

## L 7 SO 204/11

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Sozialhilfe  
Abteilung  
7  
1. Instanz  
SG Mannheim (BWB)  
Aktenzeichen  
S 2 SO 612/08  
Datum  
03.12.2010  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 7 SO 204/11  
Datum  
24.05.2012  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-

Datum  
-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 3. Dezember 2010 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger verlangt von dem Beklagten die Erstattung der Kosten für den Aufnahmetag der stationären Behandlung der 1964 geb. Güler Özdemir (im Folgenden: Ö) in Höhe von 2270,93 Euro.

Der Kläger ist Träger der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Ludwigshafen. Am 1. Februar 2007 (Freitag) wurde Ö notfallmäßig stationär aufgenommen und am 9. Februar 2007 entlassen. Ö hatte sich bei einem häuslichen Unfall teilweise Verbrennungen mit dem Grad 2a an mehreren Körperregionen zugezogen, die in der Klinik ohne Intensivtherapie behandelt wurden. Bei der Aufnahme ging die Klinik aufgrund von Angaben der Ö davon aus, dass Krankenversicherungsschutz bei der AOK Rheinland-Pfalz bestehe. Unter dem 14. Februar 2007 teilte die AOK jedoch mit, dass seit 31. Juli 2006 kein Versicherungsschutz mehr bestehe. Nachdem auf Nachfrage bei Ö keine Reaktion erfolgte, änderte die Klinik den Patientenstatus auf "Selbstzahler" und beantragte mit Schreiben vom 20. März 2007 Übernahme der Kosten in Höhe von insgesamt 18.575,26 EUR bei der Beklagten. Aus dem Briefkopf der Klinik, die rechtlich nicht selbstständig ist, ergibt sich die Trägerschaft durch den Kläger.

Die Beklagte wandte sich an Ö, um deren Sozialhilfebedürftigkeit zu ermitteln (Schreiben vom 30. März 2007 und 25. April 2007). Eine Reaktion erfolgte nicht. Auf Anfrage teilte der Leistungsträger der Grundsicherung für Arbeitsuchende mit Schreiben vom 12. April 2007 mit, dass Ö von dort keine Leistungen beziehe.

Mit Bescheid vom 14. Juni 2007 lehnte die Beklagte die Kostenübernahme gegenüber der Klinik ab. Ein Nothelferanspruch setze einen medizinischen und sozialhilferechtlichen Notfall voraus. Letzterer liege nur vor, wenn der Sozialhilfeträger nicht habe rechtzeitig informiert werden können. Der Kläger sei aber nicht von Sozialhilfebedürftigkeit, sondern von Krankenversicherungsschutz der Ö ausgegangen. Es habe sich um eine Fehleinschätzung der wirtschaftlichen Lage der Ö gehandelt. Da der Kläger keine Angaben zu den persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen der Ö gemacht habe und die von Amts wegen durchgeführten Ermittlungen zu keinem Ergebnis geführt hätten, habe auch nicht festgestellt werden können, ob bei Ö im Zeitpunkt der stationären Behandlung Hilfebedürftigkeit vorgelegen habe.

Die Klinik erhob Widerspruch, der mit Schreiben des Klägers vom 7. Dezember 2007 begründet wurde. Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 17. Januar 2008 als unbegründet zurück. Dabei wies sie auf die Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts (BVerwG) ([NVwZ-RR 2001, 765](#)) hin, wonach der Sozialhilfeträger nicht in die Rolle eines Ausfallbürgen gedrängt werden solle, wenn der Nothelfer über die wirtschaftliche Situation des Patienten irre. Es könne auch nicht dem Sozialhilfeträger angelastet werden, wenn der Krankenversicherungsträger nicht dafür Sorge, dass der ehemals Versicherte seine Versicherungskarte zurückgebe, um zu verhindern, dass der Rechtsschein einer fortwährenden Krankenversicherung geschaffen werde.

Der Widerspruchsbescheid richtete sich an die Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Ludwigshafen, wurde dieser am 22. Januar 2008 zugestellt und von dort am 24. Januar 2008 per Fax an den Kläger weitergeleitet. In der Rechtsbehelfsbelehrung ist als zuständiges Sozialgericht (SG) das SG Speyer bezeichnet, das örtlich für Ludwigshafen zuständig ist. Der Kläger teilte der Beklagten mit E-Mail vom 29. Januar 2008 mit, dass er den Widerspruchsbescheid am 24. Januar 2008 erhalten habe und erhob am 25. Februar 2008 (Montag) Klage zum SG Mannheim. Mit Urteil vom 3. Dezember 2010 hat das SG den Bescheid vom 14. Juni 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides

vom 17. Januar 2008 aufgehoben und die Klage im Übrigen abgewiesen. Der angefochtene Bescheid sei rechtswidrig, weil der Beklagten bei ihrer Entscheidung über den Anspruch nach [§ 25](#) des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XII) keine Verwaltungsaktsbefugnis zustehe. Es fehle an einem Subordinationsverhältnis. Eine Befugnis zu einer Entscheidung durch Bescheid ergebe sich auch nicht aus der Norm des [§ 25 SGB XII](#). Die Leistungsklage sei jedoch unbegründet. Weder dem Vorbringen der Klägerin noch dem Inhalt der Verwaltungs- und Gerichtsakten seien Hinderungsgründe zu entnehmen, wonach es dem Kläger objektiv unmöglich gewesen sei, die Beklagte bereits an dem jeweils auf den Einlieferungstag bzw. am folgenden Montag als erstem Tag der Dienstbereitschaft der Beklagten über den Hilfsfall zu unterrichten. Es habe sich gerade das Risiko, dass eine behauptete Versicherung tatsächlich nicht bestehe, realisiert. Entscheidend sei allein, dass der Kläger in der Lage gewesen sei, spätestens am Montag, der auf den Aufnahmetag folgte, die Beklagte zu informieren. Dies sei unstreitig nicht geschehen. Damit fehle es an einem sozialhilferechtlichen Notfall im Sinne des [§ 25 SGB XII](#).

Gegen dieses ihm am 17. Dezember 2010 zugestellte Urteil hat der Kläger am 14. Januar 2011 Berufung eingelegt, mit der er lediglich noch eine Verpflichtung der Beklagten zur Übernahme der Behandlungskosten für den Aufnahmetag (1. Februar 2007) in Höhe von 2.270,93 EUR begehrt. Wegen der erheblichen Schmerzhaftigkeit der Verbrennungen sei die Patientin noch vom Arzt des Notarztwagens vor dem Transport sediert worden. Am ersten Tag der Behandlung sei es weder der Patientin und - aufgrund nicht erreichbarer Hinweise auf eine notwendige Einschaltung des Sozialhilfeträgers - auch nicht dem Behandelnden möglich, den Sozialhilfeträger zu informieren. Eine rechtzeitige Hilfe durch den Sozialhilfeträger sei somit zumindest für den ersten Tag der Behandlung nicht möglich gewesen.

Zahlungen der Ö auf die Forderungen des Klägers sind trotz Zahlungsaufforderung nicht erfolgt. Zwangsvollstreckungsmaßnahmen wurden nicht eingeleitet.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 3. Dezember 2010 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, 2.270,93 EUR zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung des SG für richtig. Die späte Einschaltung des Sozialhilfeträgers sei nicht aufgrund eines sozialhilferechtlichen Notfalls erfolgt und auch nicht deswegen, weil die Patientin habe sediert werden müssen und nicht ansprechbar gewesen sei, sondern weil der Kläger von einem bestehenden Krankenversicherungsschutz ausgegangen sei. Es sei jedoch in der Rechtsprechung des BVerwG geklärt, dass der Sozialhilfeträger nicht zum Ausfallbürgen gemacht werden dürfe.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten der Beklagten und der Verfahrensakten des SG und des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers hat keinen Erfolg.

Gegenstand des Berufungsverfahrens ist nach der Beschränkung des Begehrens des Klägers lediglich noch die Frage, ob die Beklagte auf die (unechte) Leistungsklage ([§ 54 Abs. 4 SGG](#)) verpflichtet ist, dem Kläger Aufwendungen in Höhe von 2.270,93 EUR zu erstatten. Nicht mehr Gegenstand des Verfahrens ist der Bescheid der Beklagten vom 14. Juni 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17. Januar 2008, denn dieser Bescheid ist vom SG auf die Anfechtungsklage ([§ 54 Abs. 1 SGG](#)) hin aufgehoben worden. Diese Aufhebung ist rechtskräftig, weil nur der Kläger, nicht aber die Beklagte, Berufung eingelegt hat.

Die Berufung ist zulässig. Sie ist gemäß [§ 151 Abs. 1](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) form- und fristgerecht eingelegt worden sowie statthaft ([§ 143 SGG](#)), weil der Wert des Beschwerdegegenstandes 750,00 EUR übersteigt ([§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#)). Der maßgebliche Wert des Beschwerdegegenstandes bemisst sich nicht nach [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGG](#), denn es handelt sich nicht um einen Erstattungsstreit (vgl. Senatsurteil vom 17. April 2008 - [L 7 SO 4117/07](#) - abrufbar im Internet unter [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de); Landessozialgericht (LSG) Sachsen-Anhalt, Urteil vom 21. Dezember 2010 - [L 8 SO 40/09](#) - (juris)).

Die Beklagte war - anders als das SG meint - befugt, über den Antrag des Klägers auf Erstattung der Aufwendungen durch Verwaltungsakt ([§ 31](#) des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB X)) zu entscheiden. Zwar handelt es sich bei dem Anspruch nach [§ 25 Satz 1 SGB XII](#) um eine spezielle sozialhilferechtliche Form der Geschäftsführung ohne Auftrag (vgl. Schoch in LPK-SGB XII, 9. Auflage, § 25 Rdnr. 2); gleichwohl ist die vom Kläger geforderte Geldleistung eine Sozialhilfeleistung im weiten Sinne (vgl. BSG, Beschluss vom 11. Juni 2008 - [B 8 SO 45/07 B - SozR 4-1500 § 183 Nr. 7](#)). [§ 25 SGB XII](#) stellt sich als Fortwirkung des ursprünglichen Sozialhilfeanspruchs des Hilfeempfängers dar. Daher ist der Nothelfer nicht nur kostenprivilegiert für den Sozialgerichtsprozess ([§ 183 SGG](#)), sondern der Sozialhilfeträger hat über den fortwirkenden Sozialhilfeanspruch ebenso wie gegenüber dem Hilfebedürftigen hoheitlich in der Form des Verwaltungsaktes zu entscheiden.

Dem Senat ist eine Entscheidung in der Sache nicht verwehrt, weil die zum SG erhobene Anfechtungs- und Leistungsklage als zulässig anzusehen ist. Die Sachurteilsvoraussetzungen, insbesondere fristgerechte Klageerhebung und Durchführung eines Verwaltungs- und Vorverfahrens, liegen vor (vgl. zu diesen Voraussetzungen für die Erhebung der kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage z.B.: Keller in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 10. Auflage, § 54 Rdnrn. 7, 38, 39b m.w.N.). Die Anfechtungs- und Leistungsklage ([§ 54 Abs. 1 und 4 SGG](#)) ist die richtige Klageart für den geltend gemachten Anspruch auf Erstattung von Aufwendungen in einem Eilfall gemäß [§ 25 Satz 1 SGB XII](#) (vgl. Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 19. Mai 2009 - [B 8 SO 4/08 R](#) - (juris)). Gegenüber dem Kläger als Träger der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Ludwigshafen sind Verwaltungs- und Widerspruchsverfahren durchgeführt. Dem steht nicht entgegen, dass nicht der Kläger, sondern die rechtlich nicht selbstständige und damit nicht beteiligungsfähige (vgl. [§ 10 SGB X](#)) Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Ludwigshafen den Antrag auf Erstattung der Aufwendungen gestellt, den Widerspruch gegen den Bescheid vom 14. Juni 2007 eingelegt und dieser gegenüber sowohl der Bescheid vom 14. Juni 2007 als auch der Widerspruchsbescheid vom 17. Januar 2008 ergangen sind. Denn das Handeln der Klinik ist dem Kläger zuzurechnen, weil sich aus den Schreiben der Klinik

(Briefkopf) ihre rechtliche Unselbstständigkeit und die Trägerschaft des Klägers und damit der Wille ergeben, für den Träger zu handeln. Dieses Handeln ist spätestens mit der Einschaltung des Klägers mit Schreiben vom 7. Dezember 2007 in das Widerspruchsverfahren (konkludent) genehmigt worden (§ 177 Abs. 1 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB)). Soweit der Bescheid vom 14. Juni 2007 und der Widerspruchsbescheid vom 17. Januar 2008 allein gegenüber der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Ludwigshafen ergangen sind, schließt auch das den Abschluss des Verwaltungs- und Widerspruchsverfahrens gegenüber dem Kläger nicht aus. Ein Verwaltungsakt ist demjenigen Beteiligten bekannt zu geben, für den er bestimmt ist oder der von ihm betroffen ist (§ 37 Abs. 1 Satz 1 SGB X). Mit der Bekanntgabe wird der Verwaltungsakt dem Betroffenen gegenüber wirksam (§ 39 Abs. 1 Satz 1 SGB X). Vorliegend sind der Bescheid vom 14. Juni 2007 mit einfacher Post bekannt gegeben und der Widerspruchsbescheid gemäß § 85 Abs. 3 Satz 2 SGG i.V.m. dem Verwaltungszustellungsgesetz zugestellt worden. Allerdings erfolgte diese Bekanntgabe bzw. Zustellung nicht gegenüber dem nach § 10 SGB X beteiligungsfähigen Träger der Klinik, also dem Kläger, sondern gegenüber der Klinik selbst. Der Kläger lässt jedoch nach seiner ausdrücklichen Erklärung (Schreiben (E-Mail) an die Beklagte vom 29. Januar 2008 - Bl. 17 der Widerspruchsakte der Beklagten -) und seinem prozessualen Verhalten sowohl den Bescheid vom 14. Juni 2007 als auch den Widerspruchsbescheid vom 17. Januar 2008 gegen sich als Adressat gelten. Vor diesem Hintergrund wäre das Verlangen nach (nochmaliger) ausdrücklicher Bescheidung des Anspruchs purer Formalismus und bliebe ohne jede Auswirkung auf Verfahrensrechte der Beteiligten.

Der Kläger hat die Klage auch fristgerecht erhoben. Gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGG beträgt die Frist einen Monat nach Bekanntgabe des Widerspruchsbescheides (§ 87 Abs. 2 SGG). Der Senat lässt offen, ob der Kläger die am 22. Januar 2008 an die Klinik bewirkte Zustellung gegen sich wirken lassen muss, denn aufgrund der fehlerhaften Bezeichnung des zuständigen Sozialgerichts in der Rechtsbehelfsbelehrung des Widerspruchsbescheides (Sozialgericht Speyer statt Sozialgericht Mannheim) beträgt die Klagefrist gemäß § 66 Abs. 2 Satz 1 SGG ein Jahr (vgl. Keller, a.a.O., § 66 Rdnr. 7; BVerwGE 134, 41). Diese Frist ist eingehalten.

Der Kläger hat jedoch - auch in dem allein im Berufungsverfahren noch streitigen Umfang - keinen Anspruch auf Erstattung seiner Aufwendungen für die stationäre Behandlung der Ö, weil die Voraussetzungen der allein in Betracht kommenden Vorschrift des § 25 SGB XII nicht erfüllt sind.

Hat jemand in einem Eilfall einem anderen Leistungen erbracht, die bei rechtzeitigem Einsetzen von Sozialhilfe nicht zu erbringen gewesen wären, sind ihm die Aufwendungen in gebotenen Umfang zu erstatten, wenn er sie nicht aufgrund rechtlicher oder sittlicher Pflicht selbst zu tragen hat (§ 25 Satz 1 SGB XII). Nach Satz 2 gilt dies nur, wenn die Erstattung innerhalb angemessener Frist beim zuständigen Träger der Sozialhilfe beantragt wird.

Die Krankenhausbehandlung der Ö am 1. Februar 2007 in der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik L. erfüllt nicht die Voraussetzungen eines sozialhilferechtlichen Eilfalles im Sinne des § 25 SGB XII. Das Tatbestandsmerkmal eines "Eilfalles" ist im Gesetz nicht weiter definiert und daher nach dem Zweck der Regelung zu bestimmen. Sinn der Regelung ist es, die spontane Hilfsbereitschaft Dritter im Interesse in Not geratener Menschen zu erhalten und zu stärken (BT-Drucks. III/1799 S. 61 zur entsprechenden Vorgängervorschrift des § 121 Bundessozialhilfegesetz (BSHG)). Auf diese Weise soll Hilfe in Fällen sichergestellt werden, in denen Leistungen des Sozialhilfeträgers zu spät kämen oder wegen Zeitablaufs in Leere gingen. § 25 SGB XII erfasst somit eine spezielle sozialhilferechtliche Geschäftsführung ohne Auftrag, in deren Rahmen der Nothelfer ein Geschäft des Sozialhilfeträgers führt, der bei rechtzeitiger Kenntnis die Hilfen zu erbringen hätte (BVerwG NDV 1971, 141). Ist jedoch die Einschaltung des Sozialhilfeträgers objektiv möglich, entfällt die Rechtfertigung für eine solche Geschäftsführung ohne Auftrag; der Sozialhilfeträger wird in die Lage versetzt, die Hilfe selbst - ggf. durch den anderenfalls als Nothelfer handelnden Arzt - zu erbringen. Ein Eilfall im Sinne des § 25 SGB XII setzt daher voraus, dass nach den Umständen des Einzelfalles sofort geholfen werden muss und eine rechtzeitige Einschaltung des Sozialhilfeträgers objektiv nicht möglich ist. Dass heißt, die Notwendigkeit sofortiger Hilfe lässt in der Regel keine Zeit, den zuständigen Sozialhilfeträger zu unterrichten und zunächst dessen Entschließung über die Gewährung der erforderlichen Hilfe als Sozialhilfe abzuwarten. Wie das BVerwG bereits zu § 121 BSHG entschieden hat (BVerwGE 114, 298), reicht daher eine Notfallsituation im medizinischen Sinne nicht aus, um das Vorliegen eines sozialhilferechtlichen Eilfalles anzunehmen. Nötig ist vielmehr weiter, dass nach Lage der Dinge eine rechtzeitige Hilfe des Sozialhilfeträgers objektiv nicht zu erlangen gewesen wäre. Die Überprüfung der für die Kostenfreiheit wesentlichen Umstände gehört dabei, soweit nach den Umständen möglich und zumutbar, auch bei der Aufnahme von Notfallpatienten zu den Obliegenheiten eines ordnungsgemäßen Krankenhausbetriebes; das Irrtums- und Fehleinschätzungsrisiko insoweit wird dem Nothelfer durch § 25 SGB XII nicht abgenommen. Der Senat schließt sich dieser Rechtsprechung des BVerwG auch für die Regelung des § 25 SGB XII an (vgl. bereits das Senatsurteil vom 21. Februar 2008 - L 7 SO 2688/07 - abrufbar unter www.sozialgerichtsbarkeit.de). Zwar weicht dieser im Wortlaut leicht von der Vorgängerregelung des § 121 BSHG ab; dies gilt jedoch gerade nicht für das Tatbestandsmerkmal Eilfall. Nach der amtlichen Begründung zum Gesetzentwurf des SGB XII (BT-Drucksache 15/1514, S. 58) sollte die Regelung inhaltsgleich den bisherigen § 121 BSHG übertragen. Eine Änderung in der Systematik des Nothelferanspruches im Rahmen der Sozialhilfe war daher nicht vorgesehen (vgl. auch LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 27. Februar 2012 - L 20 SO 48/11 - (juris)). Ein Eilfall ist somit ausgeschlossen, wenn es dem Nothelfer oder dem in Notlage befindlichen möglich ist, den Sozialhilfeträger von der Notlage zu unterrichten, so dass dieser selbst rechtzeitig helfen oder jedenfalls eine Hilfemöglichkeit prüfen kann. Dies folgt auch aus dem weiteren Inhalt der Vorschriften, dass eine Erstattung nur von Leistungen vorgesehen ist, die bei rechtzeitigem Einsetzen nicht zu erbringen gewesen wären. Darüber hinaus wird es dem Sozialhilfeträger auf diese Weise ermöglicht, den Hilfefall ständig unter Kontrolle zu halten. Bei stationärer Krankenbehandlung liegt daher nur so lange ein Eilfall vor, wie es der hilfebedürftigen Person oder dem Krankenhausträger nicht möglich oder zumutbar ist, den zuständigen Sozialhilfeträger über den Hilfefall zu unterrichten (Senatsurteil vom 21. Februar 2008, a.a.O.; Bieback in Grube/Wahrendorf, SGB XII, 3. Aufl., § 25 Rdnr. 15; Schoch, a.a.O., § 25 Rdnr. 9). Zur Definition des Eilfalles gehört die Unvorhersehbarkeit des Hilfebedarfs (BVerwGE 114, 298). Wie die Beklagte zu Recht hervorhebt, ist es nicht Aufgabe des Sozialhilfeträgers als "Ausfallbürge" für unternehmerische Irrtümer oder Fehlentscheidungen einzustehen (vgl. auch Neumann in Hauck/Noftz, SGB XII, K § 25 Rdnr. 12 m.w.N.).

Zur Annahme eines sozialhilferechtlichen Eilfalles genügt es daher nicht, dass die Ärzte der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Ludwigshafen am 1. Februar 2007 von der medizinischen Notwendigkeit ausgegangen sind, Ö stationär aufzunehmen und zu behandeln. Im vorliegenden Fall fehlt es an der weiteren Voraussetzung, dass die Klinik an der objektiven Unmöglichkeit, den Sozialhilfeträger einzuschalten, scheiterte. Die Aufnahme erfolgte an einem Freitag um 17.54 Uhr. Zwar war aufgrund fehlender Dienstbereitschaft eine sofortige Information des Sozialhilfeträgers ohnehin nicht möglich, die Einschaltung des Sozialhilfeträgers unterblieb jedoch nicht wegen objektiver Unmöglichkeit, sondern aufgrund der subjektiven Einschätzung, dass eine solche Einschaltung nicht nötig sei, da Krankenversicherungsschutz bestehe. Damit liegt ein Irrtum bzw. eine Fehleinschätzung über den Status der Ö als gesetzlich

Krankenversicherte vor; d.h., der Kläger ging davon aus, dass die Kosten der einzuleitenden Behandlung von der Krankenkasse übernommen würden. Dieser Irrtum unterscheidet sich nicht von einem Irrtum über die Bonität des zu Behandelnden (zu dessen Unbeachtlichkeit [BVerwGE 114, 298](#)). Er verhindert subjektiv, nicht objektiv die Einschaltung des Sozialhilfeträgers. Die Überprüfung der für die Kostensicherheit wesentlichen Umstände war der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Ludwigshafen objektiv möglich und zumutbar. Die medizinische Situation der Ö hat diese Prüfung nicht verhindert. Vielmehr ist sie durch die Verwaltung tatsächlich - allerdings mit falschem Ergebnis - erfolgt. Dabei wurde offenbar bereits nach dem Notarztprotokoll eine Mitgliedschaft bei der AOK Rheinland-Pfalz (Bl. 31 der SG-Akte) angenommen. Ö war noch in der Lage, den Versicherungsstatus mitzuteilen. Die Abklärung der für die Kostensicherheit wesentlichen Umstände scheiterte somit nicht an dem Gesundheitszustand von Ö. Vielmehr hatte sich der Kläger auf die Angaben der Ö verlassen, ohne diese weiter zu prüfen. Die Prüfung der Kostenträgerschaft war somit nicht unmöglich, sondern ist tatsächlich - allerdings mit falschem Ergebnis - erfolgt. Eine Datenübertragung nach [§ 301](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch an die vermeintlich zuständige Krankenkasse erfolgte erst am 14. Februar 2007, also nach dem Ende der stationären Behandlung. Auch dies zeigt, dass die Klinik keineswegs von einem Nothelferfall ausgegangen ist, sondern auf die falsche Information der Ö vertraut hat.

Der Senat räumt ein, dass mit der dargestellten Auslegung des [§ 25 SGB XII](#) der Anwendungsbereich des Nothelferanspruchs in Krankenhausfällen sehr eingeschränkt ist. Dies ist jedoch nur die Folge der gesetzgeberischen Wertung, dass [§ 25 SGB XII](#) nur das aus der Nothilfe resultierende Risiko, nicht aber das Risiko der fehlenden wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit eines Patienten abdecken soll. Denn auch außerhalb von Notfallbehandlungen fällt das Risiko der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit eines Patienten nicht in den Zuständigkeitsbereich des Sozialhilfeträgers solange dieser keine Kenntnis (vgl. [§ 18 Abs. 1 SGB XII](#)) von dem Hilfefall hat (LSG Nordrhein-Westfalen, a.a.O.).

Selbst wenn zu Gunsten des Klägers ein Eilfall im Sinne des [§ 25 SGB XII](#) unterstellt wird, scheidet der vom Kläger geltend gemachte Anspruch daran, dass nicht festgestellt werden kann, dass Ö im fraglichen Zeitraum überhaupt einen Anspruch auf Sozialhilfeleistungen hatte, wie dies für Aufwendererstattungsanspruch nach [§ 25 Satz 1 SGB XII](#) vorausgesetzt wird. Die objektive Beweislast für das Vorliegen eines solchen Anspruchs trägt der Kläger (BVerwGE 45, 133). Dies gilt nach insoweit geklärt höchstrichterlicher Rechtsprechung (BVerwG, Beschluss vom 30. Dezember 1996 - [5 B 202/95](#) - (juris); [BVerwGE 37, 133](#); [45, 131](#); vgl. auch Neumann, a.a.O., Rdnr. 16 m.w.N.) selbst dann, wenn die Behörde den Sachverhalt nicht zureichend ermittelt hat, was hier nicht gegeben ist. Diese Risikoverteilung folgt aus den allgemeinen Beweislastregelungen.

Der Nachweis der Hilfebedürftigkeit ([§ 19 SGB XII](#)) der Ö ist nicht erbracht. Ö stand nicht im Leistungsbezug nach dem SGB II oder SGB XII. Sie hat die Anschreiben der Klinik und der Beklagten nicht beantwortet und ist im Verwaltungsverfahren auch nicht zu einer Mitwirkung verpflichtet, da sie keine Sozialleistungen beantragt hat oder erhält (vgl. Schoch, a.a.O., Rdnr. 25). Ihre Einkommens- und Vermögensverhältnisse waren daher nicht ermittelbar. Vor dem Hintergrund der Weigerung der Ö, am Verfahren mitzuwirken und aufgrund des Umstandes, dass die maßgeblichen Vorgänge bereits mehr als fünf Jahre (bei Berufungseingang ca. vier Jahre) zurückliegen, sieht der Senat keine Anknüpfungspunkte für erfolgversprechende eigene Ermittlungen von Amts ([§ 103 Satz 1 SGG](#)) bezüglich der damaligen Einkommens- und Vermögensverhältnisse der Ö und fühlt sich daher auch nicht zu entsprechenden Ermittlungen gedrängt.

Es steht vorliegend noch nicht einmal fest, dass Ö nicht schon wegen des Nachrangs der Sozialhilfe ([§ 2 Abs. 1 SGB XII](#)) gegenüber Leistungen der Krankenkasse keinen Anspruch auf Sozialhilfeleistungen besaß, die durch Leistungen des Klägers substituiert worden wären. Nur wenn für Ö kein Krankenversicherungsschutz nach dem SGB V oder einem privaten Krankenversicherungsvertrag bestand, ist [§ 25 Satz 1 SGB XII](#) nach Wortlaut, Zweck und Systematik der gesetzlichen Regelungen überhaupt anwendbar. Der nach dieser Vorschrift erforderliche Anspruch auf Sozialhilfe der Ö wäre der Anspruch auf Hilfe zur Gesundheit nach [§§ 48 Satz 1, 52 Abs. 1 Satz 1 SGB XII](#). Danach werden Leistungen zur Krankenbehandlung entsprechend dem Dritten Kapitel Fünften Abschnitt Ersten Titel des SGB V ([§§ 27 bis 43b SGB V](#)) erbracht. Zur Krankenbehandlung gehört auch die Behandlung im Krankenhaus nach [§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5](#) i.V.m. [§ 39 SGB V](#). Aufgrund der Auskunft im Datenaustausch vom 14. Februar 2007 steht bisher lediglich fest, dass die Mitgliedschaft der Ö bei der AOK Rheinland-Pfalz am 31. Juli 2006 endete. Dass ein anderweitiger Krankenversicherungsschutz der Ö bestand, ist zwar angesichts der ausbleibenden Reaktion der Ö auf die diversen Schreiben seitens der Klinik und der Beklagten unwahrscheinlich, aber nicht völlig ausgeschlossen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#). Der Kläger gehört als Klinikträger zu dem in [§ 183 Satz 1 SGG](#) genannten Personenkreis der Leistungsempfänger und ist von der Pflicht zur Zahlung von Kosten befreit; [§ 197a SGG](#) findet keine Anwendung (BSG, Urteil vom 19. Mai 2009, a.a.O.; Beschluss vom 11. Juni 2008, a.a.O.; Senatsurteil vom 13. Oktober 2011 - [L 7 SO 721/09](#) - abrufbar unter [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)).

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2012-06-04