004: § 68 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 3 BSHG, ab 1. Januar 2005 [§ 61 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 3 SGB XII](#)). Ob ein entsprechender Hilfebedarf im streitigen Zeitraum überhaupt bestand, kann offen bleiben. Selbst wenn dies zugunsten des Klägers unterstellt wird, scheidet ein Leistungsanspruch daran, dass ein noch offener sozialhilferechtlicher Bedarf aktuell nicht mehr besteht.

Das Leistungserbringungsrecht in der Sozialhilfe ist unter anderem im Bereich der hier allein in Betracht kommenden stationären Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit als "Dreiecksverhältnis" ausgestaltet (zusammenfassend - auch zum folgenden - BSG, Urteil vom 18. November 2014 - [B 8 SO 23/13 R](#) - SozR 4-3500 § 75 Nr. 6; zu stationären Leistungen Urteil vom 28. Oktober 2008 - [B 8 SO 22/07 R](#) - [SozR 4-1500 § 75 Nr. 9](#)). Die Hilfen zur Pflege sind zwar als Sachleistungen ausgestaltet. In den Fällen, in denen der Leistungsträger nicht ausnahmsweise selbst als Leistungserbringer tätig wird, ist das Leistungsrecht aber auf eine sogenannte Sachleistungsverschaffung/Gewährleistungsverantwortung gerichtet. Der Sozialhilfeträger übernimmt aufgrund dessen die Vergütung, die der Hilfeberechtigte vertraglich dem Leistungserbringer schuldet, und tritt - nur - einer bestehenden zivilrechtlichen Schuld als Gesamtschuldner bei. Dadurch wird ein unmittelbarer Zahlungsanspruch des Leistungserbringers gegenüber dem Sozialhilfeträger geschaffen; der Anspruch des Leistungsberechtigten gegen den Sozialhilfeträger ist auf Zahlung an diesen Dritten gerichtet. Fehlt es an einer vertraglichen Zahlungspflicht, besteht in der Folge keine Einstandspflicht des Sozialhilfeträgers (s. etwa BSG, Urteil vom 25. September 2014 - [B 8 SO 8/13 R](#) -, SozR 4-3500 § 53 Nr. 4).

Für die Zeit vor dem 1. Januar 2006 ist von vornherein nichts dafür ersichtlich, dass das Krankenhaus selbst noch von offenen Ansprüchen auf Vergütung aufgrund der Behandlung des Klägers ausgehen würde. In dem gegen den Kläger geführten Zivilrechtsstreit waren mit der Klage nur Ansprüche für die Zeit ab 1. Januar 2006 anhängig gemacht worden. Mit der Berufung vor dem Kammergericht waren dann nur noch Ansprüche für die Zeit ab dem 3. August 2006 verfolgt worden. Nichts spricht dagegen, diesem prozessualen Verhalten zu entnehmen, dass das Krankenhaus auch insoweit keine rechtliche Grundlage für Vergütungsansprüche gegen den Kläger sah.

Betreffend den verbleibenden Zeitraum ab 3. August 2006 bis zum 17. Dezember 2007 entfaltet die Rechtskraft ([§§ 321 Abs. 1, 325 Abs. 1](#) Zivilprozessordnung [ZPO]) der den Beteiligten bekannten zivilgerichtlichen Urteile in dem Rechtsstreit des Krankenhauses gegen den Kläger Tatbestandswirkung für das Bestehen des sozialhilferechtlichen Bedarfs. Es steht danach fest, dass eine zivilrechtliche Schuld des Klägers gegenüber dem Krankenhaus aufgrund seines Aufenthalts dort im streitigen Zeitraum, welche den genannten Anspruch auslösen könnte, nicht besteht. Ob es sich zu einem früheren Zeitpunkt anders verhalten hat, muss nicht entschieden werden. Angesichts des sozialhilferechtlichen Aktualitätsgrundsatzes ist im Rechtsstreit über Grund oder Höhe einer Leistung stets zu prüfen, ob ein geltend gemachter Bedarf noch besteht (s. stellvertretend BSG, Urteile vom 29. September 2009 - [B 8 SO 16/08 R](#) -, [SozR 4-1300 § 44 Nr. 20](#), und vom 17. Juni 2008 - [B 8/9b AY 1/07 R](#) -, [SozR 4-3520 § 2 Nr. 2](#)).

Nicht entscheidungserheblich ist angesichts dessen, ob das Vertragsverhältnis, welches dem stationären Aufenthalt des Klägers zugrunde lag, überhaupt die Erbringung von Pflegeleistungen beinhaltet. Davon war der Beklagte bei seiner Leistungsgewährung bis zum 30. September 2004 augenscheinlich ausgegangen. Den gerichtlichen Entscheidungen im Zivilprozess ist dagegen zu entnehmen, dass seit der Aufnahme des Klägers zur stationären Behandlung im Jahr 1999 bis zu seiner Entlassung im Jahr 2007 ein (von den Eltern des Klägers zu dessen Gunsten geschlossener) "Behandlungsvertrag" durchgehend bestand. Das könnte indizieren, dass sich der Vertragsinhalt während der gesamten Laufzeit nicht geändert hatte und (nur) die - vom Krankenhaus abgerechnete - stationäre Krankenbehandlung vertraglich vereinbart war.

Selbst unter der Voraussetzung, dass Pflegeleistungen der hier streitigen Art Gegenstand des Behandlungsvertrags gewesen wären, ist weiter nicht entscheidungserheblich, ob die Eltern des Klägers dem Krankenhaus zahlungsverpflichtet sein könnten. Denn der Anspruch auf

Hilfe zur Pflege als Sachleistung steht nur dem Pflegebedürftigen selbst zu, dementsprechend auch derjenige auf Übernahme der Gewährleistungsverantwortung. Zu klären ist deshalb nicht, ob ein solcher Zahlungsanspruch durch Erfüllung untergegangen ist (insoweit könnte zum Tragen kommen, dass die Krankenkasse die ihr vorgelegten Rechnungen des Krankenhauses über die bis zur Entlassung des Klägers nach Lage der Akten zunächst vorbehaltlos beglichen hat mit der möglichen Folge der Erfüllungswirkung nach § 362 Abs. 2 i.V. mit § 185 Bürgerliches Gesetzbuch zugunsten der Eltern des Klägers), ob eine etwaige Erfüllungswirkung durch die faktische Rückabwicklung der von der Krankenkasse geleisteten Zahlungen mittels Aufrechnung gegenüber dem Krankenhaus rechtmäßig war und ob sich hieraus Auswirkungen auf das zivilrechtliche Schuldverhältnis aus einem Behandlungsvertrag ergeben können, an dem die Krankenkasse nicht beteiligt war (die Klagerücknahme in dem Rechtsstreit SG Berlin S 89/166 KR 2736/07 betrifft jedenfalls nur ein Rechtsverhältnis zwischen den dortigen Verfahrensbeteiligten; der Beschluss des Großen Senats des BSG vom 25. September 2007 - [GS 1/06](#) - , [SozR 4-2500 § 39 Nr. 10](#) betrifft seinerseits nur die Frage, nach welchen Maßstäben die Rechtmäßigkeit eines - auf dem SGB V beruhenden und damit öffentlich-rechtlichen - Anspruchs auf stationäre Krankenhausbehandlung zu beurteilen ist) oder ob ihm jedenfalls die Einrede der Verjährung entgegen gehalten werden kann.

Fehlt es sonach an einer zivilrechtlichen Schuld des Klägers, so ginge ein Schuldbeitritt zwangsläufig ins Leere. Angesichts dessen ist auch nicht zu klären, ob die im Verhältnis zwischen dem Beklagten und dem Krankenhaus als Leistungserbringer erforderlichen vertraglichen Voraussetzungen für Zahlungsansprüche im Wege des Schuldbeitritts vorliegen. Von daher wird lediglich ergänzend darauf hingewiesen, dass sich die Behandlung des Klägers im streitigen Zeitraum unabhängig von der Hilfeart als stationäre Leistung in einer Einrichtung darstellte. Gemäß § 93 Abs. 2 Satz 1 BSHG bzw. § 75 Abs. 3 Satz 1 SGB XII ist der Träger der Sozialhilfe in diesen Fällen zur Übernahme der Vergütung für die Leistung nur verpflichtet, wenn mit dem Träger der Einrichtung oder seinem Verband die drei im Gesetz genannten Vereinbarungen über die jeweilige Hilfe geschlossen wurden (Leistungsvereinbarung, Vergütungsvereinbarung und Prüfungsvereinbarung). Fehlt es an einer dieser Vereinbarungen, darf der Träger der Sozialhilfe gemäß § 93 Abs. 3 Satz 1 BSHG bzw. § 75 Abs. 4 Satz 1 SGB XII Leistungen durch diese Einrichtung nur erbringen, wenn dies nach der Besonderheit des Einzelfalls geboten ist und die weiteren in § 93 Abs. 3 BSHG bzw. § 75 Abs. 4 SGB XII genannten Anforderungen erfüllt sind.

Dritte waren zum Verfahren nicht notwendig beizuladen ([§ 75 Abs. 2 SGG](#)). Das Krankenhaus kann angesichts der Rechtskraft der zivilgerichtlichen Urteile zugunsten des Klägers nicht vom Ausgang des vorliegenden Rechtsstreits betroffen sein. Ein anderer Leistungsträger, der an Stelle des Beklagten zur Gewährung der streitigen Hilfen zur Pflege verpflichtet sein könnte, ist nicht ersichtlich. Die von der Krankenkasse erklärte Aufrechnung betraf lediglich Leistungsrechte auf Krankenhausbehandlung nach dem SGB V.

Die Entscheidung über die Kosten beruht auf [§ 193 SGG](#). Sie berücksichtigt, dass die erstinstanzlich ursprünglich erhobene Untätigkeitsklage voraussichtlich erfolgreich gewesen wäre.

Gründe, die Revision zuzulassen ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)), liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2018-06-11