

L 8 SO 40/09

Land
Sachsen-Anhalt
Sozialgericht
LSG Sachsen-Anhalt
Sachgebiet
Sozialhilfe
Abteilung
8
1. Instanz
SG Magdeburg (SAN)
Aktenzeichen
S 19 SO 33/07
Datum
22.09.2009
2. Instanz
LSG Sachsen-Anhalt
Aktenzeichen
L 8 SO 40/09
Datum
21.12.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin macht einen Vergütungsanspruch für die Kosten der stationären Behandlung der Beigeladenen vom 23. März bis 4. April 2005 i.H.v. 4.348,53 EUR im Wege der Nothilfe gemäß [§ 25](#) Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch - Sozialhilfe (SGB XII) geltend.

Die am 1951 geborene Beigeladene war aufgrund einer versicherungspflichtigen Beschäftigung zuletzt bei der AOK Sachsen-Anhalt bis 31. Oktober 2001 gesetzlich krankenversichert. Ausweislich des Versicherungsverlaufs der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See vom 6. September 2006 bezog sie nach dem 31. Oktober 2001 keine Sozialleistungen. Nach ihren Angaben hatte sie vor der Aufnahme in das Krankenhaus den Lebensunterhalt vom versicherungspflichtigen Einkommen ihres Lebenspartners bestritten.

Die Beigeladene war vom 21. bis 23. März 2005 in der Klinik für Innere Medizin der P. S. in M stationär behandelt worden. Sie war dort als bei der AOK Sachsen-Anhalt versichert geführt worden. Die Aufnahme war erfolgt aufgrund einer deutlichen Verschlechterung des Allgemeinzustands und der Belastbarkeit nach vorausgegangenem grippalem Infekt. Die Aufnahmediagnose lautete: Verdacht auf nephrotisches Syndrom, Herzinsuffizienz NYHA II-III, DD: Myokarditis bei Zustand nach grippalem Infekt, Tachyarrhythmia absoluta bei Vorhofflimmern, Verdacht auf Lungenembolie, Zustand nach Cholecystektomie, Zustand nach Strumektomie sowie arterielle Hypertonie. Die Ärzte hatten die geklagte Symptomatik einem nephrotischen Syndrom zugeordnet. Zur weiteren nephrologischen Diagnostik und Therapie wurde die Beigeladene bei stabilem Herz-Kreislauf-Zustand mittels Krankentransport in die Klinik für Nephrologie der Klägerin verlegt.

Die dortige Aufnahme erfolgte am 23. März 2005 um 13.30 Uhr als "Erstaufnahme", wobei im Formular die Möglichkeit einer "Notaufnahme" vorgesehen war. Die Beigeladene gab bei der Aufnahme an, bei der AOK Sachsen-Anhalt versichert zu sein und legte eine bis Dezember 2005 gültige Versichertenkarte vor. Sie wurde als Kassenpatientin der AOK Sachsen-Anhalt/Niederlassung H. registriert. Die Anamnese und -befunderhebung enthält die Bemerkung "Pat. subj. nicht so beeinträchtigt". An diesem Tag wurden eine Sonographie und ein EKG durchgeführt. Am 24. März 2005 wurden verschiedene Laboruntersuchungen sowie eine Echokardiographie durchgeführt. Die Beigeladene lehnte eine am 2. April 2005 vorgeschlagene Nierenbiopsie ab. Am 4. April 2005 erfolgte eine Aufklärung hinsichtlich der Notwendigkeit der Abklärung der Niereninsuffizienz mittels Nierenpunktion sowie der Einleitung einer Dialyse. Daraufhin verließ die Beigeladene gegen ärztlichen Rat noch am selben Tag die Klinik. Im Entlassungsbericht vom 4. April 2005 sind als Diagnosen genannt: Präterminale Niereninsuffizienz unklarer Genese, dekompensierte Herzinsuffizienz bei dilatativer Kardiomyopathie DD Myokarditis 03/2005, intermittierende Tachyarrhythmia absoluta bei Vorhofflimmern, Cholecystektomie 1998, Zustand nach Strumektomie 2000, arterieller Hypertonus.

Die AOK hatte schon am 1. April 2005 mitgeteilt, dass kein Krankenversicherungsschutz bestehe. Daraufhin beantragte die Klägerin mit der "Aufnahme-Mitteilung" vom 4. April 2005 die Mitteilung der Zuständigkeit und der Kostenübernahme; als Aufnahmegrund führte sie "0101" als Ziffer für eine Normalaufnahme an. Gleichzeitig stellte sie einen Antrag auf Kostenerstattung gemäß [§ 25 SGB XII](#) sowie für die Beigeladene einen Antrag auf Gewährung von Sozialhilfe. Alle Anträge gingen beim Sozialamt der Beklagten am 12. April 2005 ein. Die Endrechnung i.H.v. 4.348,53 EUR vom 14. Juli 2005 war an die Beigeladene adressiert.

Mit Bescheid vom 11. Juli 2005 lehnte die Beklagte gegenüber der Klägerin eine Kostenübernahme ab. Da sie erst nach Beendigung des Krankenhausaufenthalts Kenntnis erhalten habe, könnten Ansprüche auf Erstattung von Aufwendungen lediglich nach [§ 25 SGB XII](#) bestehen. Erforderlich sei der Nachweis, dass es sich um einen Eilfall gehandelt habe und sie bei rechtzeitiger Kenntnis Krankenhilfe gewährt hätte. Insoweit trage der Nothelfer die materielle Beweislast. Ausweislich der Aufnahmeanzeige vom 12. April 2005 sei als Aufnahmegrund ein "Normalfall" ausgewiesen. Der ausgefüllte Kostenerstattungsantrag sei nicht ausreichend.

Die Klägerin führte daraufhin unter dem 25. Juli 2005 aus: Es sei richtig, dass die Beigeladene als Normalfall stationär aufgenommen und behandelt worden sei. Nachdem diese zugegeben habe, nicht krankenversichert zu sein, sei der Antrag gemäß § 121 BSHG (gemeint: [§ 25 SGB XII](#)) ausgefüllt worden. Entscheidend sei jedoch der Antrag der Beigeladenen auf Gewährung von Sozialhilfe. Vorsorglich werde Widerspruch eingelegt.

Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 13. März 2007 als unbegründet zurück. Die Erstattung nach [§ 25 SGB XII](#) sei ausgeschlossen, weil bei der stationären Aufnahme kein Eilfall vorgelegen habe. Es wäre der Beigeladenen ohne Weiteres möglich gewesen, die Kostenübernahme mit dem Sozialhilfeträger zu klären. Es sei ihr bewusst gewesen, dass sie über keinen Krankenversicherungsschutz verfüge. Es habe ihr klar sein müssen, dass die Kosten für den Krankenhausaufenthalt nicht aus dem Einkommen ihres Lebenspartners zu bestreiten gewesen seien. Es habe von ihr erwartet werden können, dass sie bei der stationären Aufnahme wahrheitsgemäße Angaben machen werde, so dass ein Sozialhilfeantrag unverzüglich hätte gestellt werden können. Die Gewährung von Krankenhilfe komme ebenfalls nicht in Betracht, weil der Sozialhilfeantrag erst nach Abbruch der stationären Behandlung gestellt worden sei.

Dagegen hat die Klägerin am 16. April 2007, einem Montag, Klage beim Sozialgericht Magdeburg erhoben. Die Beigeladene sei ab 2006 mehrfach stationär aufgenommen und die Krankenhauskosten seien durch die Beklagte übernommen worden. Hier sei - auch bei objektiver Beurteilung - eine sofortige Hilfeleistung erforderlich gewesen. Unerheblich sei, dass die Beigeladene die Kostenübernahme mit dem Sozialhilfeträger hätte klären können. Auf deren verletzte Mitwirkungspflicht könne sich die Beklagte ihr gegenüber nicht berufen. Sie, die Klägerin, habe bei der Aufnahme der Beigeladenen keinen Kostenerstattungsantrag stellen können. Die Beklagte hätte von Amts wegen weiter ermitteln müssen, ob es sich um einen Eilfall gehandelt habe. Ihre, der Klägerin, Erklärung im Schreiben vom 25. Juli 2005 sei falsch interpretiert worden. Die Beigeladene habe sich schon am 21. März 2005 in einem anderen Krankenhaus befunden. Die akute Verschlechterung des allgemeinen Befunds habe die Übernahme in Ihre Klinik erforderlich gemacht. Es sei auch nicht gesetzlich vorgeschrieben, jeden aufgenommenen Patienten wegen einer möglichen Erstattung der Aufwendungen gemäß [§ 25 SGB XII](#) beim zuständigen Sozialhilfeträger zu melden.

Die Beklagte hat sich auf den Standpunkt gestellt, erstmals im Klageverfahren sei ein "Eilfall" geltend gemacht worden. Deshalb habe kein Grund für Ermittlungen von Amts wegen bestanden. Maßgeblich sei bei Verlegung in eine andere Einrichtung die Unterrichtungsmöglichkeit bei der Erstaufnahme. Aus dem Ersuchen des abgebenden Krankenhauses dürfte sich ergeben, ob die Verlegung notfallmäßig erfolgt sei. Es sei hypothetisch zu prüfen, ob der Patient die Möglichkeit gehabt hätte, sich an den Sozialhilfeträger zu wenden. Die stationäre Aufnahme werde nicht deshalb zum Eilfall, weil die Frage der Kostenträgerschaft falsch eingeschätzt wurde.

Das Sozialgericht hat unter dem 3. September 2008 von der Beigeladenen eine Schweigepflichtentbindungserklärung angefordert. Trotz zwei Erinnerungen ist diese nicht abgegeben worden.

Das Sozialgericht hat die Klage mit Urteil vom 22. September 2009 abgewiesen. Es sei schon zweifelhaft, ob ein Eilfall vorgelegen habe. Die Klägerin trage lediglich vor, die Beigeladene sei wegen akuter Verschlechterung des Gesundheitszustands in ihre Klinik eingewiesen worden. In den Aufnahmeformularen der Klägerin sei ein "Normalfall" angegeben worden. Auch habe die Behandlung nicht so unmittelbar einsetzen müssen, dass nicht zuvor nach Patientendaten habe gefragt werden können. Dieser Fall liege anders als beispielsweise bei einem akuten Herzinfarkt. Beweispflichtig für die Behauptung eines Notfalls sei die Klägerin. Der Kammer sei es mangels Schweigepflichtentbindungserklärung der Beigeladenen versagt gewesen, die Patientenunterlagen einzusehen. Es seien keine Beweise etwa durch Vernehmung der seinerzeit aufnehmenden Ärzte angeboten worden. Die Zweifel am Vorliegen eines Eilfalls könnten aber dahinstehen. Denn es wäre der Klägerin möglich gewesen, rechtzeitig den Träger der Sozialhilfe zu informieren und eine Kostenerstattung zu beantragen. Unstreitig habe sich die Beigeladene schon vor dem streitigen Aufenthalt mehrfach bei der Klägerin in Behandlung befunden. Deshalb habe die Klägerin Kenntnis gehabt, dass die Beigeladene jedenfalls in der Vergangenheit nicht krankenversichert gewesen sei. Wegen der vorgelegten Chipkarte habe sie das Risiko der wirtschaftlichen Fehleinschätzung zu tragen. Angesichts der Vorgeschichte hätte es ihr oblegen, sich unmittelbar an die Krankenkasse zu wenden und unmittelbar einen Antrag auf Kostenübernahme bei der Beklagten zu stellen. Ein Antrag im Nachhinein sei nicht mehr rechtzeitig i.S.d. [§ 25 SGB XII](#).

Gegen das ihr am 2. Oktober 2009 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 30. Oktober 2009 Berufung beim Landessozialgericht Sachsen-Anhalt eingelegt. Ergänzend zum bisherigen Vorbringen führt sie aus, auf das Fehlen der Schweigepflichtentbindungserklärung erstmals in der mündlichen Verhandlung hingewiesen worden zu sein. Anderenfalls hätte sie diese selbst beigebracht. Die Eilbedürftigkeit ergebe sich schon daraus, dass die Beigeladene aus einem Krankenhaus in ein anderes verlegt worden sei. Angesichts des Krankheitsbilds bei der Aufnahme sei es der Beigeladenen nicht zumutbar oder möglich gewesen, die Beklagte von ihrer Notlage zu unterrichten. Zu Unrecht sei das Sozialgericht davon ausgegangen, die Beigeladene habe sich schon früher in einer ihrer Kliniken in Behandlung befunden. Auch sei die angemessene Frist zur Antragstellung gemäß [§ 25 SGB XII](#) gewahrt. Nachdem die Beigeladene am 4. April 2005 mitgeteilt habe, nicht krankenversichert zu sein, sei am gleichen Tag ein Antrag auf Sozialhilfe aufgenommen worden. Der Antrag auf Kostenerstattung sei nur sechs Tage nach der Entlassung gestellt worden. Die Klägerin hat ferner eine Schweigepflichtentbindungserklärung der Beigeladenen vom 28. Oktober 2009 vorgelegt.

Die Klägerin beantragt,

den Bescheid der Beklagten vom 11. Juli 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 13. März 2007 sowie das Urteil des Sozialgerichts Magdeburg vom 22. September 2009 aufzuheben, und die Beklagte zu verurteilen, die Behandlungskosten für die Beigeladene i.H.v. 4.348,53 EUR nebst Zinsen hieraus i.H.v. 4% seit dem 13. August 2005 an die Klägerin zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend. Es wäre der Beigeladenen möglich gewesen, vor der Verlegung in die Klinik der Klägerin die Kostenübernahme zu klären. Bei der Beurteilung des Vorliegens eines Notfalls sei auf den 21. März 2005 abzustellen, an dem die stationäre Behandlung in den P.S. begonnen habe. Wenn sich aus einer als Normalfall begonnenen Krankenhausbehandlung ein medizinischer Notfall entwickelte, begründe dies keinen Eilfall i.S.v. [§ 25 SGB XII](#). Dass die Beigeladene sich mit einer ungültigen Krankenversicherungskarte in stationäre Behandlung begeben habe, führe nicht zur der fehlenden Möglichkeit der Information des Sozialhilfeträgers.

Der Senat hat mit Beschluss vom 10. Juni 2010 Frau I. E. W. ... nach [§ 75 Abs. 1 Satz 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) zum Verfahren beigelegt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Verwaltungsverfahrens sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Akten und Beakten Bezug genommen. Die Verwaltungsakten der Beklagten sowie die Patientenakten der Klägerin über die Beigeladene hinsichtlich des stationären Aufenthalts vom 23. März bis 4. April 2005 haben vorgelegen und sind Gegenstand der Entscheidungsfindung des Senats gewesen.

Entscheidungsgründe:

I.

1.

Die Berufung ist form- und fristgerecht erhoben gemäß [§ 151 Abs. 1 SGG](#).

2. Sie ist auch zulässig gemäß [§ 144 Abs. 1 Ziffer 1 SGG](#). Danach bedarf die Berufung der Zulassung in dem Urteil des Sozialgerichts oder auf Beschwerde durch Beschluss des Landessozialgerichts, wenn der Wert des Beschwerdegegenstands bei einer Klage, die eine Geld-, Dienst- oder Sachleistung oder eine hierauf gerichteten Verwaltungsakt betrifft, 750,00 EUR nicht übersteigt. Die geltend gemachte Leistungsvergütung von 4.348,53 EUR übersteigt den Streitwert von 750,00 EUR.

Es liegt kein Fall des [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Ziffer 2 SGG](#) einer Erstattungsstreitigkeit zwischen juristischen Personen des öffentlichen Rechts oder Behörden vor, der die Zulässigkeit der Berufung an einen Streitwert von 10.000,00 EUR knüpft.

Streitigkeiten über die Vergütung einer Krankenhausbehandlung zwischen einem öffentlich-rechtlichen Krankenhausträger und einer gesetzlichen Krankenkasse sind nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) keine Erstattungsstreitigkeiten in diesem Sinne. Der Begriff der Erstattungsstreitigkeit ist eng auszulegen und erfasst nur Forderungen, die auf Erstattung von Kosten gerichtet sind. Es muss sich also um einen Streit handeln, in dem es um den Ausgleich von Kosten geht, die ein Träger gehabt hat. Bei der Klage auf Vergütung einer Krankenhausbehandlung gegenüber einer gesetzlichen Krankenkasse handelt es sich nicht um einen Streit über die Erstattung von Auslagen, sondern um die Vergütung einer Leistung (BSG, Urteil vom 6. Mai 1998, [B 13 RJ 69/97 R](#); Urteil vom 24. Mai 2006, [B 3 KR 15/05 R](#), juris).

Dieser Rechtsauffassung schließt sich der Senat für ein Vergütungsbegehren gegenüber dem örtlichen Träger der Sozialhilfe an. Es ist nicht erkennbar, dass unter Beachtung der gebotenen engen Auslegung eines "Erstattungsstreits" eine Differenzierung zwischen Sozialversicherungsträgern und dem hier in Anspruch genommenen örtlichen Sozialhilfeträger gerechtfertigt wäre.

3.a.

Die Klägerin ist als Anstalt öffentlichen Rechts eine juristische Person und gemäß [§ 70 Nr. 1 SGG](#) fähig, am Verfahren beteiligt zu sein, d.h. aktiv legitimiert.

b.

Richtige Beklagte ist die Landeshauptstadt Magdeburg. Landesrechtlich ist keine Beteiligtenfähigkeit der Behörde gemäß [§ 70 Nr. 3 SGG](#) bestimmt (Gesetz zur Ausführung des Sozialhilfegesetzes für das Land Sachsen-Anhalt vom 19. März 1992 (GVBl. 1992, S. 292), zuletzt geändert durch das Gesetz zur Neuordnung der Gerichtsstrukturen vom 14. Februar 2008 (GVBl. 2008, S. 50)).

Die Beklagte ist als kreisfreie Stadt für die hier streitgegenständlichen Leistungen sachlich zuständig gemäß [§ 97 Abs. 1, 2 SGB XII](#) i.V.m. [§ 3](#) des Gesetzes zur Ausführung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (AG SGB XII) vom 11. Januar 2005 (GVBl. 2005, S. 8). Eine sachliche Zuständigkeit des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe ist landesrechtlich nicht begründet worden. Die Beklagte ist auch örtlich zuständig gemäß [§ 98 Abs. 1 Satz 1 SGB XII](#). Die örtliche Zuständigkeit richtet sich bei einem medizinischen Notfall nach dem Ort der erbrachten Nothilfe (Bundesverwaltungsgericht (BVerwG), Urteil vom 25. November 2004, [5 C 67/03](#) zur örtlichen Zuständigkeit für einen Krankentransport in ambulante medizinische Behandlung).

II.

Die Berufung ist jedoch unbegründet. Im Ergebnis zu Recht hat das Sozialgericht die Klage auf Vergütung von erbrachten Leistungen der stationären Krankenbehandlung in der Zeit vom 23. März bis 4. April 2005 abgelehnt. Der Bescheid der Beklagten vom 11. Juli 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13. März 2007 ist rechtlich nicht zu beanstanden.

Die geltend gemachte Erstattung von Behandlungsleistungen richtet sich hier allein nach [§ 25 SGB XII](#). Danach sind demjenigen, der in einem Eilfall einem anderen Leistungen erbracht hat, 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 Pflicht selbst zu tragen hat. Dies gilt nur, wenn die Erstattung innerhalb angemessener Frist beim zuständigen Träger der Sozialhilfe beantragt wird.

[§ 25 SGB XII](#) entspricht inhaltlich der Vorgängervorschrift des § 121 BSHG und weicht nur hinsichtlich der Formulierung ab. Nach der Gesetzesbegründung überträgt [§ 25 SGB XII](#) inhaltsgleich den bisherigen § 121 BSHG ([BT-Drucks. 15/1514, S. 58](#)). Die geringfügige redaktionelle Abweichung führt nicht zu einer sachlichen Änderung der erforderlichen Tatbestandsvoraussetzungen für einen Vergütungsanspruch (vgl. Grube/Warendorf, SGB XII Kommentar, 3. Aufl., § 25 Rdnr. 21). Daher hält es der Senat für zulässig, für die Prüfung der Tatbestandsvoraussetzungen auf die zu der Rechtslage nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG) ergangene Rechtsprechung abzustellen (so auch BSG, Urteil vom 19. Mai 2009, [B 8 SO 4/08 R](#) (14), juris). Die Regelung verfolgt das Ziel, die Hilfsbereitschaft Dritter im Interesse von in Not geratenen Menschen durch die Gewährleistung eines leistungsfähigen Schuldners zu erhalten und zu stärken. Ferner soll sie Hilfe in den Fällen sicherstellen, in denen Leistungen des Sozialhilfeträgers zu spät kämen oder wegen Zeitablaufs ins Leere gingen. Die Notwendigkeit sofortiger Hilfe lässt in der Regel keine Zeit, den zuständigen Sozialhilfeträger zu unterrichten und zunächst dessen Entscheidung hinsichtlich einer Gewährung der erforderlichen Hilfe als Sozialhilfe abzuwarten (BSG, a.a.O.; BVerwG, Urteil vom 31. Mai 2001, [5 C 2/00](#) (11), juris).

1.

Die Klägerin kommt als juristische Person des öffentlichen Rechts als Nothelfer in Betracht (Grube/Warendorf, a.a.O., § 25 Rdnr. 6). Sie ist kein Sozialhilfe- oder Sozialleistungsträger i.S.v. [§ 12](#) Erstes Buch Sozialgesetzbuch - Allgemeiner Teil (SGB I). In diesem Fall beurteilten sich Erstattungsansprüche allein nach den [§§ 102](#) ff. SGB X.

2.

Ein Eilfall im Sinne des [§ 25 SGB XII](#) liegt hier jedoch nicht vor.

a.

Ein Eilfall kann nicht allein deshalb angenommen werden, weil aus medizinischer Sicht eine Notfallsituation eingetreten ist. Vielmehr ist weitere Voraussetzung, dass nach Lage der Dinge eine rechtzeitige Hilfe des Sozialhilfeträgers objektiv nicht zu erlangen gewesen wäre (BVerwG, Urteil vom 31. Mai 2001, [a.a.O.](#); Landessozialgericht (LSG) Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 26. November 2009, [L 8 SO 172/07](#), juris). Da ein Anspruch auf Sozialhilfe erst mit Bekanntwerden des Sozialhilfebedarfs entsteht ([§ 18 Abs. 1 SGB XII](#)), ist erforderlich, dass eine rechtzeitige Benachrichtigung des Sozialhilfeträgers aus Gründen der Eilbedürftigkeit unterblieben ist. Sofern ein Eilfall im sozialrechtlichen Sinne zu Beginn einer stationären Krankenhausbehandlung vorliegt, gilt dies nur, solange infolge der Krankheit oder Krankenbehandlung eine Unterrichtung des Sozialhilfeträgers über den Hilfefall nicht möglich oder nicht zumutbar ist (Oberverwaltungsgericht Münster, Urteil vom 30. Oktober 1997, [8 A 5887/95](#), FEVS Bd. 48/1998, Nr. 53; LSG Niedersachsen-Bremen, a.a.O.; Grube/Warendorf, a.a.O., § 25 Rdnr. 5). Dies folgt schon aus dem Wortlaut der Vorschrift. Danach ist eine Erstattung nur für solche Leistungen vorgesehen, die bei rechtzeitigem Einsetzen von Sozialhilfe nicht zu erbringen gewesen wären.

Bei der Geltendmachung eines Vergütungsanspruchs als Nothelfer trägt dieser die materielle Beweislast dafür, dass der Träger der Sozialhilfe bei rechtzeitiger Kenntnis Sozialhilfe gewährt hätte (BVerwG, Beschluss vom 30. Dezember 1996, B 5 202/05, juris). Soweit die Klägerin rügt, die Beklagte habe ihre Amtsermittlungspflichten verletzt, folgt der Senat dem nicht. Denn die Klägerin hat erstmals nach Abschluss des Verwaltungsverfahrens behauptet, es habe ein Notfall vorgelegen. Sowohl in ihrem Kostenübernahmeantrag als auch in dem Widerspruch vom 25. Juli 2005 hat sie eine Aufnahme als "Normalfall" geschildert. Mit dem Widerspruchsbescheid hat das Vorverfahren geendet und damit die Befugnis der Widerspruchsstelle. Nach Klageerhebung hat die Pflicht zur Amtsermittlung ausschließlich dem Sozialgericht oblegen (Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 9. Aufl., § 85 Rdnr. 7b, § 103 Rdnr. 10a).

b.

Entgegen der Auffassung der Beklagten ist hinsichtlich des Vorliegens eines Eilfalls hier nicht auf die Aufnahme der Beigeladenen in die P. S am 21. März 2005 abzustellen. Der Senat legt seiner Prüfung vielmehr die Aufnahme in die Klinik der Klägerin am 23. März 2005 zugrunde. Ein Abstellen auf den Zeitpunkt der ersten Krankenhausaufnahme kann allenfalls dann in Betracht kommen, wenn die Verlegung in ein anderes Krankenhaus noch im Rahmen der Notfallbehandlung erfolgt, etwa weil das zu aufnehmende Krankenhaus nicht über die notwendigen medizinischen Mittel der Notfallbehandlung verfügt.

Hier erfolgte am 23. März 2005 keine Verlegung zur Fortsetzung der Notfallbehandlung. Vielmehr ergibt sich aus dem Entlassungsbericht der P. S ... vom 23. März 2005 eine Verlegung der Beigeladenen zur weiteren nephrologischen Diagnostik. Dies ergibt sich auch aus dem handschriftlichen Aufnahmestatus vom 23. März 2005, in dem die Beigeladene angegeben hatte, sich subjektiv nicht so beeinträchtigt zu fühlen. Die bei der Aufnahme der Beigeladenen in die P. S. aufgetretenen Befunde wie eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit, Luftnot, Beinödeme und Herzrhythmusstörungen waren während der dortigen Krankenhausbehandlung deutlich gebessert worden. Nach dem dortigen Entlassungsbericht vom 23. März 2005 befand sich die Beigeladene bei der Verlegung in stabilem Herz-Kreislauf-Zustand. Auch in der Klinik der Klägerin wurden ausweislich der vorliegenden Krankenblätter an diesem Tag nur eine Sonographie und ein EKG durchgeführt. Eine nierenbezogene weitere Untersuchung sowie eine Echokardiographie wurden erst am Folgetag eingeleitet.

Gegen die Darstellung der Klägerin, es habe sich um eine Notfallverlegung gehandelt, spricht schließlich auch der in der "Aufnahme-Mitteilung" genannte Aufnahmegrund ("0101"), der unstreitig einen Normalfall kennzeichnet. Dies hat die Klägerin in ihrem Widerspruch vom 25. Juli 2005 eingeräumt. Auch das Protokoll über die Aufnahme der Beigeladenen vom 23. März 2005 enthält den Vermerk "Erstaufnahme" und nicht "Notaufnahme", sodass der Senat hier nicht von einem Bezeichnungssirrtum ausgeht.

Darüber hinaus spricht für das Abstellen auf die Aufnahme in die Klinik der Klägerin am 23. März 2005, dass dort ein vollständiges Aufnahmeverfahren durchgeführt und die Beigeladene zu ihrem Krankenversicherungsstatus befragt wurde. Bei der Prüfung eines Eilfalls ist darauf abzustellen, ob infolge der Eilbedürftigkeit der medizinischen Hilfe eine rechtzeitige Benachrichtigung des Sozialhilfeträgers

unterblieben ist. Daraus folgt für den Senat zwingend bei einer Krankenhausverlegung mit erneuter Abfrage des versicherungsrechtlichen Status, dass insoweit auf den Zeitpunkt der zweiten Aufnahme abzustellen ist. Dies korrespondiert auch der von der Rechtsprechung und Kommentierung vertretenen Auffassung, dass ein Eilfall nur so lange vorliege, wie die Unterrichtung des Sozialhilfeträgers nicht möglich oder zumutbar ist.

c.

Zum Zeitpunkt der Aufnahme der Beigeladenen in die Klinik der Klägerin am 23. März 2005 um 14.30 Uhr war deren medizinische Behandlungsbedürftigkeit nicht ursächlich für ihr oder der Klägerin Unvermögen, den Sozialhilfeträger rechtzeitig zu benachrichtigen. Wie bereits ausgeführt, lag zur Überzeugung des Senats kein medizinischer Notfall vor, der eine rechtzeitige Benachrichtigung des Sozialhilfeträgers unmöglich oder unzumutbar gemacht hätte. Vielmehr hatte die Beigeladene - wie schon zuvor gegenüber den P S ... - angegeben, bei der AOK Sachsen-Anhalt gesetzlich krankenversichert zu sein und eine entsprechende Krankenversicherungskarte vorgelegt.

Ursächlich für eine nicht rechtzeitige Benachrichtigung des Sozialhilfeträgers war demnach eine Fehleinschätzung der Klägerin aufgrund einer Vorspiegelung falscher Tatsachen der Beigeladenen zum Versicherungsstatus. Hätte diese wahrheitsgemäß angegeben, nicht gesetzlich krankenversichert zu sein, hätte die Klägerin schon mit der Aufnahme einen Antrag auf Übernahme der Behandlungskosten durch den Sozialhilfeträger stellen können (vgl. BVerwG, Urteil vom 31. Mai 2001, [a.a.O.](#) zur Fehleinschätzung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des als Selbstzahler auftretenden Hilfeempfängers; LSG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 11. Dezember 2007, [L 3 SO 25/06](#), juris).

d.

Da schon kein Eilfall i.S.d. [§ 25 SGB XII](#) vorgelegen hat, ist unerheblich, dass das Sozialgericht zu Unrecht angenommen hat, die Beigeladene sei mehrfach zuvor - nicht gesetzlich krankenversichert - in stationärer Behandlung bei der Klägerin gewesen. Denn im Ergebnis steht der Klägerin der geltend gemachte Anspruch nicht zu. Desgleichen kann offen bleiben, ab wann ein im Nachhinein gestellter Antrag nicht mehr rechtzeitig i.S.v. [§ 25 SGB XII](#) sein kann.

4.

Der Senat kann ferner unentschieden lassen, ob die Klägerin ihren Zahlungsanspruch gegen die Beklagte aus einem abgetretenen Sozialhilfeanspruch der Beigeladenen geltend machen könnte (vgl. dazu Grube/Warendorf, a.a.O., § 17, Rdnr. 20). Denn die Beigeladene hatte für den streitigen Zeitraum keinen Anspruch auf Sozialhilfe.

Ein Anspruch auf Sozialhilfe der Beigeladenen gegenüber der Beklagten lag erst mit Bekanntwerden des Sozialhilfebedarfs vor ([§ 18 Abs. 1 SGB XII](#)). Zwar hat die Beigeladene am 4. April 2005 nach Bekanntwerden der fehlenden Krankenversicherung auf Veranlassung der Klägerin einen Antrag auf Sozialhilfe gestellt. Dieser ging jedoch erst am 12. April 2005 bei der Beklagten ein. Zu diesem Zeitpunkt hatte kein sozialhilferechtlicher Bedarf mehr bestanden.

5.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#). Die Klägerin gehört als Klinikträgerin zu dem in [§ 183 Satz 1 SGG](#) genannten Personenkreis der Leistungsempfänger und ist deshalb von der Pflicht zur Zahlung von Kosten befreit; [§ 197a SGG](#) findet keine Anwendung (BSG, Urteil vom 9. Mai 2009, B 8 SO 4708 R; Beschluss vom 11. Juni 2008, B 8 SO 45707 B, juris).

Die Revision war nicht zugelassen, da keine Revisionsgründe vorlagen.

Rechtskraft

Aus

Login

SAN

Saved

2011-04-04