L 19 AS 1450/10

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Grundsicherung für Arbeitsuchende
Abteilung
19
1. Instanz
SG Aachen (NRW)
Aktenzeichen
S 4 (11,27) AS 48/08
Datum
17.06.2010
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 19 AS 1450/10
Datum
12.11.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 14 AS 11/13 R
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Aachen vom 17.06.2010 wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Übernahme der Kosten für eine stationäre Krankenhausbehandlung in der Zeit vom 18.12.2006 bis zum 09.01.2007.

Seit dem 01.01.2005 bezog der am 00.00.1979 geborene Kläger Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II). Er war bei der Beigeladenen zu 1) als Leistungsbezieher nach dem SGB II gemeldet. Durch Bescheid vom 06.04.2005 bewilligte die Stadt D (D.) als dem Kreis D angehörige Stadt dem Kläger Leistungen nach dem SGB II für die Zeit vom 01.05. bis 31.05.2005. Nach Ablauf des Bewilligungsabschnittes zum 31.10.2005 meldete sie den Kläger bei der Beigeladenen zu 1) zunächst nicht ab. Am 05.12.2006 veranlasste die Stadt D. rückwirkend die Abmeldung des Klägers zur Krankenversicherung zum 31.10.2005 und verarbeitete am 20.12.2006 die Abmeldung edv-mäßig. Am 22.12.2006 bestätigte die Beigeladene zu 1) den Eingang der Daten. Eine Verarbeitung der Abmeldung rückwirkend zum 31.10.2005 erfolgte bei der Beigeladenen zu 1) am 03.01.2007.

Am 15.01.2007 beantragte der Kläger die Gewährung von Leistungen nach dem SGB II. Durch Bescheid vom 20.02.2011 bewilligte die Stadt D. Leistungen nach dem SGB II für die Zeit vom 15.01. bis 30.06.2007 und führte für den Kläger Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung an die Beigeladene zu 1) ab. Der Kläger bezieht seitdem durchgehend Leistungen nach dem SGB II.

Seit dem 18.05.2005 befand sich der Kläger in Untersuchungshaft. In der Zeit vom 04.09.2005 bis 19.09.2006 verbüßte er eine Strafhaft. Bei einer Vorsprache am 12.10.2006 in der Geschäftsstelle der Beigeladenen zu 1) händigte eine Mitarbeiterin dem Kläger eine Krankenversicherungskarte mit einer Gültigkeit bis zum 31.12.2012 aus.

Ab dem 19.10.2006 befand sich der Kläger in der LWL-Klinik X zu einer stationären Entzugsbehandlung von Heroin, Methadon und Kokain. Seine Verlegung zur Durchführung einer Entwöhnungsbehandlung in die Rehabilitationseinrichtung Therapeutische Gemeinschaft T war zum 15.11.2006 geplant. Am 13.11.2006 wurde der Kläger vorzeitig entlassen. Die Beigeladene zu 1) übernahm die Kosten dieser stationären Behandlung.

Auf Antrag vom 30.10.2006 bewilligte der Beigeladene zu 3) dem Kläger durch Bescheide vom 15.11.2006 eine stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation in der Rehabilitationseinrichtung Therapeutische Gemeinschaft T für die Dauer von voraussichtlich 26 Wochen sowie eine nachfolgende Rehabilitation beim DO Suchthilfezentrum C für die Dauer von voraussichtlich 17 Wochen.

In der Zeit vom 18.12.2006 bis 09.01.2007 befand sich der Kläger in der LWL-Klinik X zu einer stationären Entzugsbehandlung von Opiaten. Seit dem 09.01.2007 nahm der Kläger an einer Entwöhnungs- und Adaptionsbehandlung in der Therapeutischen Gemeinschaft T teil. Kostenträger war der Beigeladene zu 3).

Die Beigeladene zu 1) erteilte der LWL-Klinik X für die stationäre Behandlung des Klägers ab dem 18.12.2006 keine Kostenübernahmeerklärung. Ein von der Klinik gestellter Kostenübernahmeantrag kam mit dem Vermerk "Kein Mitglied" zurück. Die LWL-Klinik X stellte dem Kläger für die stationäre Krankenbehandlung in der Zeit vom 18.12.2006 bis 31.12.2007 einen Betrag in Höhe von 7.908,65 EUR sowie für den Behandlungszeitraum vom 01.01. bis 09.01.2007 einen Betrag von 1.000,00 EUR in Rechnung. Durch Versäumnisurteil vom 01.10.2008 verurteilte das Landgericht Aachen, 11 O 202/08, den Kläger zur Zahlung eines Betrages von 9.733,05

EUR nebst 5 Prozentpunkten über dem Basiszins aus 1.824,40 EUR seit dem 28.08.2007 und aus 7.908,65 EUR seit dem 24.10.2007 an den Landschaftsverband Westfalen-Lippe als Träger der LWL-Klinik X. Den Einspruch des Klägers verwarf das Landgericht Aachen als unzulässig.

Unter dem 13.08.2007 beantragte der Kläger bei der Stadt D. die Übernahme der Kosten seiner Entzugsbehandlung, beginnend ab dem 18.12.2006, in Höhe von 7.908,65 EUR. Diesen Antrag lehnte die Stadt D. durch den angefochtenen Bescheid vom 17.01.2008 ab.

Hiergegen legte der Kläger Widerspruch ein, den der Beklagte durch Widerspruchsbescheid vom 11.02.2008 zurückwies.

Am 10.03.2008 hat der Kläger Klage erhoben.

Er ist der Auffassung gewesen, die Stadt D. sei zur Übernahme seiner Behandlungskosten verpflichtet. Aufgrund eines Fehlverhaltens ihrer Mitarbeiter sei die Abmeldung von der Krankenversicherung zu spät erfolgt. Wenn die Abmeldung rechtzeitig erfolgt wäre, hätte er bei der Vorsprache in der Geschäftsstelle der Beigeladenen zu 1) erfahren, dass er nicht versichert sei und die Entgiftungstherapie mangels Versicherungsschutzes nicht begonnen. Das Unterlassen der Abmeldung stelle eine Pflichtverletzung dar. Ohne die Pflichtverletzung der Stadt D. wären die Kosten nicht entstanden, weil er in diesem Falle die Therapie nicht begonnen hätte. Damit sei auch die Kausalität zwischen Pflichtverletzung und Kostenlast gegeben. Aufgrund der Verletzung der Meldpflicht durch die Stadt D. stehe ihm ein Anspruch auf Erstattung der Behandlungskosten zu. Nach dem Sinn und Zweck des sozialrechtlichen Herstellungsanspruches sei die Stadt D. zur Erstattung der Behandlungskosten verpflichtet, die er bei korrektem Verwaltungshandeln nicht aufzuwenden gehabt hätte.

Durch die nachträgliche Abmeldung habe die Stadt D. das Nichtbestehen des Versicherungsverhältnisses herbeigeführt. Deshalb sei sie zur Gewährung einer Hilfe in besonderen Lebenslagen nach § 100 Abs. 1 Nr. 1 Bundessozialhilfegesetz (BSHG) verpflichtet gewesen. Für ihn als schwer Suchtkrankem sei es unbedingt erforderlich gewesen, kurzfristig eine stationäre Entgiftung in einer Anstalt durchzuführen, um weiteres Leiden abzuwenden und die Voraussetzungen für die dringend erforderliche Therapie zu schaffen. Die Stadt D. hätte wissen müssen, dass durch die über Jahre verspätet und rückwirkend vorgenommene Abmeldung im Nachhinein eine Versicherungslücke für ihn entstehen würde, für die die Stadt D. zuständig sei. Dies löse eine Verpflichtung zur Kostenübernahme aus. Die Rechtsfolgen der Pflichtverletzung ergäben sich vorliegend aus dem Staatshaftungsrecht und zwar subsidiär als Amtshaftungsanspruch aus Art. 34 Grundgesetz (GG), § 839 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB).

Auch habe er einen Anspruch auf Übernahme der Kosten der Entgiftung aus §§ 53, 54 Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) i.V.m. § 26 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) und § 14 Abs. 2 SGB IX. Hätte er bei der Vorsprache auf der Geschäftsstelle der Beigeladenen zu 1) Kenntnis davon erlangt, dass er nicht versichert sei, so hätte der Stadt D. die Pflicht zur Kostenübernahme der Therapiemaßnahme getroffen.

Durch Urteil vom 17.06.2010 hat das Sozialgericht Aachen die Klage abgewiesen. Auf die Gründe wird Bezug genommen.

Mit Schriftsatz vom 26.08.2010, beim Landessozialgericht am 27.08.2010 eingegangen, hat der Kläger die Bewilligung von Prozesskostenhilfe für das Berufungsverfahren beantragt. Nach einer Bewilligung der Prozesskostenhilfe durch Beschluss vom 14.01.2011 hat der Kläger Berufung eingelegt und Wiedereinsetzung in den vorigen Stand beantragt. Durch Beschluss vom 21.02.2011 ist dem Kläger Wiedereinsetzung in den vorigen Stand gewährt worden.

Der Kläger trägt vor, die Voraussetzungen für einen Schadensersatzanspruch nach § 823 Abs. 2 BGB seien wegen der Verletzung der Meldepflicht nach § 203a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) erfüllt. Danach sei schadensersatzpflichtig derjenige, der gegen ein den Schutz eines Anderen bezweckenden Gesetzes verstoße. § 203a SGB V i.V.m. § 28a Abs. 1 Nr. 2 Viertes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IV), welcher dem Arbeitgeber die Verpflichtung auferlege, der Einzugsstelle bei Beendigung der versicherungspflichtigen Beschäftigung eines Arbeitnehmers eine Meldung durch gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung zu erstatten, gelte auch für den Träger von Sozialleistungen. Die Rechtsprechung sehe die Verpflichtung des Arbeitgebers als Schutzgesetz i.S.v. § 823 Abs. 2 BGB an, weil die Meldevorschriften die gesetzlichen Krankenkassen auch gegen die Inanspruchnahme durch nicht mehr berechtigte Personen schützen. Dies müsse auch für die Stadt D. als Sozialhilfeträger gelten. Gegen ihre Meldepflicht habe die Stadt D. schuldhaft verstoßen, indem sie den Kläger erst 1,5 Jahre nach Beendigung des Bewilligungszeitraumes bei der Einzugsstelle abgemeldet habe. Dieses Verhalten sei dem Beklagten als Grundsicherungsträger zuzurechnen. Deshalb sei der Beklagte aus § 823 Abs. 2 BGB verpflichtet, die Kosten für die stationäre Behandlung zu übernehmen. Gegenstand des Verfahrens seien nicht Amtshaftungsansprüche aus Art. 34 GG i.V.m. § 839 BGB, die er explizit nicht verfolge. Es handele sich vielmehr um eine Klage auf Übernahme der Kosten wegen schuldhaften Unterlassens.

Er habe bei der Vorsprache auf der Geschäftsstelle der Beigeladenen zu 1) im Oktober 2006 angegeben, dass er aus der Strafhaft entlassen worden sei und wegen einer schweren Drogenabhängigkeit zur Entgiftung müsse. Die Mitarbeiterin der Beigeladenen zu 1) habe hinsichtlich seiner Mitgliedschaft im Computer nachgeschaut und ihm anschließend eine Krankenversicherungskarte und eine gestempelten Überweisungsschein ausgehändigt.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Aachen vom 17.06.2010 zu ändern und den Beklagten zu verurteilen, ihm die Kosten des Klinikaufenthaltes vom 18.12.2006 bis 31.12.2006 in Höhe von 7.908,65 EUR zu zahlen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er hält die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend.

Der Senat hat die AOK Rheinland-Hamburg, den Landschaftsverband Rheinland als überörtlichen Sozialhilfeträger und die Deutsche Rentenversicherung Rheinland beigeladen (Beschluss vom 02.11.2011).

Der Beigeladene zu 2) trägt vor, er habe erst durch den Beiladungsbeschluss Kenntnis von dem streitigen Klinikaufenthalt erhalten. Voraussetzung für einen Leistungseintritt nach § 18 SGB XII sei die rechtzeitige Kenntnis von der Maßnahme. Sozialhilfe könne frühestens einsetzen, wenn die Voraussetzungen für ihre Gewährung bekannt seien. Stationäre Rehabilitationsbehandlungen seien der Krankenbehandlung zuzurechnen.

Die Beigeladene zu 1) erklärt, ein Antrag des Klägers auf Entgiftungsbehandlung sei im System nicht festgehalten.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakten und Verwaltungsakten sowie der beigezogenen Akten der Beigeladenen zu 3) Bezug genommen, deren wesentlicher Inhalt Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist unbegründet.

Gegenstand des Berufungsverfahrens ist der Bescheid vom 17.01.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11.02.2008, mit dem die Übernahme der Kosten der stationären Behandlung in der Zeit vom 18.12.2006 bis zum 09.01.2007 als Leistung nach dem SGB II abgelehnt wird,

Richtiger Beklagter ist der Kreis D. Er gehört zu den Kreisen und kreisfreien Städten, die als kommunale Träger i.S.v. § 6a SGB II i.d.F. ab dem 01.01.2005 (Gesetz vom 30.07.2004, BGBl I 2014 i.V.m. Anlage zu § 1 Kommunalträger-Zulassungsverordnung vom 24.09.2004 BGBl I 2349) bzw. § 6a Abs. 1 SGB II i.d.F. ab dem 01.01.2011 (Bekanntmachung vom 13.05.2011, BGBl I 850 i.V.m. Anlage zu § 1 Kommunalträger-Zulassungsverordnung i.d.F. der Zweiten Verordnung zur Änderung der Kommunalträger-Zulassungsverordnung vom 14.04.2011, BGBl I 645, in Kraft ab dem 01.01.2012) zugelassen sind. Er ist damit nach § 6b SGB II alleiniger Träger der Leistungen nach dem SGB II in seinem örtlichen Zuständigkeitsbereich. Zwar hat der Kreis D. zunächst der kreisangehörigen Stadt D. nach § 6 Abs. 2 Satz 1 SGB II i.V.m. § 5 Abs. 2 u. 3 des Gesetzes zur Ausführung des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch für das Land Nordrhein-Westfalen (AG-SGB II NW i.d.F. vom 16.12.2004, GVbl NRW 821) und § 5 Kreisordnung für das Land Nordrhein-Westfalen (KrO NW i.d.F. vom 14.07.1994, GVbl NRW 646) durch § 1 der Satzung über die Durchführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II im Kreis Düren (Durchführungssatzung SGB II, zuletzt i.d.F. vom 27.03.2007) die Durchführung der ihm als Träger der Grundsicherung für Arbeitssuchende obliegenden Aufgaben im eigenen Namen übertragen. Bei der Durchführung der Aufgaben nach § 1 der Durchführungssatzung SGB II wurde die Stadt D. mithin für den Kreis D. tätig und ist im Außenverhältnis materiell verpflichtet gewesen (vgl. BSG Urteil vom 15.04.2008 - B 14/7b AS 56/06 R). Die Übertragung der Aufgaben nach § 1, 2 der Durchführungssatzung SGB II hat u. a. die Entscheidung über die Gewährung von Leistungen nach § 19 ff SGB II an einen erwerbsfähigen Hilfebedürftigen umfasst, der im Gebiet der Stadt D. seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat. Da die Stadt D. im eigenen Namen tätig wurde und gegenüber den Leistungsberechtigten im Außenverhältnis materiell zur Erbringung der Leistungen nach dem SGB II verpflichtet gewesen ist, ist die Klage zunächst gegen die Stadt D. und nicht gegen den Kreis D. als Widerspruchsbehörde zu richten gewesen (vgl. hierzu BSG Urteil 22.03.2012 - B 4 AS 99/11 R = juris Rn 13). Durch die Aufhebungssatzung vom 10.02.2010 hat der Kreis D. die Durchführungssatzung SGB II vom 27.03.2007 mit Wirkung zum 01.01.2011 aufgehoben und damit die Zuständigkeit für Leistungen nach dem SGB II auf sich rückübertragen. Damit ist der Kreis D. Funktionsnachfolger der Stadt D ... Bei einer Funktionsnachfolge - wie im vorliegenden Fall - ist ein Beklagtenwechsel zulässig (vgl. Leitherer in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 10.Aufl., § 99 Rn 6a m.w.N.).

Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen.

A.
Der Beklagte ist nicht verpflichtet, die Kosten für die stationäre Krankenbehandlung zu übernehmen (I). Die Voraussetzungen für eine Verurteilung des Beklagten zur Übernahme der Behandlungskosten als Schadensersatz liegen nicht vor (II).

I. Der Beklagte ist weder als Grundsicherungsträger noch als erstangegangener Rehabilitationsträger i.S.v. § 14 SGB IX verpflichtet, die Kosten der stationären Krankenhausbehandlung des Klägers für die Zeit vom 18.11.2006 bis zum 09.01.2007 zu übernehmen.

Der angefochtene Bescheid vom 17.01.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11.02.2008, in dem die Übernahme der Kosten der stationären Behandlung in der Zeit vom 18.12.2006 bis zum 09.01.2007 als Leistung nach dem SGB II abgelehnt wird, ist rechtmäßig.

Dem Kläger steht gegenüber dem Beklagten kein Anspruch auf Übernahme der Kosten der stationären Krankenhausbehandlung nach den Vorschriften des SGB II zu. Die Vorschriften des SGB II sehen die Übernahme solcher Kosten nicht vor. Die Kosten einer stationären Krankenhausbehandlung stellen keinen Mehrbedarf i.S.v. § 21 SGB II dar. Der Bedarf eines Beziehers von (zuschussweisen) Leistungen nach dem SGB II hinsichtlich einer medizinisch notwendigen Krankenbehandlung wurde im streitbefangenen Zeitraum - vom 18.12.2006 bis zum 09.01.2007 - bei Bezieher von Leistungen nach dem SGB II dadurch abgedeckt, dass diese, wenn sie nicht familienversichert waren, in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 5 Abs.1 Nr. 2a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (i.d.F. des Gesetzes vom 24.12.2003, BGBl. I 2954, mit Wirkung zum 01.01.2005 - SGB V) versicherungspflichtig gewesen sind und damit einen Anspruch auf eine Krankenbehandlung nach § 27 Abs. 1 SGB V gehabt haben. Als Pflichtversicherte haben die Bezieher von Leistungen nach dem SGB II Anspruch auf Krankenbehandlung nach § 27 SGB V, wenn diese notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung für Bezieher von Leistungen nach dem SGB II wurden vom Grundsicherungsträger gezahlt (§ 252 Abs. 1 Satz 2 SGB V i.d.F. des Gesetzes vom 30.07.2004, BGBl I 2014) bzw. dem Bund getragen (§ 46 Abs. 1 SGB II).

Ein Anspruch auf Übernahme der Behandlungskosten lässt sich ebenfalls nicht aus § 16 SGB II als Leistung zur Eingliederung in Arbeit, für deren Gewährung der Beklagte nach § 2 Durchführungsatzung SGB II zuständig gewesen ist, ableiten. Die stationäre Krankenhausbehandlung in der Zeit vom 18.12.2006 bis zum 09.01.2007 stellt keine Maßnahme zur Teilhabe am Arbeitsleben i.S.v. §§ 5 Nr. 2, 33 SGB IX dar, sondern ist eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme i.S.v. §§ 5 Nr. 1, 26, 27 SGB IX gewesen. Es hat sich um eine (freiwillige) Entzugsbehandlung des Klägers als Suchtkranken gehandelt, die einer Entwöhnungsbehandlung als Teil einer medizinischen

Rehabilitationsmaßnahme zeitlich unmittelbar vorausgegangen ist (vgl. zur Abgrenzung der Zuständigkeiten des Krankenversicherungsträgers und Rentenversicherungsträgers für die Durchführung einer Entzugsbehandlung und Entwöhnungsbehandlung im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation: BSG Urteil vom 27.01.1999 - B 4 RA 27/98 R - und vom 06.05.1998 - B 13 RJ 11/97 R -; vgl. auch die Vereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger bei der Akutbehandlung (Entzugsbehandlung) und medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) Abhängigkeitskranker vom 04.05.2001). Nach § 6a SGB IX sind Grundsicherungsträger keine Rehabilitationsträger für Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation; sie können nur für Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben zuständig sein.

Die Stadt D. ist auch nicht als erstangegangene Rehabilitationsträger i.S.v. § 14 SGB IX für die Entscheidung über die Gewährung einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme in Form der freiwilligen Entzugsbehandlung und die Erbringung dieser Leistung zuständig gewesen (vgl. zur Begründung der Zuständigkeit nach § 14 SGB IX: BSG Urteil vom 30.11.2001 - B 11 AL 7/10 R = juris Rn.14 m.w.N.). Sie hat erstmals nach dem Ende der Entzugsbehandlung am 09.01.2007 durch den Antrag des Klägers vom 13.08.2007 Kenntnis von der Durchführung dieser Rehabilitationsmaßnahme erhalten. Zuvor ist zumindest der Beigeladene zu 3) im Herbst 2006 als Rehabilitationsträger mit der Durchführung einer medizinischen Rehabilitation des Klägers als drogenabhängiger Suchtkranker befasst gewesen.

Selbst wenn das Klagebegehren des Klägers dahingehend ausgelegt wird, dass er die Feststellung begehrt, dass er im streitbefangenen Zeitraum - vom 18.12.2006 bis zum 09.01.2007 - Anspruch auf Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts gehabt und der Beklagte als Annexleistung die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung zu erbringen gehabt habe, ist diese Feststellungsklage unbegründet.

Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts werden nach § 37 Abs. 2 SGB II für Zeiten vor der Antragsstellung nicht erbracht. Die Stellung eines Antrags ist insoweit leistungskonstituierend (BSG Urteil vom 16.05.2012 - B 4 AS 166/11 R = juris Rn 12ff). In dem Zeitraum zwischen der Haftentlassung am 19.09.2006 und dem 15.01.2007 hat der Kläger keinen Antrag auf Leistungen nach dem SGB II i.S.v. § 37 SGB II gestellt. Er hat weder mit der Stadt D. als Grundsicherungsträger Kontakt aufgenommen noch ist die Vorsprache des Klägers bei einem anderen Leistungsträger, insbesondere bei der Beigeladenen zu 1) im Oktober 2006, als Antrag i.S.v. § 16 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) zu werten.

Eine Antragstellung vor dem 15.01.2007, dem Zeitpunkt des Eingangs des schriftlichen Antrags auf Gewährung von Leistungen nach dem SGB II bei der Stadt D., kann - wie das Sozialgericht zutreffend ausgeführt hat - auch nicht im Wege des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs fingiert werden. Voraussetzung für einen sozialrechtlichen Herstellungsanspruch ist, dass der Sozialleistungsträger eine ihm aufgrund des Gesetzes oder eines Sozialrechtsverhältnisses obliegende Pflicht, insbesondere zur Beratung und Auskunft, verletzt hat. Ferner ist erforderlich, dass zwischen der Pflichtverletzung des Sozialleistungsträgers und dem Nachteil des Betroffenen ein ursächlicher Zusammenhang besteht. Schließlich muss der durch das pflichtwidrige Verwaltungshandeln eingetretene Nachteil durch eine zulässige Amtshandlung beseitigt werden können.

Zur Überzeugung des Senats ist eine Verletzung der Beratungspflicht der Stadt D. als Grundsicherungsträger gegenüber dem Kläger nicht festzustellen. Zwar kann sich aus dem speziellen Sozialrechtsverhältnis des SGB II eine Pflicht des Grundsicherungsträgers ergeben, den Hilfebedürftigen vor dem Ablauf des letzten Bewilligungszeitraums über das Erfordernis eines Fortzahlungsantrags zu beraten (BSG Urteil vom 18.01.2011 - B 4 AS 29/10 R = juris Rn 14 m.w.N.). Vor Ablauf des Bewilligungszeitraums zum 31.10.2005 hat die Stadt D. den Kläger auch nicht über das Erfordernis eines Fortzahlungsantrags informiert. Dieses Unterlassen ist aber nicht pflichtwidrig. Der Kläger hat sich mit einem entsprechenden Beratungs- und Auskunftsbegehren nicht an die Stadt D. gewandt. Es ist nach Aktenlage weder belegt noch wird vom Kläger vorgetragen, er habe dort um eine Beratung gebeten, welche Initiativen er nach Ablauf des Bewilligungszeitraums zwecks Aufrechterhaltung seiner Leistungsansprüche ergreifen müßte. Bei der konkreten Sachbearbeitung ist für die Mitarbeiter der Stadt D. auch keine naheliegende Gestaltungsmöglichkeit ersichtlich gewesen, die ein verständiger Versicherter/Leistungsberechtigter wahrnehmen würde, wenn sie ihm bekannt wäre (vgl. zur Beratungs- und Auskunftspflicht einer Behörde, wenn eine Gestaltungsmöglichkeit klar zu Tage liegt: BSG Urteil vom 18.01.2011 - B 4 AS 29/10 R = juris Rn 14 m.w.N.). Allein die Tatsache, dass das Ende des Bewilligungszeitraums in der Verwaltungsakte dokumentiert gewesen ist, begründet im vorliegenden Fall keine Beratungs- und Auskunftspflicht. Denn es handelt sich nicht um die zeitlich unmittelbare Fortbewilligung der Leistungen nach dem SGB II bei unveränderten tatsächlichen Verhältnissen. Vielmehr ist der Kläger während der Untersuchungshaft und der nachfolgenden Strafhaft, d. h. nach Ablauf des Bewilligungszeitraums zum 31.10.2005 noch für mehr als 10 Monate, nach § 7 Abs. 4 SGB II (i.d.F. des Gesetzes vom 24.12.2003, BGBl I 2954) bzw. nach § 7 Abs. 4 Satz 2 SGB II (i.d.F. des Gesetzes vom 20.07.2006, BGBl I 1706 mit Wirkung zum 01.08.2006) vom Leistungsbezug ausgeschlossen gewesen (vgl. hierzu BSG Urteil vom 16.12.2008 - B 4 AS 9/08 R).

Eine Fiktion der rechtzeitigen Antragstellung kommt ebenfalls nicht unter dem Gesichtspunkt der Nachsichtgewährung in Betracht (vgl. hierzu BSG Urteil 16.05.2012 - B 4 AS 166/11 R = juris Rn 33). Vor seiner Entlassung aus der Strafhaft hat der Kläger ein Jahr zuvor Leistungen nach dem SGB II bezogen. Mithin hat er Kenntnis von der Möglichkeit des Bezuges von Leistungen nach dem SGB II im Fall der Hilfebedürftigkeit gehabt und ist mit dem Antragsverfahren vertraut gewesen.

II. Soweit der Kläger die Übernahme der Kosten der stationären Krankenhausbehandlung durch den Beklagten wegen einer schuldhaften Verletzung der Meldepflicht nach § 203a SGB V begehrt, macht er einen Schadensersatzanspruch geltend. Die allgemeine Leistungsklage i.S.v. § 54 Abs. 5 SGG ist hinsichtlich der Verfolgung von Amtshaftungsansprüchen unzulässig und im Übrigen unbegründet.

1. Die Klage, gerichtet auf Schadensersatzansprüche aus Art. 34 GG i.V.m. § 839 BGB, ist unzulässig. Für den Schadensersatzanspruch wegen Amtshaftpflichtverletzung aus § 839 BGB ist - wie das Sozialgericht zutreffend ausgeführt hat - nach Art. 34 Abs. 3 GG ausschließlich der Rechtsweg zu der ordentlichen Gerichtsbarkeit gegeben (§ 17 Abs. 1 Satz 2 GVG; vgl. auch BSG Urteil vom 28.03.2000 - B 8 Kn 3/98 U R = juris Rn 12). Nach § 202 SGG i.V.m. § 17a Abs. 5 GVG hat das Gericht, das über ein Rechtsmittel gegen eine Entscheidung in der Hauptsache entscheidet, nicht zu prüfen, ob der beschrittene Rechtsweg zulässig ist. Das Sozialgericht hat vorliegend keine Entscheidung in der Hauptsache i.S.v. § 17a Abs. 5 GVG hinsichtlich des Amtshaftungsanspruchs des Klägers aus § 839 BGB getroffen. Vielmehr hat es die Klageabweisung hinsichtlich des Amtshaftungsanspruchs ausschließlich auf die fehlendende Rechtswegzuständigkeit gestützt. (vgl. hierzu BSG Beschluss vom 20.10.2010 - B 13 R 63/10 B = juris Rn 28 m.w.N.). Mithin hat der Senat nicht aus eigener Kompetenz, materiell zu entscheiden, ob aus der geltend gemachten Verletzung des § 203a SGB V ein Amtshaftungsanspruch nach Art. 34 GG i.V.m. §§ 839ff BGB

abgeleitet werden kann.

2. Eine Anspruchsgrundlage für den vom Kläger geltend gemachten Schadensersatzanspruch aus öffentlichem Recht ist nicht ersichtlich. Insbesondere ist ein Schadensersatzanspruch in Geld keine Rechtsfolge des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs (vgl. BSG Urteil vom 20.10.2010 - B 13 R 15/10 R= juris Rn 40).

3. Ein Anspruch auf Übernahme der Kosten für die stationäre Krankenhausbehandlung kann der Kläger auch nicht aus § 823 Abs. 2 BGB herleiten.

Im vorliegenden Fall ist die Vorschrift des § 823 Abs. 2 BGB über einen Schadensersatzanspruch wegen Verletzung eines Schutzgesetzes nicht anwendbar. Die Vorschrift des § 823 Abs. 2 BGB ist neben dem Schadensersatzanspruch wegen Amtshaftpflichtverletzung aus § 839 BGB im Allgemeinen nicht anwendbar. Dies gilt nur dann nicht, wenn sich eine in Ausübung eines öffentlichen Amtes begangene Amtspflichtverletzung zugleich als unerlaubte Handlung innerhalb des bürgerlich-rechtlichen Geschäftskreises des öffentlichen Dienstherrn, wie z. B. Verletzung der Verkehrssicherungspflicht, darstellt (Vgl. BGH Urteil vom 13.06.1996 - III ZR 40/95 = juris Rn 28 m.w.N.; OLG Frankfurt Beschluss vom 15.05.2006 - 1 U 203/05).

Der Kläger macht einen Schaden infolge der Verletzung der Meldepflicht nach § 203a SGB V durch Mitarbeiter der Stadt D. geltend. § 203a SGB V ordnet an, dass die Agenturen für Arbeit oder in den Fällen des § 6a SGB II die zugelassenen Träger Meldungen hinsichtlich der nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 und Nr. 2a Versicherten entsprechend §§ 28a bis 28c SGB IV an die Krankenversicherungsträger zu erstatten haben. Zu melden sind Beginn, Ende und Unterbrechung des Leistungsbezuges sowie der Wechsel der Krankenkassenzuständigkeit während des Leistungsbezugs. Bei der Meldepflicht nach § 203a SGB V handelt es um einen Sonderfall der Amtshilfe der Grundsicherungsträger für die Krankenversicherungsträger (vgl. BGH Urteil vom 12.12.1991 - III ZR 18/91 = juris Rn 19; Baier in Wagner/Knittel/Baier, SGB V, § 201 Rn 2). Mithin gehört die Meldepflicht aus § 203a SGB V nicht zum bürgerlich-rechtlichen Geschäftskreis der Stadt D. bzw. des Beklagten, sondern zu den ihr obliegenden Aufgaben als Grundsicherungsträger nach § 6a SGB II (i.d.F. bis zum 31.12.2010) bzw. nach § 6a SGB II (i.d.F. ab dem 01.01.2011).

Selbst wenn die Vorschrift des § 823 Abs. 2 BGB vorliegend anwendbar wäre, sind deren Tatbestandsvoraussetzungen nicht erfüllt.

Nach § 823 Abs. 2 BGB ist derjenige schadensersatzpflichtig, der gegen ein den Schutz eines Anderen bezweckendes Gesetz verstößt. Die Frage, ob einer Rechtsnorm Schutzgesetzcharakter zukommt, bestimmt sich nicht nach der Wirkung des Gesetzes. Entscheidend ist, ob dessen Inhalt nach dem Willen des Gesetzgebers in Form eines bestimmten Gebotes oder Verbotes - zumindest neben anderen Zwecken - auch einem gezielten Individualzweck dient und gegen eine näher bestimmte Art der Schädigung eines im Gesetz festgelegten Rechtsgutes oder Individualinteresses gerichtet ist. Es genügt nicht, dass die Norm im allgemeineren Sinne Schutz und Förderung einzelner Bürger oder bestimmter Personenkreise bewirkt oder bezweckt. Vielmehr muss die Schaffung eines individuellen Schadensersatzanspruches erkennbar vom Gesetz erstrebt sein oder zumindest sinnvoll und im Rahmen des haftungsrechtlichen Gesamtsystems tragbar erscheinen (BSG Urteil vom 4.05.1994 - 1 RS 2/92 = juris Rn 30; BGH Urteil vom 18.05.1976 - VI ZR 241/73 = juris Rn 13).

Zwar haben die Mitarbeiter der Stadt D. die Meldepflicht aus § 203a SGB V durch die verspätete Abmeldung des Klägers gegenüber der Beigeladenen zu 1) verletzt. § 203 a SGB V sieht ausdrücklich keine bestimmte Fristen für die Abgabe der Meldungen vor. Die Meldungen sind daher unverzüglich abzugeben (vgl. Sonnhof in Hauck/Noftz, SGB V, § 203a Rn 3).

Bei der Vorschrift des § 203a SGB V handelt es sich aber um kein Schutzgesetz i.S.v. § 823 Abs. 2 BGB zu Gunsten des Klägers in seiner Eigenschaft als Versicherter. Durch die Meldepflicht nach § 203a SGB V ist die Schaffung eines individuellen Schadensersatzanspruches eines Versicherten nicht erkennbar vom Gesetzgeber erstrebt und erscheint auch nicht sinnvoll. Das Meldeverfahren nach § 201ff SGB V dient nicht zur Begründung oder Beendigung des Krankenversicherungsschutzes eines Sozialleistungsbeziehers, sondern lediglich zur Durchführung der Krankenversicherung. Es ist zwar ist in der zivilrechtlichen Rechtsprechung anerkannt, dass es sich bei den Meldepflichten eines Arbeitgebers nach §§ 198 SGB V, 28a SGB IV gegenüber der Einzugsstellen um Schutzgesetze nach § 823 Abs. 2 BGB zu Gunsten der Krankenversicherungsträgers handelt (vgl. BGH Urteil vom 18.05.1976 - VI ZR 24/73 -; LSG Berlin-Brandenburg Urteil vom 27.08.2009 - L 9 KR 80/06 - m.w.N.). Dies gilt nicht für die Meldepflichten der Sozialleistungsträger nach §§ 201 ff SGB V. Sie stellen keine Schutzgesetze i.S.v. § 823 Abs. 2 BGB zu Gunsten der Krankenversicherungsträger dar (vgl. BGH Urteil vom 12.12.1991 - III ZR 18/91 - zu den Meldepflichten eines Rentenversicherungsträgers nach § 201 SGB V). Die in § 201ff SGB V geregelten Meldepflichten von Sozialleistungsträgern, einschließlich der Grundsicherungsträger nach § 203a SGB V, sind Teil eines Verwaltungsverfahrens, das die ordnungsgemäße Abwicklung des Meldewesens in der sozialen Krankenversicherung gewährleisten will. Sie stellen eine besondere Form der Amtshilfe dar. Sie dienen, soweit Belange der beteiligten Versicherungsträger berührt sind, dem öffentlichen Interesse an einer funktionierenden Sozialversicherung und haben keine materiell-rechtliche Schutzwirkung für die einzelnen Sozialversicherungsträger.

Die Vorschriften des SGB V sehen des Weiteren einen Schutz des Versicherten gegen die Folgen einer verspäteten Abmeldung durch einen meldepflichtigen Sozialleistungsträger vor. Solange ein Versicherter im Besitz einer Krankenversicherungskarte ist, ist er bei der Inanspruchnahme von ambulanten Behandlungen nicht Zahlungsansprüchen der Leistungserbringer ausgesetzt, da diese gegenüber der Krankenkasse abrechnen können (vgl. hierzu BSG Urteil vom 12.06.2008 - B 3 KR 19/07 R = juris Rn 31). Dies gilt auch für den Fall, dass er zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme der ambulanten Leistungen nicht mehr Mitglied der Krankenkasse ist. Des Weiteren sieht § 19 Abs. 2 SGB V einen nachgehenden Versicherungsschutz für die Dauer eines Monats nach Ende der Versicherungspflicht vor. Durch das Instrument der Kostenzusage im Fall der stationären Behandlung wird das Risiko, die Kosten einer stationären Krankenhausbehandlung selbst zu tragen, weiter abgemildert (vgl. zu den Rechtswirkungen einer Kostenzusage: BSG Urteil vom 12.06.2008 - B 3 KR 19/07 R).

Im Hinblick auf diese Schutzvorschriften, unter Berücksichtigung der Tatsache, dass einem Versicherten das Ende des Bezuges von Sozialleistungen, aufgrund dessen er in der Krankenversicherung pflichtversichert gewesen ist, bekannt ist, und dass es seiner Eigenverantwortung obliegt, seine Krankenversicherungsschutz zu klären, sowie im Hinblick auf die mit den Meldepflichten der Sozialleistungsträgern verfolgten Zweck ist nicht erkennbar, dass der Gesetzgeber mit der Schaffung der Meldepflichten nach § 201ff SGB V einen Individualschutz des einzelnen Versicherten angestrebt hat.

B.
Der Kläger konnte sein Prozessziel auch nicht durch die Umstellung auf einen gegen die Beigeladene zu 1) gerichteten Leistungsantrag auf Übernahme der Kosten der stationären Krankenhausbehandlung erreichen.

Dem Kläger steht ein Anspruch auf Freistellung von den Kosten der stationären Behandlung gegenüber der Beigeladenen zu 1) aufgrund einer der LWL-Klinik X erteilten vorbehaltlosen Kostenzusage nicht zu (vgl. zu den Rechtswirkungen einer Kostenzusage: BSG Urteil vom 12.06.2008 - B 3 KR 19/07 R = juris Rn 21). Die Beigeladene zu 1) hat der Klinik eine solche Kostenzusage nicht erteilt.

Ein Anspruch auf Übernahme der Kosten der stationären Krankenhausbehandlung nach § 13 Abs. 2 SGB V ist ebenfalls nicht gegeben. Nach dieser Vorschrift hat die Krankenkasse dem Versicherten die durch die selbstbeschaffte Leistung entstandenen Kosten zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war und wenn die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder soweit sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat.

Die Beigeladene zu 1) ist gegenüber dem Kläger im streitbefangenen Zeitraum - vom 18.12.2006 bis zum 09.01.2007 - nicht zur Erbringung einer stationären Krankenhausbehandlung verpflichtet gewesen. Zum Zeitpunkt der Beschaffung der Leistung - Durchführung einer Entzugsbehandlung als stationäre Krankenbehandlung i.S.v. §§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5, 39 SGB V oder als medizinische Rehabilitationsmaßnahme i.S.v. §§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6, 40 SGB V - ist der Kläger bei der Beigeladenen zu 1) weder nach § 5 SGB V pflichtversichert noch nach § 9 SGB V freiwillig versichert gewesen. Der Kläger hat im streitbefangen Zeitraum die Voraussetzungen für eine Pflichtversicherung i.S.v. § 5 SGB V nicht erfüllt. Insbesondere hat er keine Leistungen nach dem SGB II bezogen (§ 5 Nr. 2a SGB V). § 5 Abs. 1 Nr. 13a SGB V regelt die sog. Auffangversicherung, wonach Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und (Buchst a) zuletzt gesetzlich krankenversichert waren oder (Buchst b) bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, sie gehören zu den in § 5 Abs. 5 SGB V genannten hauptberuflich selbstständig Erwerbstätigen oder zu den nach § 6 Abs. 1 oder Abs. SGB V versicherungsfreien Personen oder hätten bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland zu ihnen gehört, versicherungspflichtig sind. Diese Vorschrift greift zu Gunsten des Klägers nicht ein. Denn sie ist erst am 01.04.2007 in Kraft getreten (Gesetz vom 26.3.2007, BGBl I 378; vgl. hierzu BSG Urteil vom 21.12.2011 - B 12 KR 13/10 R). Mithin ist der Kläger im streitigen Zeitraum nicht Mitglied der Beigeladenen zu 1) gewesen.

Die Vorschrift des § 19 Abs. 2 SGB V greift ebenfalls nicht zu Gunsten des Klägers ein. Danach besteht ein Anspruch auf Leistungen nach dem SGB V längsten für einen Monat nach dem Ende der Mitgliedschaft. Die Pflichtmitgliedschaft des Klägers bei der Beigeladenen zu 1) hat mit dem Ende des Bezugs der Leistungen nach dem SGB II zum 31.10.2005 geendet (vgl. zur Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse im Fall der stationären Behandlung nach § 19 Abs. 2 SGB V: BSG Urteil vom 12.06.2008 - B 3 KR 19/07 R = juris Rn 19).

Auch handelt es sich nicht um eine Krankenbehandlung i.S.v. § 264 SGB V (Gesetz vom 31.10.2006, BGBl. I, 2407 gültig ab dem 01.11.2006), da der Kläger keine der in Abs. 2 der Vorschrift genannten Leistungen bezogen hat.

Eine Klage gerichtet auf die Verurteilung der Beigeladenen zu 1) zur Gewährung einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme in Form einer Entzugsbehandlung als erstangegangener Rehabilitationsträger i.S.v. § 14 SGB IX ist wegen des Fehlens einer Entscheidung durch Verwaltungsakt über dieses Begehren unzulässig. Die Beigeladene zu 1) hat über den Anspruch des Klägers auf Gewährung einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme in Form einer Entzugsbehandlung im Jahr 2006 noch keine Entscheidung getroffen. Eine Entscheidung durch Verwaltungsakt ist auch nicht ausnahmsweise im Hinblick auf die Regelung des § 75 Abs. 5 SGG entbehrlich. § 75 Abs. 5 SGG erlaubt einem Kläger nicht jede gewünschte Rechtsverfolgung gegen einen beigeladenen Versicherungsträger. Nach Sinn und Zweck der Regelung kommt dessen Verurteilung nur in Betracht, wenn der gegen ihn gerichtete Anspruch an die Stelle des ursprünglich gegen den Beklagten gerichteten Anspruchs tritt. Die in Frage kommenden Ansprüche müssen in einer Wechselbeziehung derart stehen, dass bei Unzuständigkeit des einen Versicherungsträgers der andere die Leistung zu erbringen hat. Inhaltlich müssen sich die Leistungen zwar nicht decken, doch müssen Anspruchsgrund und Rechtsfolgen im Kern übereinstimmen, weil der in § 75 Abs. 5 SGG verwirklichte Grundsatz der Prozessökonomie einen Verzicht auf das ansonsten zwingend vorgeschriebene Verwaltungsverfahren nur zu rechtfertigen vermag, wenn im Prozess gegen den Beigeladenen im Wesentlichen über dieselben Tat- und Rechtsfragen wie im Ausgangsverfahren gegen den Beklagten zu entscheiden ist (BSG Urteil vom 08.05.2007 - B 2 U 3/06 R = juris Rn 26). Die vom Kläger gegenüber dem Beklagten und der Beigeladenen zu 1) verfolgten Ansprüche stehen in keiner Wechselbeziehung. Während der Kläger gegenüber dem Beklagten Ansprüche aus dem SGB II, die Ansprüche auf Krankenbehandlung oder medizinische Rehabilitationsmaßnahmen grundsätzlich nicht umfassen, bzw. aus dem Deliktrecht verfolgt, betreffen die Ansprüche des Klägers gegenüber der Beigeladenen zu 1) vorrangig die Gewährung einer Entzugsbehandlung als Teil einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme. Daher stimmen Anspruchsgrund und Rechtsfolgen der verfolgten Ansprüche im Kern nicht überein.

Es kann deshalb dahinstehen, ob die Vorsprache des Klägers auf der Geschäftsstelle der Beigeladenen zu 1) im Oktober 2006 als Rehabilitationsantrag zu werten ist und damit die Beigeladene zu 1) als erstangegangener Rehabilitationsträger i.S.v. § 14 SGB IX für die Entscheidung über die Gewährung einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme in Form der freiwilligen Entzugsbehandlung, einschließlich der Leistungen von Eingliederungshilfe nach §§ 53 Abs. 1 Satz 1, 54 Abs. 2 SGB XII i.V.m. § 3 Nr. 3 der Eingliederungshilfe-Verordnung, und die Erbringung dieser Leistung zuständig gewesen.

C.
Die Stadt D. ist als örtlicher Sozialhilfeträger (§ 99 SGB XII i.V.m. § 3 Abs. 1 Landesausführungsgesetzes zum Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch für das Land Nordrhein-Westfalen - AG-SGB XII NW vom 16.12.2004, GVBl NRW 2004, 816 -, § 5 KrO NW, § 1 der Satzung über die Durchführung der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch im Kreis Düren vom 29.12.2004; vgl. hierzu BSG Urteil vom 19.05.2009 - B 8 SO 4/08 R = juris Rn 9) nicht verpflichtet, die Kosten der stationären Krankenbehandlung zu übernehmen.

Die Voraussetzungen für einen Anspruch auf Hilfe zur Gesundheit nach §§ 48, 52 Abs. 1 Satz 1 SGB XII liegen nicht vor. 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. Ein Anspruch auf Krankenbehandlung nach § 48 SGB XII ist zwar bei einem Arbeitslosengeld-II- bzw. Sozialgeldberechtigten, der keinen Antrag auf diese Leistung gestellt hat und diese Leistung nicht erhält, gesetzlich nicht ausgeschlossen (BSG Urteil vom 19.05.2009 - B 8 SO 4/08 R).

Jedoch setzt nach § 18 Abs. 1 SGB XII die Sozialhilfe erst ein, sobald dem Träger der Sozialhilfe oder den von ihm beauftragten Stellen bekannt wird, dass die Voraussetzungen für die Leistungen vorliegen (zur Anwendung des sog. Kenntnisgrundsatzes bei Leistungen nach dem Fünften Kapitel des SGB XII: LSG NRW Beschluss vom 15.03.2011 - L 20 SO 7/11 B). Vor und während der Behandlung in der LWL-Klinik X hat die Stadt D. keine Kenntnis davon gehabt, dass der Kläger nicht krankenversichert gewesen ist und eine stationäre Krankenbehandlung benötigt hat. Diese Kenntnis hat die Stadt D. erst nach Abschluss der Krankenhausbehandlung durch den Erstattungsantrag des Klägers vom 13.08.2007 erlangt. Wegen der fehlenden Kenntnis des örtlichen Sozialhilfeträgers, die einen Leistungsanspruch ausschließt, kann dahinstehen, ob der Anspruch auf Krankenbehandlung nach § 48 SGB XII im Hinblick auf das Eingreifen der Vorschriften der Eingliederungshilfe nach § 53ff SGB XII entfällt.

Ein Anspruch aus § 73 SGB XII scheidet ebenfalls aus. Es liegt keine besondere Bedarfslage vor, die eine gewisse Nähe zu den speziell in den §§ 47 bis 74 SGB XII geregelten Bedarfslagen aufweist und deren Sicherstellung zugleich aus verfassungsrechtlichen Gründen geboten ist (vgl. zu den Voraussetzungen des § 73 SGB XII: BSG Urteil vom 26.05.2011 - B 14 AS 146/10 R = juris Rn 21ff). Bei der Bedarfslage des Klägers - Erfordernis der Durchführung einer Entzugsbehandlung wegen bestehender Drogenabhängigkeit - handelt es sich um keine atypische Bedarfslage, die nicht in den Vorschriften des SGB XII geregelt ist. Diese Bedarfslage ist vielmehr durch die Vorschriften über die Hilfe zur Gesundheit nach §§ 48ff SGB XII bzw. die Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII (vgl. Wahrendorf/Grube, SGB XII, 3 Aufl., § 53 Rn 16) erfasst, wobei unter den Anwendungsbereich der Vorschriften auch Leistungsberechtigte nach dem SGB II fallen.

Mithin ist auch eine Beiladung der Stadt D. im Berufungsverfahren als örtlicher Sozialhilfeträger nach dem Ausscheiden aus dem Verfahren als Beklagter nicht erforderlich gewesen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Der Senat hat die Revision nach § 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG zugelassen.
Rechtskraft
Aus
Login
NRW
Saved
2013-02-18