L 20 SO 554/11

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Sozialhilfe
Abteilung
20
1. Instanz
SG Köln (NRW)
Aktenzeichen
S 21 SO 24/11
Datum
07.09.2011
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 20 SO 554/11
Datum
28.01.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 8 SO 9/13 R
Datum
18.11.2014
Kategorie
Urteil
Leitsätze
1.
Bei Aufnahme des Hilfeempfängers in ein Krankenhaus dauert der Eilfall nur bis zur Kenntniserlangung des Leistungsträgers; danach anfallende Aufwendungen sind gegenüber dem Nothelfer nicht mehr nach § 25 SGB XII erstattungsfähig, sondern betreffen allein den originären Leistungsanspruch des Hilfeempfängers.

2.
Rechnet das Nothilfe leistende Krankenhaus nach dem DRG-Vergütungssystem ab, richtet sich die Erstattung nach § 25 SGB XII ebenfalls nach den Vorgaben dieses Vergütungssystems.

Dabei ist eine Fallpauschale, die bereits mit der Krankenhausaufnahme des Hilfeempfängers insgesamt angefallen ist, komplett als Nothilfe erstattungsfähig, auch wenn der Hilfeträger noch vor Ende der Grenzverweildauer vom Hilfefall Kenntnis erlangt. Eine Aufteilung der Pauschale pro rata temporis bis zur Kenntniserlangung findet nicht statt.

Nicht als Nothilfe erstattungsfähig sind nach Kenntniserlangung und Überschreiten der Grenzverweildauer entstandene Ansprüche für die Krankenhausbehandlung; diese betreffen allein den originären Leistungsanspruch des Hilfeempfängers.

3.
Allein aus dem bloßen Aufenthalt eines Erwerbsfähigen in Deutschland kann, jedenfalls wenn dieser hier nicht einwohnerrechtlich gemeldet ist, nicht darauf geschlossen werden, er halte sich hier (mit der Folge einer Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Krankenversicherung gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 13b SGB V) zum Zwecke der Arbeitssuche auf.
Bemerkung
Auf Revision der Beklagten wird das Urteil des LSG aufgehoben !!! und zur erneuten Verhandlung und Entscheidung zurückverwiesen!
Neues Az = L 20 SO 128/15 ZVW
Die Berufung der Beklagten wird zurückgewiesen. Kosten sind nicht zu erstatten. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Erstattung der Kosten für die stationäre Behandlung des polnischen Staatsangehörigen T C, geb. am 00.00.1997 (im Folgenden: Hilfebedürftiger), im von der Klägerin betriebenen Evangelischen Krankenhaus L.

Der Hilfebedürftige erlitt am 22.03.2010 im Rahmen einer Verhaftung durch die Polizei eine Schädelbasisfraktur. Er wurde zunächst notfallmäßig in einem Krankenhaus in L1 behandelt. Der (heroinabhängige) Hilfebedürftige verließ das erstversorgende Krankenhaus entgegen ärztlichem Rat, wurde jedoch nach erneutem Polizeigewahrsam am späten Nachmittag des 23.03.2010 (17.56 Uhr) mittels Rettungswagen in das Krankenhaus der Klägerin verbracht.

Im Rahmen der dortigen Aufnahme wurde der Hilfebedürftige zunächst als Selbstzahler geführt. Er unterzeichnete einen Aufnahmeantrag und machte folgende Angaben zur "Feststellung der persönlichen Daten zum Antrag auf Übernahme der stationären Behandlungskosten aus Sozialhilfemitteln (§ 48 SGB XII)": Er sei im März 2009 aus Polen in die Bundesrepublik Deutschland eingereist und lebe seither in L. Seine Freundin N F, geboren am 00.00.1990, gehe privat putzen. Sie erziele ein monatliches Einkommen in Höhe von 260,00 EUR. Unterkunftskosten in Höhe von ca. 600,00 EUR übernehme ein Freund, der ihm lediglich unter dem Namen B bekannt sei. Zum Unterhalt

versuche er mit gelegentlichen Diebstählen beizutragen. Er müsse auch das von ihm benötigte Heroin finanzieren. Eine Versicherung oder internationale Krankenversicherung habe er in Polen nicht abgeschlossen.

Aktenkundig ist, dass Frau F im Januar 2010 auf Strafvollstreckungshaftbefehle des Hilfebedürftigen wegen Diebstahls insgesamt 380,00 EUR zahlte.

Der Hilfebedürftige wird in Polen ausweislich eines Haftbefehls des Bezirksstaatsanwaltes in A H vom 17.10.2012 wegen eines Drogendelikts (im Zeitraum Dezember 2008 bis Januar 2009) gesucht. Als letzte bekannte Anschrift wird in dem Haftbefehl angegeben: A H, ulica A 00.

Die Klägerin stellte per Telefax bei der Beklagten (Eingang am 29.03.2010 um 11:58 Uhr) einen Antrag gemäß § 25 Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch - Sozialhilfe (SGB XII). Die Beklagte bestätigte den Eingang am selben Tag und erbat die Übersendung einer Unfallschilderung sowie das Aktenzeichen der Polizeidienststelle.

Der Hilfebedürftige war der Beklagten ausweislich des von ihr vorgelegten Verwaltungsvorgangs durch einen von einem Krankenhaus in L-I am 23.11.2009 gestellten vorsorglichen Antrag gemäß § 25 SGB XII bekannt. Die Beklagte hatte seinerzeit in der Annahme, der Hilfebedürftige sei deutscher Staatsangehöriger, auf eine bestehende Versicherungspflicht hingewiesen. Nachfolgend hatte sie festgestellt, dass der Hilfebedürftige weder Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch - Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II) noch dem SGB XII bezogen hatte. Der Hilfebedürftige sei am 17.06.2009 nach Polen abgemeldet worden. Der seinerzeitige Antrag gemäß § 25 SGB XII war mit Bescheid vom 04.03.2010 mit der Begründung abgelehnt worden, in dem vom Krankenhaus in L-I übersandten Feststellungsbogen fehlten Angaben zu den Einkommensverhältnissen. Eine Prüfung sei der Beklagten nicht möglich.

Die stationäre Behandlung des Hilfebedürftigen im Krankenhaus der Klägerin in L (unterbrochen durch eine kurzzeitige Verlegung nach L1 am 31.03.2010, wo eine zunächst für den 01.04.2010 vorgesehene Operation im Hinblick auf die ungeklärte Kostenübernahme wieder abgesagt wurde) endete am 03.04.2010.

Am 28.04.2010 beantragte die Klägerin bei der Beklagten die Übernahme der nach dem sogenannten DRG-Fallpauschalensystem abgerechneten stationären Behandlungskosten für die Zeit vom 23.03.2010 bis zum 03.04.2010 in Höhe von 2.403,08 EUR (Rechnung vom 27.04.2010). Die Abrechnung erfolgte nach der DRG-Ziffer B79Z (Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor) für die Zeit vom 23.03.2010 bis zum 31.03.2010 mit 1.768,85 EUR. Für die Zeit vom 01.04.2010 bis 02.04.2010 wurde ein Zuschlag für Langlieger in Höhe von 561,64 EUR angesetzt. Zudem finden sich die Positionen DRG-Systemzuschlag für den 23.03.2010 in Höhe von 0,99 EUR, Zuschlag für Qualitätssicherung in Höhe von 0,99 EUR, Zuschlag nach § 91 und § 139a SGB V in Höhe von 0,87 EUR sowie Zuschlag zur Finanzierung der Ausbildung in Höhe von 69,74 EUR.

Die Beklagte stellte daraufhin durch eine Anfrage beim dortigen Einwohnermeldeamt (erneut) fest, dass der Hilfebedürftige am 01.05.2009 aus Polen nach Deutschland eingereist und am 17.6.2009 nach Polen abgemeldet worden war. Mit Schreiben vom 30.04.2010 erbat die Beklagte auf postalischem Weg von dem Hilfebedürftigen Angaben zu seiner persönlichen und wirtschaftlichen Situation (u.a. die Mitteilung des Namens und der Adresse des die Miete tragenden Freundes, des Datums der Wiedereinreise aus Polen sowie des Grundes des Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland). Eine Reaktion auf diese Schreiben blieb aus.

Mit Bescheid vom 02.06.2010 lehnte die Beklagte eine Kostenübernahme ab. Der Hilfebedürftige sei als Staatsangehöriger eines Mitgliedstaates der Europäischen Union nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) pflichtversichert in der gesetzlichen Krankenversicherung. Er könne auch nachträglich bei einer gesetzlichen Krankenkasse angemeldet werden. Ein Leistungsanspruch gegenüber dem Sozialhilfeträger bestehe nicht.

Die Klägerin legte am 16.07.2010 Widerspruch ein. Eine vermeintliche Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V stehe einer Erstattung der Behandlungskosten nicht entgegen, wenn der Patient (wie vorliegend) seine Versicherungspflicht keiner Krankenkasse anzeige. Bereite Mittel lägen in diesem Fall nicht vor (BVerwG, Urteil vom 29.09.1971 - V C 2.71, VGH Baden-Württemberg, Urteil vom 27.09.1995 - 6 S 2522/94). Die Beklagte sei jedenfalls gemäß § 43 Sozialgesetzbuch Erstes Buch - Allgemeiner Teil (SGB I) zur vorläufigen Leistung verpflichtet.

Mit Widerspruchsbescheid vom 13.12.2010 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Zwar habe eine Notfallsituation vorgelegen; der für einen Anspruch auf Aufwendungsersatz erforderliche Eilfall komme jedoch nur für die Zeit vom 23.03.2010 bis zum 28.03.2010 in Betracht. Denn am 29.03.2010 habe sie Kenntnis von der Aufnahme des Hilfebedürftigen in das Krankenhaus erlangt. § 25 SGB XII lasse einen Aufwendungsersatzanspruch des Nothelfers nur für solche Leistungen zu, die vor Kenntnis des Sozialhilfeträgers von dem Hilfefall erbracht worden seien. Die Tatsache, dass der Nothelfer die eingeleitete Behandlung nicht abbrechen könne, rechtfertige keine andere Beurteilung; den Sozialhilfeträger treffe keine Ausfallbürgschaft. Für den Zeitraum vom 23.03.2010 bis zum 28.03.2010 bestehe allerdings ein vorrangiger Leistungsanspruch des Hilfebedürftigen nach dem SGB V. Der Hilfebedürftige sei vor seiner Einreise in die Bundesrepublik Deutschland noch nie gesetzliche oder privat krankenversichert gewesen, und die Voraussetzungen der Versicherungspflicht gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 13 b) SGB V lägen vor. Die Versicherungspflicht entstehe grundsätzlich kraft Gesetzes und unabhängig von Anmeldung und Beitragszahlung. Ein Anspruch auf Krankenhilfe habe daher ebenfalls nicht bestanden. Der Hilfebedürftige sei dem Sozialamt der Beklagten nicht bekannt gewesen. Es sei bereits mit Schreiben vom 29.03.2010 darauf hingewiesen worden, dass die Prüfung vorrangiger Ansprüche durch die Klägerin erforderlich und bei Beantragung der Kostenübernahme der Feststellungsbogen mit den erforderlichen Unterlagen zeitnah einzureichen sei. Hintergrund für dieses Verfahren sei, dass der Sozialhilfeträger grundsätzlich dem Amtsermittlungsgrundsatz nur nachkommen könne, soweit er die Angaben der Patienten auf ihre Richtigkeit überprüfen könne. Kehre der Patient nach der Entlassung aus dem Krankenhaus ohne Angaben einer Adresse in sein Heimatland zurück oder sei der weitere Aufenthalt unbekannt, bestehe für den Sozialhilfeträger keine Möglichkeit mehr, den Sachverhalt aufzuklären. Trotz des erfolgten Hinweises sei der Kostenübernahmeantrag erst am 28.04.2010 bei der Beklagten eingegangen, zu einem Zeitpunkt also, als der Hilfebedürftige längst entlassen gewesen sei. Eine Klärung seiner tatsächlichen Aufenthalts-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse durch die Beklagte sei nicht mehr möglich. Nach höchstrichterlicher Rechtsprechung trage der Nothelfer die materielle Beweislast dafür, dass die Anspruchsvoraussetzungen nach § 25 SGB XII erfüllt seien, wenn sich auch im Wege der Amtsermittlung nicht feststellen lasse, ob Sozialhilfebedürftigkeit vorgelegen habe und deshalb bei rechtzeitiger Kenntnis Hilfe nach dem SGB XII zu gewähren gewesen wäre. § 43 SGB I sei im Sozialhilferecht nur anwendbar bei

Streitigkeiten zwischen zwei Sozialhilfeträgern. Im Übrigen stehe § 2 SGB XII (i.V.m. § 37 SGB I) der Anwendbarkeit des § 43 SGB I im Rahmen des § 25 SGB XII entgegen. Die Krankenkasse sei im Übrigen bisher nicht einmal kontaktiert worden.

Mit ihrer am 12.01.2011 beim Sozialgericht Köln erhobenen Klage hat die Klägerin an ihrer Auffassung festgehalten, die ihr durch die Behandlung des Hilfebedürftigen entstandenen Aufwendungen seien in vollem Umfang zu erstatten. Sie hat in Ergänzung ihres bisherigen Vorbringens die Auffassung vertreten, auch nach Kenntnisnahme der Beklagten vom Hilfefall bestehe weiterhin Anspruch auf Erstattung der vollen Behandlungskosten. Denn die Abrechnung der stationären Behandlung sei als Fallpauschale im Rahmen des DRG-Vergütungssystems erfolgt. Die von der Beklagten in Bezug genommene Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts (BVerwG), wonach ein Aufwendungsersatzanspruch des Nothelfers nur für solche Leistungen in Betracht komme, die vor Kenntnis des Sozialhilfeträgers von dem Hilfefall erbracht worden seien, datiere aus einer Zeit vor Einführung des DRG-Systems. Eine Aufteilung der Behandlungsfälle in einzelne Leistungen und Behandlungstage sei nicht möglich. Der Anspruch auf Aufwendungsersatz bestehe dem Grunde nach bereits mit der Aufnahme in das Krankenhaus. Maßgeblich für das Vorliegen eines Eilfalls sei nicht das Datum der vorsorglichen Anmeldung, sondern grundsätzlich der Zeitpunkt der Notlage als Zeitpunkt der hypothetischen Leistungserbringung durch den Sozialhilfeträger. Der volle Vergütungsanspruch entstehe mit Beginn der Behandlung mit der Folge, dass die Beklagte die gesamten streitgegenständlichen Behandlungskosten zu übernehmen habe. Die Angaben des Hilfebedürftigen im Feststellungsbogen seien ausreichend zur Feststellung seiner Bedürftigkeit. Aufgrund seiner bekannten Lebensumstände sei es als erwiesen anzusehen, dass die Voraussetzungen für eine Leistungserbringung vorgelegen hätten. Im Übrigen sei § 43 SGB I auch im Verhältnis der Beklagten und der ggf. als leistungspflichtig in Betracht kommenden Krankenkasse anwendbar. § 2 SGB XII stehe dem nicht entgegen. Leistungen seien durch die Krankenkasse gerade nicht erbracht worden.

Die Klägerin hat beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 02.06.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13.12.2010 zu verurteilen, an sie den Betrag von 2.403,08 EUR für die Krankenhausbehandlung des Patienten T C für die Zeit vom 23.03.2010 bis 03.04.2010 zu erstatten.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat auf den Widerspruchsbescheid vom 13.12.2010 verwiesen.

Das Gericht hat eine Melderegisterauskunft bei der Stadt L eingeholt. Darin ist ausgeführt, der Hilfebedürftige sei seit dem 17.06.2009 als nach A H/Polen verzogen abgemeldet. Hinsichtlich Frau F hat die Meldebehörde der Beklagten ebenfalls mitgeteilt, diese sei nach A H verzogen.

Mit Schreiben vom 06.05.2011 hat die Klägerin mitgeteilt, sie habe bei der AOK Rheinland/Hamburg vorsorglich einen Antrag auf Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V für den Hilfebedürftigen gestellt. Die Krankenkasse habe diesen erfolglos angeschrieben und mitgeteilt, ohne die geforderten Unterlagen sei eine Bearbeitung des Antrages nicht möglich. Nach Ansicht der Klägerin bedürfe es jedoch keiner weitergehenden Angaben des Hilfebedürftigen mehr. Die AOK Rheinland/Hamburg komme demnach als leistungspflichtig in Betracht und müsse im Falle der Verneinung eines Anspruchs gegen die Beklagte beigeladen werden.

In der mündlichen Verhandlung hat die Klägerin ausgeführt, für die Zeit vom 23. bis 28.03.2010 betrügen die Behandlungskosten 1.841,44 EUR. Dieser Betrag ergebe sich, wenn man den Zuschlag für Langlieger (01. bis 02.04.2010 i.H.v. 561,64 EUR) vom Rechnungsbetrag (2.403,08 EUR) abziehe; ansonsten werde die gleiche DRG-Fallpauschale berechnet.

Mit Urteil vom 07.09.2011 hat das Sozialgericht die Beklagte verurteilt, der Klägerin Kosten für die stationäre Behandlung des Hilfebedürftigen in Höhe von 1.841,44 EUR zu erstatten. Der Hilfebedürftige sei am 23.03.2010 als Notfall wegen einer Schädelbasisfraktur in das Krankenhaus der Klägerin aufgenommen und behandelt worden. Aus eigenem Einkommen oder Vermögen habe er die Kosten der Krankenhausbehandlung nicht bestreiten können. Dem Erfordernis eines rechtzeitigen Antrages im Sinne des § 25 S. 2 SGB XII sei mit der vorsorglichen Antragstellung vom 29.03.2010 Genüge getan; denn grundsätzlich sei die vorsorgliche Anmeldung des Erstattungsanspruchs geeignet, die angemessene Frist zu wahren. Der Klägerin seien Aufwendungen entstanden, zu deren Tragung sie nicht aufgrund rechtlicher oder sittlicher Pflicht verpflichtet gewesen sei. Der Höhe nach bestehe der Anspruch im Umfang von 1.841,44 EUR. Dem Nothelfer seien gemäß § 25 SGB XII seine Aufwendungen in gebotenem Umfang zu erstatten. Geboten sei, was der Sozialhilfeträger bei rechtzeitiger Kenntnis des Hilfefalls der in Not geratenen Person als (originär) Leistungsberechtigtem nach Maßgabe der gesetzlichen Vorgaben hätte leisten müssen; Art und Umfang der zu erstattenden Aufwendungen müssten sich an Art und Umfang des Anspruchs der in Not geratenen Person orientieren. Die bei Kenntnis des Sozialhilfeträgers vom Hilfefall zu gewährende Hilfe bei Krankheit gemäß § 48 SGB XII entspreche den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 52 Abs. 1 SGB XII). Auch im Rahmen des § 25 SGB XII sei eine Abrechnung nach den für das SGB V maßgeblichen Vorschriften und damit nach einschlägigen Fallpauschalen vorzunehmen. Allein der von der Klägerin abgerechnete Zuschlag für Langlieger in Höhe von 561,64 EUR für die Zeit vom 01.04.2010 bis 02.04.2010 bleibe unberücksichtigt, weil der Eilfall im Sinne des § 25 SGB XII nur bis zum 28.03.2010 angedauert habe und der Rechtsgrund für den Langlieger-Zuschlag erst für die Zeit ab dem 01.04.2010 entstanden sei. Diese Sichtweise stelle sicher, dass der originäre Leistungsanspruch des Hilfebedürftigen nicht völlig durch den Nothelferanspruch des nach Fallpauschalen abrechnenden Krankenhauses verdrängt werde. Der Nachranggrundsatz stehe einem Anspruch gemäß § 25 SGB XII nicht entgegen: Einer Pflichtversicherung des Hilfebedürftigen gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V dürfte die Regelung des § 5 Abs. 11 S. 2 SGB V entgegenstehen, wonach die Versicherungspflicht nach Abs. 1 Nr. 13 SGB V für Ausländer aus einem anderen EU-Mitgliedstaat nicht bestehe, wenn Voraussetzung für die Wohnortnahme in Deutschland die Existenz von Krankenversicherungsschutz nach § 4 Freizügigkeitsgesetz/EU (FreizügG/EU) sei. Entsprechend den Regelungen der §§ 4, 2 Abs. 2 Nr. 5 FreizügG/EU müssten nicht erwerbsfähige Unionsbürger, die sich nicht zwecks Arbeitssuche in Deutschland aufhielten, bei Einreise und Aufenthalt über ausreichenden Krankenversicherungsschutz verfügen. Im Fall des Hilfebedürftigen lägen keine hinreichenden Anhaltspunkte dafür vor, dass er zwecks Arbeitssuche nach Deutschland eingereist sei bzw. sich deshalb in Deutschland aufgehalten habe. Ungeachtet dieser Gesichtspunkte könnten die Kosten der Behandlung des Hilfebedürftigen im Krankenhaus der Klägerin auch bei Annahme einer

gesetzlichen Pflichtversicherung des Hilfebedürftigen nicht gegenüber einer gesetzlichen Krankenkasse abgerechnet werden. Denn wegen der fehlenden Erklärung des Hilfebedürftigen zur Wahl der gesetzlichen Krankenkasse stehe nicht fest, wer leistungsverpflichtete Krankenkasse sein könnte. Die bei fehlender Vorversicherung des Hilfebedürftigen in Deutschland erforderliche Wahlerklärung könne wegen ihrer höchstpersönlichen Natur weder durch einen Beteiligen des Rechtsstreites noch durch das Gericht erfolgen bzw. ersetzt werden. Damit scheide auch unter diesem Gesichtspunkt ein realisierbarer Anspruch gegen eine gesetzliche Krankenkasse auf Übernahme der Krankenhausbehandlungskosten aus.

Gegen das der Beklagten am 07.10.2011 zugestellte Urteil richtet sich deren Berufung vom 31.10.2011. Sie hält einen Eilfall im Sinne des § 25 SGB XII nunmehr bereits deshalb für fraglich, weil bereits am 22.03.2010 die Erstversorgung im Städtischen Krankenhaus in L1 erfolgt sei. Bei Annahme eines Eilfalls sei jedenfalls zu berücksichtigen, dass der Hilfebedürftige zum Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme nicht in L gemeldet gewesen sei. Seine Angaben zu den wirtschaftlichen Verhältnissen seien nicht nachvollziehbar. Von den Einkünften der Lebensgefährtin in Höhe von monatlich 260,00 EUR könne der Lebensunterhalt für zwei Personen nicht sichergestellt worden sein. Noch am 31.01.2010 habe die Lebensgefährtin beim Polizeipräsidium einen Betrag von 380,00 EUR eingezahlt. Es sei unklar, woher diese Beträge stammten. Die von der Klägerin aufgenommenen Antragsunterlagen seien nur sehr dürftig ausgefüllt, die Angaben widersprüchlich und nicht nachvollziehbar. Die wirtschaftlichen Verhältnisse hätten durch die Beklagte nicht aufgeklärt werden können. Dies gehe zulasten der Klägerin. Da ein ggf. bestehender Eilfall mit der Kenntnis des zuständigen Sozialhilfeträgers (vorliegend am 29.03.2010) ende, komme allenfalls die Erstattung der Kosten der Krankenhausbehandlung zeitanteilig zur Hälfte (sechs von zwölf Tagen) in Betracht. Eine zeitanteilige Aufteilung der Kosten entspreche der Rechtsprechung des BSG vom 19.09.2007 - B 1 KR 39/06 R; wenn eine solche Aufteilung der Fallpauschale zwischen Krankenkassen im Bereich des SGB V möglich sei, müsse dies ebenso zur Abgrenzung des Anspruchs des Nothelfers vom originären Anspruch des Patienten gelten. Unabhängig davon verstoße die Verpflichtung zur Gewährung von Krankenhilfe gegen den Nachranggrundsatz des § 2 SGB XII. Denn der Hilfebedürftige sei gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V pflichtversichert in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Klägerin habe Ansprüche gegenüber der AOK Rheinland/Hamburg geltend gemacht. Auf den Beiladungsantrag sei das Sozialgericht nicht eingegangen. Wenn das Gericht ausgeführt habe, der Hilfebedürftige sei nicht mehr erreichbar und könne eine Wahl der Krankenkasse nicht vornehmen, habe es faktisch eine Umkehr der Beweislast vorgenommen und die Beklagte als Ausfallbürgin zur Leistungserbringung verpflichtet. Unbeachtet seien im Übrigen ggf. bestehende Schadensersatzansprüche gegen den Verursacher des medizinischen Notfalls, die Polizei, geblieben. Ein Kausalzusammenhang zwischen den Schlägen auf den Kopf und der nachfolgenden medizinischen Behandlung dürfte unstrittig sein. Auch durch die Verfolgung dieser Schadensersatzansprüche sei für die Klägerin ggf. eine Rechnungsregulierung zu erreichen.

Die Beklagte und Berufungsklägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Köln vom 07.09.2011 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin und Berufungsbeklagte beantragt,

die Berufung der Beklagten zurückzuweisen.

Sie ist der Auffassung, die Erstversorgung im Krankenhaus L1 ändere an der Beurteilung als Eilfall im Sinne des § 25 SGB XII nichts. Der Hilfebedürftige sei durchgehend dringend behandlungsbedürftig gewesen; er habe das vorbehandelnde Krankenhaus gegen ärztlichen Rat verlassen. Das Sozialgericht sei auch zu Recht davon ausgegangen, dass er die Kosten der Krankenhausbehandlung nicht aus eigenem Einkommen oder Vermögen habe tragen können. Dies ergebe sich aus den nicht zu widerlegenden Angaben im Feststellungsbogen zu seinen persönlichen Verhältnissen. Bereits seine Heroinabhängigkeit verbiete eine andere Betrachtung. Die unzureichende Amtsermittlung durch die Beklagte dürfe nicht zulasten des Nothelfers gehen. Eine nur zeitanteilige Erstattung der Behandlungskosten komme nicht in Betracht; die von der Beklagten für ihre Rechtsauffassung in Anspruch genommene Entscheidung des BSG (a.a.O.) gebe für den vorliegenden Fall nichts her. Zu Recht sei das Sozialgericht auch davon ausgegangen, dass eine Pflichtversicherung des Hilfebedürftigen gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V nicht bestehe. Denn nach § 5 Abs. 11 SGB V i.V.m. § 4 des FreizügG/EU müssten erwerbsfähige EU-Bürger, die sich nicht wegen Arbeitssuche in Deutschland aufhielten, bei der Einreise und während des Aufenthaltes über einen ausreichenden Krankenversicherungsschutz verfügen. Es lägen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass der Hilfebedürftige zwecks Arbeitssuche nach Deutschland eingereist sei bzw. sich deswegen in Deutschland aufgehalten habe. Im Übrigen habe das Sozialgericht zu Recht ausgeführt, dass eine Abrechnung der Kosten gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse ausscheide, weil der Hilfebedürftige keine Wahl bezüglich der gesetzlichen Krankenkasse getroffen habe. So sei bereits nicht feststellbar, welches die leistungspflichtige Krankenkasse sei. Die Klägerin könne vermeintliche Schadensersatzansprüche gegen den mutmaßlichen Schädiger mangels denkbarer Anspruchsgrundlage nicht ihrerseits verfolgen; § 116 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch - Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz (SGB X) berechtige allenfalls die Beklagte.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitgegenstandes wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichtsakten, die von der Beklagten sowie der Klägerin beigezogenen Verwaltungsakten sowie die Behandlungsakten über den Krankenhausaufenthalt des Hilfebedürftigen. Der Inhalt ist Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen.

Entscheidungsgründe:

I. Die Berufung ist statthaft (§§ 143 f. Sozialgerichtsgesetz (SGG)) und auch im Übrigen zulässig. Sie ist jedoch unbegründet.

Das Sozialgericht hat die Beklagte auf die durch die Klägerin in zulässiger Weise erhobene kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage (§ 54 Abs. 1, 4 i.V.m. § 56 SGG) zu Recht verurteilt, der Klägerin Aufwendungsersatz nach § 25 SGB XII in Höhe von 1.841,44 EUR zu leisten.

Gemäß § 25 SGB XII sind demjenigen, der in einem Eilfall einem Anderen Leistungen erbracht hat, die bei rechtzeitigem Einsetzen von Sozialhilfe nicht zu erbringen gewesen wären, die Aufwendungen in gebotenem Umfang zu erstatten, wenn er sie nicht auf Grund rechtlicher oder sittlicher Pflicht selbst zu tragen hat (Satz 1). Dies gilt nur, wenn die Erstattung innerhalb angemessener Frist beim zuständigen Träger der Sozialhilfe beantragt wird (Satz 2).

1. § 25 SGB XII entspricht bei geringfügigen redaktionellen Änderungen der Vorschrift des am 31.12.2004 außer Kraft getretenen § 121 Bundessozialhilfegesetz (BSHG, vgl. auch BT-Drs. 15/1514, S. 58). Eine inhaltliche Änderung der Tatbestandsvoraussetzungen für einen Vergütungsanspruch (vgl. Bieback in Grube/Wahrendorf, SGB XII, 4. Auflage 2012, § 25 Rn. 21) war nicht beabsichtigt. 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, Urteil vom 19.05.2009, a.a.O.; BVerwG, Urteil vom 31.05.2001 - 5 C 2/00).

2. Es lag zunächst - wie vom Sozialgericht zu Recht angenommen - auch ein Eilfall im Sinne des § 25 SGB XII vor. Auf die zutreffenden Ausführungen des Sozialgerichts in der angefochtenen Entscheidung wird Bezug genommen (§ 153 Abs. 2 SGG).

Zwar ist ein Eilfall nicht allein deshalb anzunehmen, 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 (vgl. etwa BVerwG, Urteil vom 31.05.2001, a.a.O.; LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 26.11. 2009 - L 8 SO 172/07). Im Zeitpunkt der Einlieferung des Hilfebedürftigen am späten Nachmittag des 23.03.2010 (17.56 Uhr) lag danach ein Eilfall vor. Denn zum einen wäre eine Verständigung des zuständigen Leistungsträgers noch am selben Tag nicht mehr möglich gewesen, da die üblichen Bürozeiten bereits verstrichen waren; zum anderen war zugleich die unverzügliche stationäre Aufnahme und Behandlung des Hilfebedürftigen wegen der belegten Schwere der davongetragenen Verletzungen zwingend erforderlich. Zwar hatte der Hilfebedürftige die Verletzungen selbst schon tags zuvor erlitten. Der Umstand, dass er deshalb bereits am Vortag in ein anderes Krankenhaus (L1) stationär aufgenommen gewesen war, ändert jedoch am Fortbestand seiner akuten Behandlungsbedürftigkeit am noch am 23.03.2010 nichts. Sein eigenmächtiges Verlassen des ersten Krankenhauses im Zustand akuter Behandlungsbedürftigkeit hätte vielmehr - bezogen auf den anspruchsbegründenden Eilfall - eine Zäsur allenfalls für den Fall bewirkt, dass durch das Krankenhaus in L1 bereits Aufwendungsersatz geltend gemacht worden wäre; hierfür spricht allerdings - zumal die Beklagte nichts Entsprechendes vorgetragen hat - nichts.

Das Vorliegen eines Eilfalls am Einlieferungstag bedeutet jedoch nicht, dass damit der Krankenhausaufenthalt eines Patienten insgesamt als Eilfall im Sinne des § 25 SGB XII zu behandeln ist. Vielmehr sind die Voraussetzungen nur solange erfüllt, wie es der hilfebedürftigen Person bzw. dem Krankenhausträger nicht möglich oder zumutbar ist, den zuständigen Sozialhilfeträger über den Hilfefall zu unterrichten (vgl. hierzu etwa Bieback a.a.O. Rn. 9/10, 15 m.w.N.; LSG NRW, Urteil vom 13.9.2007 - L 9 SO 8/06; so etwa auch OVG NRW, Urteil vom 30.10.1997 - 8 A 5887/95 = FEVS 48/1998; a.A. OVG NRW, Urteil vom 30.10.1997 - 8 A 5887/95; siehe zum Streitstand auch OVG NRW, Urteil vom 29.11.2001 - 16 A 3477/00). Für sog. "Krankenhausfälle" ist nicht etwa eine andere Betrachtungsweise geboten als für andere Fälle des § 25 SGB XII (vgl. aber etwa Leber, Der sozialhilferechtliche Notfall, Das Krankenhaus 2010, 343 ff.). Bereits der Wortlaut der Vorschrift sieht eine Erstattung nur für solche Leistungen vor, die bei rechtzeitigem Einsetzen von Sozialhilfe nicht zu erbringen gewesen wären. Grundsätzlich setzt mit der Kenntnis des Sozialhilfeträgers dessen Leistungsverpflichtung ein. Der originäre Leistungsanspruch des Hilfebedürftigen und der Anspruch gemäß § 25 SGB XII können jedoch nach der Gesetzessystematik nicht nebeneinander stehen, sondern schließen sich gegenseitig aus (vgl. etwa Piepenstock, a.a.O. Rn. 27, 44; Heinz, Der Erstattungsanspruch des Krankenhausträgers nach Erbringung medizinischer Behandlung im Eilfällen - zu den Anforderungen an aussichtsreiche Anträge auf Kostenerstattung, ZFSH/SGB 2011, 314 ff.: "Nach Kenntnis des Sozialhilfeträgers vom Hilfefall kommt ein Erstattungsanspruch eines helfenden Dritten, abgesehen vom Fall ausdrücklich getroffener Vereinbarungen, nicht in Betracht."). Der Gesetzgeber hat in Kenntnis der sich daraus ergebenden Problematik eine klarstellende Ergänzung der Vorgängervorschrift des § 121 BSHG (um folgenden Satz: "Mit Zustimmung des Leistungsberechtigten sind die Aufwendungen auch für den Zeitraum bis zur Entscheidung über die Gewährung von Sozialhilfe zu erstatten; die Zustimmung wird vermutet, wenn der Leistungsberechtigte die Leistung vor der Entscheidung nicht selbst bei dem zuständigen Träger der Sozialhilfe in Anspruch nimmt") abgelehnt (vgl. zu alledem Piepenstock, a.a.O. Rn. 44). Die Aufspaltung eines "einheitlichen" Behandlungsfalls ist somit gerade Ausdruck der Zielsetzung des Gesetzes. § 25 SGB XII bezweckt lediglich eine Sicherung des Nothelfers, nicht darüber hinausgehend dessen wirtschaftliche Absicherung auch über den Eilfall hinaus (vgl. zu alledem Urteil des Senats vom 12.12.2011 - L 20 AY 4/11; Revision anhängig B 7 AY 2/12 R).

3. Für den vorliegenden Fall kann insoweit allerdings dahinstehen, ob der Eilfall mit dem nächsten Werktag am 24.03.2010 (und nicht, wie vom Sozialgericht angenommen, erst mit Erlangung positiver Kenntnis der Beklagten vom Hilfefall am 29.03.2010) bereits deshalb beendet war, weil die Klägerin am 24.03.2010 der Beklagten Kenntnis vom Hilfefall hätte verschaffen können. Dies ergibt sich aus dem Umstand, dass die Behandlungskosten nach dem DRG-Vergütungssystem abzurechnen sind:

Zwar entspricht allein die Berücksichtigung der bis zur Kenntnis des zuständigen Leistungsträgers und damit bis zur Beendigung des Eilfalls angefallenen Aufwendungen entspricht einem Aufwendungsersatz gemäß § 25 S. 1 SGB XII im gebotenen Umfang. Der Nothelfer hat nur Anspruch auf Erstattung der Aufwendungen, die er vor Kenntnis des Sozialhilfeträgers von der Notlage erbracht hat (Bieback, a.a.O., Rn. 22). Der Wortlaut des Gesetzes stellt zudem auf die (tatsächlich) erbrachten Leistungen ab. Der Anspruch ist daher auch insoweit begrenzt, als nicht mehr erstattet werden kann, als der Leistungsträger selbst bei Kenntnis der Notlage erbracht hätte. Zudem erhält der Nothelfer nicht mehr, als er an Hilfe gewährt hat (vgl. hierzu Schoch in LPK-SGB XII, a.a.O., § 25 SGB XII Rn. 16). Der vom Gesetzgeber verwandte unbestimmte Rechtsbegriff "Aufwendungen in gebotenem Umfang" ist gerichtlich in vollem Umfang überprüfbar (so etwa Heinz, a.a.O.).

Entsprechen die Leistungen der Krankenhilfe gemäß § 48 SGB XII den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 52 SGB XII), bestimmt sich auch der Aufwendungsersatz eines Krankenhauses gemäß § 25 SGB XII aus systematischen Gründen sowie Praktikabilitätserwägungen grundsätzlich nach den für zugelassene Krankenhäuser nach § 108 SGB V geltenden Vergütungsregelungen.

Der Vergütungsanspruch des (zugelassenen) Krankenhauses ergibt sich gegenüber einer Krankenkasse - bei einem Versicherten - gemäß § 109 Abs. 4 S. 3 SGB V nach Maßgabe des KHG, des KHEntgG und der Bundespflegesatzverordnung (BPflV). Dabei ist für die Klägerin hier eine Pflegesatzvereinbarung fußend auf den Regelungen des KHG und des KHEntgG einschlägig, weil das von der Klägerin betriebene Krankenhaus in das DRG-Vergütungssystem einbezogen ist (§ 1 BPflV). Abzurechnen ist daher auch gegenüber dem Sozialhilfeträger - wie gegenüber Krankenkassen - nach Maßgabe des jeweils gültigen Fallpauschalenkatalogs (hier 2010 - vgl. auch § 17b KHG).

Eine hiervon abweichende Bestimmung der Aufwendungen im gebotenen Umfang gemäß § 25 S. 2 SGB XII ist schon aus

Praktikabilitätsgründen nicht geboten. Zwar geht es insoweit nicht um originäre Vergütungsansprüche des Krankenhauses, sondern nach der gesetzlichen Konzeption des Nothelferanspruchs um eine spezielle sozialhilferechtliche Form der Geschäftsführung ohne Auftrag (BSG, Beschluss vom 11.06.2008 - B 8 SO 45/07 B; vgl. etwa auch BVerwG, Urteil vom 27.01.1971 - V C 74.70). Der Nothelfer kann mithin zumindest gleich einem Beauftragten Ersatz seiner Aufwendungen verlangen (vgl. dazu § 683 S. 1 i.V.m. § 670 BGB bzw. § 684 S. 2 BGB). Wird ein Nothelfer - wie hier die Klägerin - in ihrem eigentlichen wirtschaftlichen Betätigungsfeld und ihrer gleichsam institutionellen Bedeutung wegen nicht nur im Einzelfall tätig, erscheint es sachgerecht, den Aufwendungsersatz an dem eigentlichen wirtschaftlichen Wert der erbrachten Leistung zu orientieren, diesen also für geboten im Sinne des Gesetzes zu halten. Im zivilrechtlichen Auftragsrecht ggf. denkbare Einschränkungen des Aufwendungsersatzes (vgl. etwa Hönn in jurisPK-BGB, 5. Auflage 2010, § 670 Rn. 6) erscheinen insoweit angesichts der Zielrichtung des § 25 SGB XII nicht sachgerecht (vgl. zu alledem bereits Urteil des Senats vom 12.12.2011, a.a.O.).

Ausgehend von diesen Maßgaben hat das Sozialgericht die Beklagte im Ergebnis zu Recht verurteilt, der Klägerin einen Betrag von 1.841,44 EUR zu erstatten.

Nach dem Grundsatz, dass nach Kenntnisnahme des zuständigen Leistungsträgers von dem Hilfefall kein Nothelferanspruch mehr, sondern nur noch der Anspruch des Hilfebedürftigen (hier gemäß § 48 SGB XII) besteht, ergibt sich vorliegend ein Anspruch gemäß § 25 SGB XII für die im Zeitraum bis zum 24.03.2009 (der Kenntniserlangung durch die Beklagte) bereits abrechenbaren Leistungen. Darüber hinausgehende, erst später abrechenbare Leistungen sind hingegen nicht von dem Aufwendungsersatzanspruch erfasst.

Daraus folgt hinsichtlich der einzelnen mit der vorgelegten Endrechnung geltend gemachten Rechnungsposten, dass neben der Fallpauschale nach DRG B79Z (1.768,85 EUR), deren Voraussetzungen ersichtlich erfüllt sind, auch der DRG-Systemzuschlag nach § 17 b Abs. 5 KHG für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall in Höhe von 0,99 EUR zu erstatten ist, ferner die Zuschläge für die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139a i.V.m. § 139c SGB V in Höhe von 0,99 EUR und für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 i.V.m. § 139c SGB V in Höhe von 0,87 EUR sowie der krankenhausindividuelle Ausbildungszuschlag gem. § 7 Ziffer 4 KHEntgG i.V. mit § 17 a und b KHG (ebenfalls pauschaliert und zusätzlich je voll- und teilstationären Fall erhoben) in Höhe von (jedenfalls) 69,74 EUR. Dies ergibt die - vom Sozialgericht der Klägerin zugesprochene - Summe von 1.841,44 EUR.

Die Voraussetzungen für Abschläge gemäß § 1 Abs. 3 der Fallpauschalenvereinbarung 2010 liegen nicht vor. Zwar ist danach ein Abschlag von der Fallpauschale für die bis zur unteren Grenzverweildauer nicht erbrachten Belegungstage einschließlich des im Fallpauschalen-Katalog ausgewiesenen ersten Tages mit Abschlag vorzunehmen, wenn die Verweildauer von nicht verlegten Patientinnen oder Patienten kürzer als die untere Grenzverweildauer ist. Die untere Grenzverweildauer beträgt für die DRG B79Z jedoch einen Tag, der erste Tag mit Abschlag 0 Tage. Diese untere Grenzverweildauer wurde bei der Behandlung des Hilfebedürftigen durch die Klägerin deshalb nicht unterschritten. Der Senat kann daher offen lassen, ob für Abschläge vergleichbare rechtliche Überlegungen anzustellen sind wie für Zuschläge bei Überschreiten der oberen Grenzverweildauer (vgl. hierzu Urteil des Senats vom 12.12.2011, a.a.O.).

Für die genannten Rechnungsposten gilt, dass die dahinter stehenden Ansprüche bereits mit der Aufnahme des Hilfebedürftigen in das Krankenhaus (dem sog. Krankenhausfall) entstanden; sie sind deshalb in vollem Umfang als erstattungsfähige Aufwendungen zu berücksichtigen. Eine Aufteilung dieser gesamten Behandlungskosten pro rata temporis, also tagesgenau und -anteilig bis zur Kenntniserlangung des Leistungsträgers abgerechnet - und hier damit auf einen Tag beschränkt -, scheidet aus (vgl. auch SG Aachen, Urteil vom 11.11.2008 - S 20 SO 73/07; Leber a.a.O.; Bieback, a.a.O., Rn. 22).

Dies ergibt sich nach Ansicht des Senats unter Berücksichtigung der (Abrechnungs-) Bestimmungen der vorliegend einschlägigen Fallpauschalenvereinbarung 2010. Insoweit gilt nichts Anderes als unter Geltung der Fallpauschalenvereinbarung 2009 (vgl. zu letzterer eingehend Urteil des Senats vom 12.12.2011, a.a.O.).

Diese sehen nämlich vor, dass die Fallpauschalen von dem jeweiligen Krankenhaus nach dem am Tag der voll- oder teilstationären Aufnahme geltenden Fallpauschalen-Katalog und den dazugehörigen Abrechnungsregeln abgerechnet werden (§ 1 Abs. 1 Satz 1). Soweit die Krankenhausbehandlung als Fallpauschale nach dem DRG-Vergütungssystem abgerechnet wird, stellt sich grundsätzlich die gesamte - von der Fallpauschale erfasste - Behandlung als Einheit und der daraus resultierende Kostenanspruch des Krankenhauses als unteilbarer Anspruch dar. Dieser Anspruch auf die Vergütung mit der einschlägigen Fallpauschale stand hier dem Grunde nach bereits mit dem Tag der Aufnahme in das Krankenhaus fest.

Bestimmt § 9 S. 1 der nach § 17b KHG und § 9 KHEntgG getroffenen Fallpauschalenvereinbarung 2010, dass bei Fallpauschalenpatienten im Falle eines Zuständigkeitswechsels des Kostenträgers während der stationären Behandlung der gesamte Krankenhausfall mit dem Kostenträger abgerechnet wird, der am Tag der Aufnahme leistungspflichtig ist, besteht für die hier gegebene Konstellation keine Veranlassung, von der darin ebenfalls zum Ausdruck kommenden Grundregel - der Abrechnung der Fallpauschale gegenüber dem Leistungspflichtigen bei Aufnahme - abzuweichen (im Ergebnis ebenso SG Aachen, a.a.O.; Leber, a.a.O. m.w.N. und Schwarz, a.a.O.). Nur diese Lesart des § 25 S. 2 SGB XII ("in gebotenem Umfang") wird - wie bereits vom Sozialgericht ausgeführt - dem Umstand gerecht, dass bei rechtzeitiger Kenntnis des Hilfefalls derselbe Leistungsträger dem SGB V und den insoweit geltenden Vergütungsregelungen entsprechende Leistungen erbracht bzw. vergütet hätte. Dabei ist die Regelung des § 9 der Fallpauschalenverordnung 2010 ohnehin nur eingeschränkt anwendbar, da ein Fall eines Zuständigkeitswechsels im eigentlichen Sinne nicht vorliegt. Lediglich der Anspruchsinhaber wird für den Fall, dass der Eilfall mit Kenntniserlangung des Leistungsträgers vom Hilfefall endet und der Hilfebedürftige seine Ansprüche verfolgt, ausgetauscht.

Es erscheint hingegen nicht sachgerecht, Fallpauschalen einerseits zur Bestimmung der Gesamtvergütung und damit auch des Erstattungsanspruchs des Nothelfers heranzuziehen, andererseits jedoch die so ermittelte Vergütung nach abgerechneten Krankenhaustagen aufzuteilen (in diesem Sinne aber wohl SG Köln, Urteil vom 16.12.2010 - S 35 SO 135/10). Im Regelfall besteht für eine solche Aufteilung auch keine Veranlassung, ist der zuständige Leistungsträger doch regelmäßig gegenüber dem Hilfebedürftigen ohnehin verpflichtet, nach Kenntnis vom Hilfefall für die (restlichen) Kosten einzutreten. Die für die Leistungsträger ggf. wirtschaftlich bedeutenden Fälle, in denen der Träger auf eine finanzielle Entlastung dadurch hofft, dass der Hilfebedürftige seinen Anspruch auf Leistungen für Krankenhausbehandlung etwa deshalb nicht verfolgt, weil er - wie es z.B. bei Nichtsesshaften oder Personen wie dem Hilfebedürftigen mit

unsteter Lebensführung im Drogenmilieu häufiger der Fall sein dürfte - nach Beendigung der stationären Behandlung kein Interesse an der Verfolgung seiner Hilfeansprüche hat, rechtfertigen eine abweichende, auch Praktikabilitätsgesichtspunkte vernachlässigende Beurteilung des Regelfalls nicht.

Der Senat hat ebenfalls bereits entschieden (Urteil vom 12.12.2011, a.a.O.), dass die Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 19.9.2007 - B 1 KR 39/06 R), nach der eine Aufteilung von Fallpauschalen im Erstattungsverfahren bei einem Wechsel der zuständigen Leistungsträger im Laufe der abgerechneten Behandlung pro rata temporis möglich und notwendig ist, nicht einschlägig ist und für die hier vorliegende Fallgestaltung nichts hergibt (SG Aachen, a.a.O.; Leber, a.a.O m.w.N.). Denn die vom BSG insoweit entschiedene Rechtsfrage ist mit der hier einschlägigen Problematik nicht vergleichbar. Es geht hier gerade nicht um die Frage der nachträglichen Aufteilung der Kosten zwischen zwei für den "Leistungsfall" zuständigen Trägern, sondern um die "originäre" Leistungsverpflichtung für die Erstattung der Aufwendungen eines Nothelfers.

4. Ein Anspruch der Klägerin ist auch nicht etwa ausgeschlossen, weil gegenüber dem Hilfebedürftigen keine (hypothetische) Leistungspflicht eines Sozialhilfeträgers bestanden hätte. Der Hilfebedürftige hätte vielmehr gegen die Beklagte selbst Anspruch auf Hilfe bei Krankheit (§ 48 SGB XII) gehabt, sofern die Beklagte vom Hilfefall Kenntnis erhalten hätte.

a) Der Hilfebedürftige war jedenfalls im streitigen Zeitraum nicht pflichtversichert in der gesetzlichen Krankenversicherung. Auch eine freiwillige (gesetzliche) oder eine private Krankenversicherung lagen nicht vor.

Insbesondere bestand keine Versicherungspflicht des Hilfebedürftigen gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 13 b) SGB V. Danach sind versicherungspflichtig Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in Absatz 5 oder den in § 6 Abs. 1 oder 2 genannten Personen gehören oder bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten.

War der Hilfebedürftige nach seinen Angaben gegenüber der Klägerin bisher in der Bundesrepublik Deutschland weder gesetzlich noch privat krankenversichert (und kann nach allem, was über seinen Voraufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland auch im Übrigen bekannt geworden ist, eine anderweitige Pflichtversicherung ohnehin ausgeschlossen werden), greift in seinem Fall jedenfalls der Ausschlusstatbestand des § 5 Abs. 11 S. 2 SGB V. Danach werden Angehörige eines anderen Mitgliedstaates der Europäischen Union, Angehörige eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder Staatsangehörige der Schweiz von der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 13 nicht erfasst, wenn die Voraussetzung für die Wohnortnahme in Deutschland die Existenz eines Krankenversicherungsschutzes nach § 4 FreizügG/EU ist. Nach der letztgenannten Vorschrift wiederum haben nicht erwerbstätige Unionsbürger, ihre Familienangehörigen und ihre Lebenspartner, die den Unionsbürger begleiten oder ihm nachziehen, das Recht nach § 2 Abs. 1 FreizügG/EU, wenn sie über ausreichenden Krankenversicherungsschutz und ausreichende Existenzmittel verfügen.

Diese Voraussetzungen sind nicht erfüllt. Der Senat ist davon überzeugt, dass der Hilfebedürftige nicht erwerbstätig war. Dies ergibt sich nicht zuletzt aus seinen eigenen Angaben gegenüber der Klägerin sowie aus seinen gesamten aktenkundigen Lebensumständen. Der Hilfebedürftige war bereits seit geraumer Zeit nicht mehr in Deutschland gemeldet. Er war zudem heroinabhängig. Seine Angaben zur Sicherung des Lebensunterhalts werden hinsichtlich der eingeräumten (Beschaffungs-) Straftaten durch die aktenkundigen Strafvollstreckungshaftbefehle belegt. Es fehlt bei dieser Sachlage (insbesondere der fehlenden einwohnermelderechtlichen Meldung) jeglicher Anhaltspunkt für das Vorliegen eines der (Freizügigkeits-) Tatbestände des § 2 Abs. 1 FreizügG/EU. Der Hilfebedürftige war insbesondere ersichtlich nicht als Arbeitnehmer und Auszubildender tätig; er hielt sich ebenso nicht zur Arbeitsuche in Deutschland auf. Soweit die Beklagte die Auffassung vertritt, ein anderer Zweck des Aufenthalts als der der Arbeitssuche sei nicht vorstellbar, folgt der Senat dem nicht. Es handelt sich insoweit um einer reine Mutmaßung der Beklagten, für die jeder tatsächliche Anhaltspunkt fehlt; angesichts des Gesamtbildes erscheint vielmehr die Annahme eines Aufenthalts des Hilfebedürftigen in Deutschland zur Arbeitssuche gerade nicht möglich. Nachdem er ausweislich des polnischen Haftbefehls in seinem Heimatland bereits strafrechtlich in Erscheinung getreten war, erscheint ein Verbleib in Deutschland (und zudem in der Anonymität einer Großstadt) mehr als plausibel, der keinerlei Bezug zum Arbeitsmarkt aufweist, sondern in erster Linie durch die Beschaffungsnotwendigkeiten seiner Heroinabhängigkeit bestimmt ist.

Der Senat geht deshalb insgesamt davon aus, dass beim Hilfebedürftigen ein ausreichender Krankenversicherungsschutz (auch nicht etwa durch Aufrechterhaltung eines polnischen Versicherungsschutzes) sowie ausreichende Existenzmittel im Sinne des § 4 FreizügG/EU nicht existierten.

Liegen die Voraussetzungen für eine Pflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung damit nicht vor, bedarf es von vornherein keiner Entscheidung zur Frage, ob die Nichtausübung des Wahlrechts (einer Krankenkasse) durch den Hilfebedürftigen dazu führt, dass eine Versicherungspflicht nicht vollzogen werden kann und gleichwohl (wie vom Sozialgericht angenommen) ein Anspruch des Krankenhauses gegen den Sozialhilfeträger in Betracht kommt. Der Senat weist insoweit allerdings (ohne dass sich dies im vorliegenden Fall auswirkt) darauf hin, dass bei einer (anders als hier) bestehenden Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 b) SGB V die gänzlich unproblematische Ausübung des Wahlrechts vorrangige und ohne Weiteres durchsetzbare Ansprüche gegen die gesetzliche Krankenkasse (als "bereite Mittel") zur Verfügung stellen würde und deshalb gegen eine Leistungspflicht des Sozialhilfeträgers nach § 25 SGB XII sprechen dürfte.

b) Der Hilfebedürftige verfügte über kein hinreichendes, seine Hilfebedürftigkeit beseitigendes Einkommen oder Vermögen. Auch insoweit fehlen jedwede Anhaltspunkte dafür, dass im betroffenen Zeitraum überhaupt nennenswerte Einkünfte und Vermögen vorhanden gewesen sein könnten. Der Senat entnimmt vielmehr den ersichtlichen Lebensumständen des Hilfebedürftigen und dessen damit übereinstimmenden Angaben gegenüber der Klägerin zur "Feststellung der persönlichen Daten zum Antrag auf Übernahme der stationären Behandlungskosten aus Sozialhilfemitteln (§ 48 SGB XII)", dass ihm gerade keinerlei einsatzpflichtiges Einkommen oder Vermögen zur Verfügung stand.

5. Der Anspruch der Klägerin ist auch nicht etwa deswegen ausgeschlossen, weil für sie eine rechtliche oder sittliche Pflicht bestanden hätte, die Leistungen ohnehin, d.h. unentgeltlich, gegenüber dem Hilfebedürftigen zu erbringen (vgl. § 25 S. 1 SGB XII).

Eine solche Verpflichtung ist insbesondere nicht dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder anderen damit im Zusammenhang stehenden Vorschriften zu entnehmen (Bieback, a.a.O. Rn. 26). Ebenso kann - wie auch bei

"privaten" Nothelfern - aus einer möglicherweise strafrechtlichen Relevanz einer Nichtbehandlung durch die Mitarbeiter der Klägerin (z.B. § 323c Strafgesetzbuch) nicht gefolgert werden, dass die Tätigkeiten auch unentgeltlich hätten erfolgen müssen. Der gesetzliche Auftrag der Krankenhäuser, wonach Kranke aufzunehmen und zu behandeln sind, vermittelt keine rechtliche Pflicht zur unentgeltlichen Behandlung (Heinz, a.a.O.).

6. Schließlich ist auch dem Tatbestandsmerkmal "Beantragung der Erstattung in angemessener Frist" im Sinne des § 25 S. 2 SGB XII Genüge getan. Dabei genügt ohnehin auch die vorsorgliche Anmeldung des Anspruchs bereits vom 29.03.2009 der Fristwahrung (vgl. Urteil des Senats vom 25.02.2008 - L 20 SO 63/07; darauf verweisend Schwarz, Erstattung von Behandlungskosten nach der Eilfallregelung des § 25 SGB XII, Das Krankenhaus 2009, 1022, 1026).

II. Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Abs. 1 S. 1 SGG (vgl. BSG, Urteil vom 19.05.2009, a.a.O.).

III. Die Revision wird zugelassen, weil die Rechtssache zahlreiche grundsätzlich bedeutsame (§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG), höchstrichterlich nicht geklärte, aber klärungsbedürftige Rechtsfragen aufwirft.
Rechtskraft
Aus
Login
NRW
Saved
2015-04-13