

L 20 SO 411/12

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Sozialhilfe
Abteilung
20
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 30 SO 274/10
Datum
27.09.2012
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 20 SO 411/12
Datum
25.08.2014
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 8 SO 23/14 R
Datum
19.05.0015
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1.
Steht bei einer stationären Notfallbehandlung bereits bei Einsetzen der Hilfeleistung fest, wo der Hilfeempfänger seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat, so ist der dortige Sozialhilfeträger für Leistungen nach [§ 25 SGB XII](#) gemäß [§ 98 Abs. 2 S. 1 SGB XII](#) örtlich zuständig. Eine Zuständigkeit des Trägers am Ort des tatsächlichen Aufenthalts (also am Ort der Behandlung) nach [§ 98 Abs. 2 S. 3](#) Var. 3 SGB XII kommt nicht in Betracht.

2.
Wird der zuständige Sozialhilfeträger von einer stationären Notfallbehandlung nicht unverzüglich nach Eintritt seiner Dienstbereitschaft informiert, obwohl sich nach den Umständen des Falles geradezu aufdrängt, dass für den Hilfeempfänger eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall nicht besteht, so lässt dies den Eilfall nur ex nunc (ab Erreichbarkeit des Trägers), nicht aber ex tunc (ab Behandlungsaufnahme) entfallen.

3.
Eine zeitanteilige Aufteilung bereits bei Behandlungsbeginn angefallener DRG-Fallpauschalen ist auch dann nicht vorzunehmen, wenn der Eilfall im Laufe der stationären Notfallbehandlung entfällt (anders erwogen von BSG, Urteil vom 23.08.2013 - [B 8 SO 19/12 R](#) Rn. 29).
Bemerkung

Die Klägerin hat die Klage zurückgenommen

Auf die Berufung der Klägerin wird das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 27.09.2012 geändert und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 28.05.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17.05.2010 verurteilt, an die Klägerin 15.349,63 EUR zu zahlen. Die Beklagte trägt die notwendigen außergerichtlichen Kosten der Klägerin in beiden Rechtszügen. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Übernahme der Kosten für eine stationäre Krankenhausbehandlung des Patienten S (S) im Zeitraum 24.11. bis 19.12.2007.

Die Klägerin behandelte im Zeitraum vom 24.11. bis zum 19.12.2007 den in E wohnhaften polnischen Staatsangehörigen S. Am 24.11.2007 (Samstag) hatte er sich beim Anzünden eines Kamins Verbrennungen 2. Grades im Umfang von 16 Prozent der Körperoberfläche im Bereich des Gesichts, beider Oberschenkel sowie des rechten Arms zugezogen und war noch am selben Tag gegen 23.00 Uhr vom Evangelischen Krankenhaus E aus in die Brandverletzten-Abteilung der Klägerin als Notfall verlegt worden. Zum Zeitpunkt der Aufnahme bei der Klägerin war S sediert und intubiert. Auf Grund der erforderlichen Behandlung berechnete die Klägerin die ihr entstandenen Kosten nach der Fallpauschale (Diagnosis Related Group - DRG) Y02A (Andere Verbrennungen mit Hauttransplantation mit äußerst schweren oder schweren CC oder komplizierender Diagnose oder Prozedur oder Alter)64 Jahre, oder mit Dialyse oder Beatmung)24 Stunden) in Höhe von 15.349,63 EUR.

Am 03.12.2007 sprach der Bruder des S, Herr S S, zusammen mit dem Zeugen H bei der Klägerin vor und erklärte, S sei nicht krankenversichert. Die Klägerin versuchte daraufhin, einen auf den Aufnahmetag datierten, von S unterschriebenen formlosen Antrag auf Leistungen nach dem SGB II zur Sicherung des Lebensunterhaltes und des Krankenversicherungsschutzes per Fax an die Agentur für Arbeit E zu übermitteln. Da die Übermittlung technisch nicht möglich war, wurde ein entsprechender Antrag per E-Mail übersandt. Am selben Tag informierte die Klägerin darüber hinaus per Fax die Beigeladene zu 2 und bat um Kostenübernahme. Am 04.12.2007 zeigte der von S bevollmächtigte Bruder für S die Pflichtversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) bei der Beigeladenen zu 1 ab dem 01.04.2007 an. Gleichzeitig legte er dort Erklärungen vor, wonach er - der Bruder - für die monatlichen Unterkunftskosten des S sowie dessen Schwester,

Frau B Q, für die Verpflegung des S aufkomme. Am 07.12.2007 wurde nach Aktenlage außerdem ein Antrag auf Kostenübernahme für die stationäre Behandlung des S bei der Beklagten gestellt, der am 12.12.2007 per Post versandt wurde; dieser ist jedoch bei der Beklagten nicht eingegangen.

Mit Bescheid vom 10.12.2008 lehnte die Beigeladene zu 2 den Antrag der Klägerin auf Übernahme der Kosten für die stationäre Behandlung des S wegen örtlicher Unzuständigkeit ab. S habe zum Zeitpunkt der Aufnahme seinen gewöhnlichen Aufenthalt in E gehabt. Den hiergegen erhobenen Widerspruch der Klägerin wies die Beigeladene zu 2 mit Widerspruchsbescheid vom 25.02.2009 aus den Gründen des Ausgangsbescheides als unbegründet zurück. Klage wurde diesbezüglich nicht erhoben.

Die Beigeladene zu 1 lehnte überdies mit Bescheid vom 04.02.2009 eine Auffangversicherung des S nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) ab dem 01.04.2007 gegenüber S ab, weil dieser über einen anderweitigen Anspruch verfüge. Zuvor hatte die Ausländerbehörde der Stadt E bescheinigt, dass es sich bei S um einen Staatsbürger eines EU-/EWR-Staates handle, für den das Recht auf Einreise und Aufenthalt nach dem FreizügG/EU gegeben sei. Er müsse für dieses Recht auf Einreise und Aufenthalt über einen ausreichenden Krankenversicherungsschutz und ausreichende Existenzmittel verfügen. Gegen diesen Bescheid erhob S Widerspruch. Hierzu übersandte die Klägerin an die Beigeladene zu 1 eine Bescheinigung des Nationalen Gesundheitsfonds (NFZ) in Polen vom 01.09.2009, wonach S im zentralen Register versicherter Personen beim NFZ nicht verzeichnet sei und daher eine Krankenversicherung nicht bestätigt werden könne. Zudem wurde eine korrigierte Bescheinigung der Ausländerbehörde vom 17.03.2010 zu den Akten gereicht, wonach S für sein Recht auf Einreise und Aufenthalt nicht über einen Krankenversicherungsschutz verfügen müsse. Mit Widerspruchsbescheid vom 30.05.2012 wies die Beigeladene zu 1 den Widerspruch des S zurück. Dem S sei bislang keine Arbeitserlaubnis erteilt worden. Er falle daher weiterhin unter § 4 FreizügG/EU und sei somit von einer Krankenversicherungspflicht ausgeschlossen. Gegen diese Entscheidung wurde nicht Klage erhoben.

Mit Schreiben vom 16.04.2009 wandte sich die Klägerin an die Beklagte und erinnerte an die Bescheidung ihres Antrags vom 07.12.2007. Mit Bescheid vom 28.05.2009 lehnte die Beklagte den Antrag ab. Zur Begründung führte sie aus, es sei nicht ersichtlich, dass für S ein Krankenversicherungsschutz nicht bestanden habe. EU-Bürger könnten sich seit dem 01.05.2004 bei dem NFZ versichern lassen. Falls keine Versicherung beim NFZ bestanden habe, so greife jedenfalls eine Pflichtversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#). Die Behandlung sei der Beklagten zudem erst nach deren Ende, nämlich am 22.04.2009, bekannt geworden. Eine rückwirkende Sozialhilfegewährung komme daher nicht in Betracht. Den hiergegen erhobenen Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 17.05.2010 als unbegründet zurück. S habe der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) unterlegen. Der Ausschluss nach [§ 5 Abs. 11 SGB V](#) greife nicht, weil S entgegen der Auskunft der Ausländerbehörde nicht verpflichtet gewesen sei, zur Wohnortnahme in Deutschland über einen Krankenversicherungsschutz zu verfügen.

Am 16.06.2010 hat die Klägerin beim Sozialgericht Düsseldorf Klage erhoben. Ein Krankenversicherungsschutz nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) bestehe nach Auffassung der Beigeladenen zu 1 nicht. Sollte jedoch ein Anspruch gegen die Beklagte nicht bestehen, so sei die Beigeladene zu 1 (als - nach Auffassung der Klägerin - zuständiger Krankenversicherungsträger) zahlungspflichtig.

Mit Beschluss vom 21.08.2012 hat das Sozialgericht die AOK Rheinland/Hamburg zu dem Verfahren notwendig beigeladen.

Die Klägerin hat beantragt,

den Bescheid der Beklagten vom 28.05.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17.05.2010 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 15.359,63 EUR nebst fünf Prozent Zinsen über dem Basiszinssatz ab Rechtshängigkeit zu zahlen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat ausgeführt, zwar sei es möglich, dass ein Anspruch der Klägerin nach [§ 25 SGB XII](#) bestehe. Die Hilfebedürftigkeit des S im Zeitpunkt des Eilfalls sei aber nicht hinreichend nachgewiesen.

Die Beigeladene zu 1 hat keinen Antrag gestellt.

Mit Urteil vom 27.09.2012 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Die Klägerin habe den Antrag auf Kostenerstattung nicht innerhalb der nach [§ 25 S. 2 SGB XII](#) angemessenen Frist gestellt. Auf die Hilfebedürftigkeit des S komme es daher nicht an. Der Antrag sei erst am 22.04.2009 und damit etwa eineinhalb Jahre nach der Behandlung des S bei der Beklagten eingegangen. Bereits ein Antrag ein Jahr nach Behandlungsbeginn sei nicht mehr als angemessen anzusehen.

Gegen dieses Urteil hat die Klägerin am 25.10.2012 Berufung eingelegt. Zumindest sei ein Antrag am 03.12.2007 bei der Beigeladenen zu 2 gestellt worden. Diese sei zwar der örtlich unzuständige Sozialhilfeträger gewesen. Die Antragstellung beim unzuständigen Träger reiche jedoch nach [§ 16 Abs. 2 S. 2 SGB I](#) zur Fristwahrung aus. S sei zudem bedürftig gewesen. Hilfsweise bestehe ein Anspruch gegen die Beigeladene zu 1, weil die Voraussetzungen des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) bei S erfüllt gewesen seien.

Sie beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 27.09.2012 abzuändern und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 28.05.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17.05.2010 zu verurteilen, der Klägerin 15.349,63 EUR zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie meint, der Klägerin sei es verwehrt, sich auf [§ 16 Abs. 2 S. 1 SGB I](#) zu berufen. Ein Anspruch nach [§ 25 SGB XII](#) sei kein Leistungs-

sondern ein Aufwendungsersatzanspruch, für den die Regelung nicht gelte. Zudem sei [§ 16 SGB I](#) nur für Bürger, nicht aber auch für ein Krankenhaus mit entsprechend qualifizierter Verwaltung anwendbar. Aber selbst wenn der Antrag der Klägerin durch die Antragstellung bei der Beigeladenen als fristgerecht anzusehen sein sollte, so sei jedenfalls die Hilfebedürftigkeit des S nicht nachgewiesen.

Die Beigeladene zu 1 stellt keinen Antrag.

Sie hält den erstmals im Berufungsverfahren gestellten Antrag, sie zur Leistung zu verurteilen, bereits für unzulässig. Einer entsprechenden Klageänderung widerspreche sie ausdrücklich. Zudem sei die Klage eines Krankenhausträgers gegenüber einer Krankenversicherung eine Leistungsklage im Gleichordnungsverhältnis; hierfür seien aber die für den Bereich der Krankenversicherung zuständigen Kammern bzw. Senate der Sozialgerichtsbarkeit zuständig. Ein Anspruch bestehe ohnehin in materieller Hinsicht nicht. Denn der Vergütungsanspruch des Krankenhauses korrespondiere mit dem Sachleistungsanspruch des Versicherten. Es sei aber bestandskräftig festgestellt, dass S nicht bei der Beigeladenen zu 1 versichert gewesen sei. Diese Bestandskraft nach [§ 77 SGG](#) müsse sich auch die Klägerin entgegenhalten lassen. Zudem habe eine Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) nicht bestanden. Für die Länder, die zum 01.05.2004 der Europäischen Union beigetreten seien, habe Deutschland von seinem Recht Gebrauch gemacht, die Freizügigkeit einzuschränken. Diese Beschränkung habe bis zum 30.04.2011 auch für Polen bestanden, dessen Staatsangehörige bis zu diesem Zeitpunkt nach [§ 4 FreizügG/EU](#) zu behandeln gewesen seien. Für diesen Personenkreis habe auf Grund des [§ 5 Abs. 11 SGB V](#) eine Pflichtversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) nicht bestanden. Arbeitnehmer aus Polen hätten in diesem Zeitraum nur dann Freizügigkeit genossen, wenn eine Arbeitserlaubnis-EU für sie erteilt worden sei.

Der Senat hat eine Auskunft der Bundesagentur für Arbeit - Zentrale Auslands- und Fachvermittlung - vom 25.11.2013 eingeholt. Danach liegen dort für den Zeitraum ab 2006 für S keine Daten oder Unterlagen über die Erteilung einer Arbeitsgenehmigung vor.

Mit Beschluss vom 12.02.2014 hat der Senat die Stadt Gelsenkirchen zum Verfahren notwendig beigeladen, weil sie - abhängig von der anzuwendenden Vorschrift - als Leistungspflichtige in Betracht komme.

Die Beigeladene zu 2 stellt ebenfalls keinen Antrag.

Sie meint, örtlich zuständig sei derjenige Träger der Sozialhilfe, in dessen Bezirk S seinen gewöhnlichen Aufenthalt gehabt habe. Zum Zeitpunkt der Antragstellung am 03.12.2007 habe bereits kein Eilfall mehr vorgelegen. Ein Anspruch bestehe auch nicht für die gesamte Dauer der Behandlung. Die Voraussetzungen eines Eilfalls seien nur so lange erfüllt, wie es dem Krankenhausträger nicht möglich gewesen sei, den Sozialhilfeträger über den Hilfefall zu unterrichten. Schließlich stehe einer Verurteilung der Beigeladenen zu 2 die bestandskräftige Entscheidung über den Antrag der Klägerin vom 25.02.2009 entgegen.

Der Senat hat Beweis erhoben durch Vernehmung des S, des Herrn S S sowie des Herrn H. Hinsichtlich des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf das Protokoll der mündlichen Verhandlung verwiesen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichtsakte und der beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten, der Klägerin, der Beigeladenen zu 1 sowie der von der Klägerin über S geführten Patientenakten. Der Inhalt ist Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen.

Entscheidungsgründe:

Die nach [§ 144 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGG](#) statthafte und auch im Übrigen zulässige Berufung ist begründet. Die Klägerin hat gegenüber der Beklagten einen Anspruch auf Aufwendungsersatz der bei ihr für die Behandlung des S angefallenen Kosten als Nothelferin nach [§ 25 SGB XII](#).

I. Gegenstand des Verfahrens ist der Bescheid vom 28.05.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17.05.2010, mit dem es die Beklagte abgelehnt hat, die Kosten für die stationäre Krankenhausbehandlung des S im Zeitraum 24.11. bis 19.12.2007 in Höhe von 15.349,63 EUR zu übernehmen. Gegen diesen wendet sich die Klägerin mit ihrer zulässigen kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage ([§ 54 Abs. 1 und 4 SGG](#) i.V.m. [§ 56 SGG](#)).

1. Richtiger Klagegegner im Sinne von [§ 70 Nr. 1 SGG](#) ist die Stadt E als die den Bescheid erlassende Stelle.

2. Die Beklagte war auch örtlich zuständig. Das Bundessozialgericht hat bislang offen gelassen, ob in den Fällen der Nothilfe sich die örtliche Zuständigkeit nach [§ 98 Abs. 2 S. 1 SGB XII](#) (also nach dem gewöhnlichen Aufenthalt des Hilfebedürftigen) richtet, oder ob wegen eines Eilfalls sein tatsächlicher Aufenthalt während der Nothilfemaßnahme maßgeblich ist (vgl. BSG, Urteile vom 23.08.2013 - [B 8 SO 19/12 R](#) Rn. 13 sowie vom 12.12.2013 - [B 8 SO 13/12 R](#) Rn. 12; ferner Beschluss vom 13.02.2014 - [B 8 SO 58/13 B](#) Rn. 9). Das Bundesverwaltungsgericht hatte für den Fall einer mehrfachen Verlegung eines Patienten über die örtlichen Zuständigkeitsgrenzen der Sozialhilfeträger hinaus die Vorgängervorschrift des [§ 98 Abs. 2 S. 3 SGB XII](#), [§ 97 Abs. 2 S. 3 BSHG](#), für anwendbar gehalten und so den Sozialhilfeträger am Krankenhausort als Ort des tatsächlichen Aufenthalts für zuständig erklärt (vgl. BVerwGE, Urteil vom 14.06.2001 - [V C 21/00](#)). Dem hat sich auch die Literatur teilweise angeschlossen (vgl. Böttiger in jurisPK-SGB XII, [§ 106 SGB XII](#) Rn. 63, Stand: 01.05.2014). Dies kann allerdings nur für den Fall gelten, dass der gewöhnliche Aufenthalt des Hilfebedürftigen zum Zeitpunkt der Nothilfe nicht bekannt ist. [§ 98 Abs. 2 S. 3 SGB XII](#) regelt eine Ausnahme von dem Grundsatz, dass sich bei stationären Leistungen die örtliche Zuständigkeit des Sozialhilfeträgers nach dem gewöhnlichen Aufenthalt des Hilfebedürftigen im Zeitpunkt der Aufnahme bestimmt ([§ 98 Abs. 2 S. 1 SGB XII](#)). Die Vorschrift regelt die Zuständigkeit für Fälle, in denen der gewöhnliche Aufenthalt unbekannt oder nicht ermittelbar ist (vgl. [§ 98 Abs. 2 S. 3](#) Var. 1 und [2 SGB XII](#)). In diesem Lichte muss auch die Regelung für den Eilfall ([§ 98 Abs. 2 S. 3](#) Var. 3 SGB XII) verstanden werden: Nur bei unklarem gewöhnlichen Aufenthalt des Hilfebedürftigen hat der Leistungsträger am Ort des Eilfalls vorläufig zu leisten (so auch Waldhorst-Kahnau in jurisPK-SGB XII, [§ 25 SGB XII](#) Rn. 35, Stand: 19.05.2014). Steht hingegen der gewöhnliche Aufenthalt des Hilfebedürftigen fest, so verbleibt es bei der Zuständigkeit des dortigen Sozialhilfeträgers. Anderenfalls würden unnötige Erstattungsverfahren provoziert, da der Träger am Ort des Eilfalls nur vorläufig zu leisten verpflichtet ist und gegenüber dem an sich zuständigen Träger einen Erstattungsanspruch nach [§ 106 Abs. 1 S. 1 SGB XII](#) besitzt. Vorliegend stand der Wohnort E des S als dessen gewöhnlicher Aufenthalt fest; damit war die Beklagte nach [§ 98](#)

[Abs. 2 S. 1 SGB XII](#) i.V.m. [§ 25 SGB XII](#) örtlich zuständiger Sozialhilfeträger.

3. Einer Beiladung des S nach [§ 75 Abs. 2 1. Alt. SGG](#) bedurfte es nicht, weil er an dem Verfahren nicht derart beteiligt ist, dass die Entscheidung auch ihm gegenüber nur einheitlich ergehen kann. Denn der Nothelfer macht einen Anspruch aus eigenem Recht geltend. Eine Entscheidung hierüber greift daher nicht unmittelbar in die Rechtssphäre des Hilfebedürftigen ein (vgl. dazu bereits BSG, Urteil vom 12.12.2013 - [B 8 SO 13/12 R](#) Rn. 12).

4. Ebenso war die Beteiligung sozial erfahrener Dritter nach [§ 116 Abs. 2 SGB XII](#) nicht erforderlich. Denn Gegenstand des Widerspruchsverfahrens war nicht die Versagung von Sozialhilfe, sondern die Ablehnung eines Aufwendungsersatzanspruches des Nothelfers (so bereits BSG, Urteile vom 23.08.2013 - [B 8 SO 19/12 R](#) Rn. 14 sowie vom 12.12.2013 - [B 8 SO 13/12 R](#) Rn. 13).

II. Die Klägerin hat gegen die Beklagte einen Anspruch auf vollständigen Aufwendungsersatz in Höhe der angefallenen und abgerechneten Behandlungskosten. [§ 25 SGB XII](#) bestimmt, dass jemandem, 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 sind, wenn er sie nicht auf Grund rechtlicher oder sittlicher Pflicht selbst zu tragen hat. Dies gilt allerdings nur, wenn die Erstattung innerhalb angemessener Frist beim zuständigen Träger der Sozialhilfe beantragt wird.

1. Zu Unrecht hat das Sozialgericht angenommen, der Anspruch auf Aufwandsentschädigung der Klägerin scheitere bereits an einer Antragstellung außerhalb der angemessenen Frist im Sinne des [§ 25 S. 2 SGB XII](#). Für die Rechtzeitigkeit der Antragstellung hat das BSG - allerdings ohne sich abschließend festzulegen - jedenfalls eine Frist von einem Monat, gerechnet ab dem Ende des Eilfalls, für angemessen gehalten (BSG, Urteil vom 23.08.2013 - [B 8 SO 19/12 R](#) Rn. 28). Eine solche Monatsfrist hat die Klägerin nicht überschritten. Denn zwar hat die Beklagte nach Aktenlage erstmalig im April 2009 von dem Behandlungsfall Kenntnis erlangt. Jedoch hat die Klägerin bereits mit Telefax vom 03.12.2007 (also zehn Tage nach Aufnahme des S) einen vorsorglichen Kostenübernahmeantrag bei der Beigeladenen zu 2 gestellt. Dieser gilt nach [§ 16 Abs. 2 S. 2 SGB I](#) als zu diesem Zeitpunkt bei der Beklagten eingegangen. Denn entgegen der Auffassung der Beklagten ist [§ 16 SGB I](#) auch im Rahmen von [§ 25 SGB XII](#) anwendbar (vgl. hierzu BSG, Beschluss vom 13.02.2014 - [B 8 SO 58/13 B](#) Rn. 8). Dies gilt unabhängig davon, ob die Beigeladene zu 2 den Antrag tatsächlich an die Beklagte weitergeleitet hat. Denn Sinn und Zweck des [§ 16 SGB I](#) ist es, den Antragsteller davor zu bewahren, mit seinem Begehren nach Sozialleistungen an den Zuständigkeitsabgrenzungen innerhalb der gegliederten Sozialverwaltung zu scheitern (vgl. dazu bereits BSG, Urteil vom 26.08.2008 - [B 8/9b SO 18/07 R](#) Rn. 22). Dieser Zweck würde aber unterlaufen, wenn es die Stelle, bei der der Antrag gestellt wurde, in der Hand hätte, durch eine unterlassene Weiterleitung des Antrags die Leistungsgewährung zu vereiteln.

2. Dem Anspruch der Klägerin steht auch die bestandskräftige Ablehnung des Antrags durch die Beigeladene zu 2 nicht entgegen. Denn die Ablehnung in dem Bescheid vom 10.12.2008 erfolgte allein wegen örtlicher Unzuständigkeit. War die Beigeladene zu 2 nach [§ 16 Abs. 2 S. 1 SGB I](#) zur Weiterleitung an den zuständigen Sozialleistungsträger verpflichtet, so hätte sie den Antrag nicht mangels Zuständigkeit ablehnen dürfen (vgl. Mönch-Kalina in jurisPK-SGB I, § 16 Rn. 36, Stand: 01.10.2011). Ihre gleichwohl erfolgte Ablehnung aus Zuständigkeitsgründen kann jedenfalls in ihrer Bestandskraft nicht weiterreichen als diese Zuständigkeitsentscheidung; sie enthält deshalb von vornherein keine Entscheidung über den materiellen Anspruch, zumal über einen solchen gegen die Beklagte (vgl. zu einer entsprechenden Konstellation der Leistungsgewährung trotz vorausgegangener Ablehnung des unzuständigen Trägers BSG a.a.O.).

3. Es bestand auch ein "Eilfall" i.S.d. [§ 25 SGB XII](#). Ein solcher Eilfall erfordert sowohl ein bedarfsbezogenes als auch eines sozialhilferechtliches Moment.

a) Das bedarfsbezogene Moment liegt vor, wenn ein beim Nothilfeempfänger bestehender Bedarf nach dem Dritten bis Neunten Kapitel des SGB XII unabwendbar ist und unmittelbar durch den Nothelfer gedeckt werden muss (BSG, Urteil vom 23.08.2013 - [B 8 SO 19/12 R](#) Rn. 17). Vorliegend bestehen angesichts der Schwere der Brandverletzungen des S (Verletzungen zweiten Grades, 16% der Körperoberfläche betroffen) und seines Zustandes zum Aufnahmezeitpunkt (sediert und intubiert) keine Zweifel an der Notwendigkeit sofortiger Behandlung durch die auf solche Verletzungen spezialisierte Fachabteilung der Klägerin. Ob aus medizinischen Gründen eine ambulante Weiterbehandlung bis zum Tag der Entlassung ausgeschlossen war und daher das bedarfsbezogene Moment während der gesamten Dauer der Krankenhausbehandlung fortbestand, kann vorliegend offenbleiben.

b) Denn jedenfalls das sozialhilferechtliche Moment dauerte nicht über den gesamten Behandlungszeitraum an.

aa) Ein solches besteht nur so lange, wie eine rechtzeitige Leistung des Sozialhilfeträgers objektiv nicht zu erlangen ist. Die Notsituation darf daher keine Zeit zur Unterrichtung des zuständigen Sozialhilfeträgers lassen, um dessen Entschließung zur Hilfestellung zu ermöglichen (so bereits BVerwG; Urteile vom 30.10.1979 - [5 C 31/78](#), 75 sowie vom 31.05.2001 - [5 C 20/00](#); ebenso BSG, Urteil vom 23.08.2013 - [B 8 SO 19/12 R](#) Rn. 18), bzw. um die Voraussetzungen für eine Sozialhilfestellung zu schaffen (BSG, Urteil vom 12.12.2013 - [B 8 SO 13/12 R](#) Rn. 17). S wurde am 24.11.2007 (einem Samstag) gegen 23 Uhr bei der Klägerin eingeliefert, so dass auf Grund fehlender Dienstbereitschaft der Beklagten eine Information frühestens am folgenden Montag (26.11.2007) hätte erfolgen können. Tatsächlich hat die Klägerin aber erst eine Woche später (am Montag, dem 03.12.2007) erstmals die Beigeladene zu 2 über die Behandlung des S in Kenntnis gesetzt. Mit dem Eintritt der erstmaligen Dienstbereitschaft der Beklagten am 26.11.2007 entfiel daher das sozialhilferechtliche Moment.

bb) Besondere Umstände des vorliegenden Falles rechtfertigen keine andere Beurteilung. Zwar kann im Einzelfall das sozialhilferechtliche Moment auch noch fortauern, wenn der Träger schon erreichbar ist und unterrichtet werden könnte, die Umstände des Einzelfalles seine Einschaltung aus der Sicht des Nothelfers aber nicht nahelegen. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn der Nothelfer davon ausgehen darf, dass eine Leistungspflicht einer gesetzlichen Krankenkasse besteht. Bei der Frage nach einem Eilfall ist daher nicht allein auf den ersten Tag der Hilfeleistung abzustellen. Ein Krankenhaus als Nothelfer ist verpflichtet, unmittelbar nach Bekanntwerden eines fehlenden Krankenversicherungsschutzes den Sozialhilfeträger zu informieren; unterlässt es die notwendige Mitteilung, so lässt bereits dieser Umstand einen Eilfall ab diesem Zeitpunkt entfallen. Darüber hinaus kann bei medizinischen Hilfeleistungen der Helfer schon dann nicht mehr das Vorliegen eines Eilfalls geltend machen, wenn er die erforderliche Aufklärung des Versicherungsstatus unterlässt (vgl. BSG, Urteil vom 23.08.2013 - [B 8 SO 19/12 R](#) Rn. 20). Vollen Ersatz seiner Aufwendungen kann der Nothelfer deshalb nur verlangen, wenn er ohne Verletzung eigener Obliegenheiten davon ausgehen durfte, den Sozialhilfeträger nicht einschalten zu müssen.

Bereits bei Aufnahme bestanden indes für die Klägerin Anhaltspunkte für einen fehlenden Krankenversicherungsschutz des S. Zwar wurde er am 24.11.2007 sediert und intubiert bei der Klägerin eingeliefert, so dass er nicht unmittelbar zu seinem Versicherungsstatus befragt werden konnte. Der Pflegebericht vom 25.11.2007 vermerkt, S habe eine "Fahne" gehabt; die ersten zwei Stunden nach der Extubation sei er zeitlich und örtlich "nicht orientiert" und "recht renitent" gewesen. Auf dem Notarzteinsatzprotokoll vom 24.11.2007 ist allerdings bereits keine versichernde Krankenkasse angegeben, sondern lediglich vermerkt, S sei "Selbstzahler". Auch der Bruder des S hatte nach seiner glaubhaften Aussage in der mündlichen Verhandlung bereits in der Notaufnahme des Evangelischen Krankenhauses in E angegeben, dass S nicht krankenversichert sei. Ausweislich des augenärztlichen sowie des internistischen Konsultationsberichts vom 25.11.2007 hatte daraufhin auch die Klägerin keine Mitgliedschaft des S in einer Krankenversicherung erfasst. Hinweise, die auf eine Versicherung des S in der Gesetzlichen Krankenversicherung hindeuteten, fehlen vollständig. Insbesondere ist nicht ersichtlich, dass S sich mit einer Krankenversicherungskarte ausgewiesen oder selbst behauptet hätte, versichert zu sein. Die Klägerin kann sich daher nicht darauf berufen, von Anfang an davon ausgegangen zu sein, einen gesetzlich Krankenversicherten zu behandeln. Sie wäre vielmehr gehalten gewesen, den Versicherungsstatus des S weiter aufzuklären. Dass dies nach den konkreten Umständen nicht möglich war, ist nicht ersichtlich. Zunächst hätte sie den S baldmöglichst befragen können. Dieser war ausweislich des Pflegeberichts vom 25.11.2007 (nach Aufnahme am späten Abend des 24.11.2007 und alsbaldiger Versorgung im Operationssaal) gegen Morgen des 25.11.2007 bereits "klar und ansprechbar". Er wird zudem als "orientiert" und "mobil" bezeichnet, habe ohne Probleme gegessen und getrunken und mit Ausnahme eines Schmerzmittelbedarfs (Gelonida) beschwerdefrei gewesen. Ab dem 25.11.2007 war er nach dem Aufwachen deshalb wieder orientiert und ansprechbar und hätte von der Klägerin insbesondere zu seinem Krankenversicherungsschutz befragt werden müssen. Sollte eine Befragung des S auf Grund der verabreichten Medikamente oder der sprachlichen Barriere nicht möglich gewesen sein, so hätte des Weiteren die Möglichkeit bestanden, sich zur Aufklärung des Sachverhalts an den Bruder des S, dessen Kontaktdaten vorhanden waren, zu wenden. Da sich das Fehlen eines Krankenversicherungsschutzes des S demnach geradezu aufdrängte, oblag es der Klägerin in jedem Fall, den Sozialhilfeträger umgehend nach Eintritt der Dienstbereitschaft von der Behandlung in Kenntnis zu setzen.

cc) Dies ändert jedoch nichts daran, dass das sozialhilferechtliche Moment des Eilfalls zunächst - am Wochenende 24./25.11.2007, an dem die Beklagte für die Klägerin nicht erreichbar war - bestand; erst am 26.11.2007 (Montag) hätte die Klägerin zu den Geschäftszeiten des Sozialamtes die Beklagte informieren können.

Der damit am 24.11.2007 eingetretene Eilfall kann auch nicht etwa als rückwirkend - ex tunc - wieder entfallen anzusehen sein, weil die Klägerin ab dem 26.11.2007 nicht hinreichend schnell die Beklagte (oder einen anderen, vermeintlich zuständigen Sozialhilfeträger wie etwa die Beigeladene zu 2) informiert hat. Anderes ergibt sich für den Senat nicht etwa aus der Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 23.08.2013 - [B 8 SO 19/12 R](#). Zwar ist dort (Rn. 20) ausgeführt, das Vorliegen eines Eilfalles beurteile sich nicht ausschließlich nach den Verhältnissen am ersten Tag der Hilfeleistung; träten Umstände, welche die Leistungspflicht des Sozialhilfeträgers (i.S. eines Sozialhilfeanspruches des betroffenen Patienten) entstehen ließen, erst im Verlauf der Hilfeleistung hinzu, "verliere" das Handeln den Charakter des Eilfalles; nichts anderes könne gelten, wenn solche Umstände dem Nothelfer im Verlauf der Hilfeleistung erkennbar würden und es ihm zumutbar möglich sei, den Sozialhilfeträger zu unterrichten, und auch, wenn der Helfer bei medizinischen Hilfeleistungen die erforderliche Aufklärung des Versichertenstatus unterlasse, könne er schon dann "nicht mehr" das Vorliegen eines Eilfalles geltend machen. Diese Ausführungen sind allerdings im Lichte des jener Entscheidung zugrundeliegenden Lebenssachverhalts zu sehen; dort hatte ein Patient zunächst unzutreffend angegeben, bei der Seekasse krankenversichert zu sein (und das Bundessozialgericht hat im Wege der Zurückverweisung Ermittlungen aufgegeben, ob im Verlauf der Hilfeleistung Umstände hätten erkennbar werden lassen, dass der Sozialhilfeträger zu unterrichten gewesen sei). Der Senat entnimmt dem insoweit die Ansicht des Bundessozialgerichts, erst später erkennbare Umstände könnten - ex nunc - einen zunächst eingetretenen Eilfall beenden, änderten jedoch am Bestehen dieses Eilfalls bis zu dem Zeitpunkt nichts, in dem diese Umstände für den Helfer erkennbar werden. Dem entspricht es, wenn das Bundessozialgericht im weiteren Verlauf der Entscheidung (Rn. 24 a.E.) einen Anspruch nur für die ersten Tage der Hilfeleistung thematisiert; dies erklärt auch die weitere (eine hierzu abschließende Entscheidung jedoch ausdrücklich nicht treffende; Rn. 29) Erwägung einer Aufteilung der Fallpauschale-Behandlungskosten pro rata temporis (nach Eilfall-Tagen und Nicht-Eilfall-Tagen), die der erkennende Senat jedoch nicht teilt (dazu später unter 6.). Auch nach Ansicht des Bundessozialgerichts kann deshalb ein Eilfall zwar ex nunc, nicht jedoch ex tunc entfallen (etwa, weil Zweifel am Bestehen eines Krankenversicherungsschutzes erst im Laufe der Hilfe auftreten, aber auch - wie im vorliegenden Fall -, weil erst zu einem Zeitpunkt nach Aufnahme der Hilfe der Sozialhilfeträger erreichbar ist).

4. Die übrigen Anspruchsvoraussetzungen des [§ 25 SGB XII](#) sind ebenfalls erfüllt. Bei rechtzeitiger Kenntnis wäre die Beklagte hypothetisch zur Leistung verpflichtet gewesen.

a) Insbesondere bestand kein vorrangiger Leistungsanspruch gegen den polnischen Krankenversicherungsträger. Da S zum Zeitpunkt des Unfalls seinen ständigen Aufenthalt in Deutschland hatte, erfüllte er die Anspruchsvoraussetzungen für eine Versicherung durch den NFZ nicht. Dies hat letzterer schriftlich bestätigt.

b) Darüber hinaus bestand auch keine Auffangversicherung bei der Beigeladenen zu 1. nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13b SGB V](#). Danach sind Personen versicherungspflichtig, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren (). Diese Voraussetzung erfüllte S zwar. Die Beigeladene zu 1 weist jedoch zutreffend darauf hin, dass eine Versicherung in der Auffangversicherung wegen des Ausschlusses in [§ 5 Abs. 11 SGB V](#) nicht zum Tragen kommt. Die Vorschrift bestimmt, dass 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 [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) nicht erfasst werden, wenn die Voraussetzungen für die Wohnortnahme in Deutschland die Existenz eines Krankenversicherungsschutzes nach [§ 4 FreizügG/EU](#) ist. Eine solche Pflicht eines bestehenden Krankenversicherungsschutzes bestand für S im Jahr 2007. S war damals nicht als Arbeitnehmer oder Arbeitssuchender nach [§ 2 Abs. 2 Nr. 1 FreizügG/EU](#) freizügigkeitsberechtigter. Zwar hat er angegeben, er habe sich zur Arbeitssuche in der Bundesrepublik aufgehalten. Als polnischer Staatsangehöriger wäre er jedoch bis zum 30.04.2011 nur dann zur Aufnahme einer Beschäftigung berechtigt gewesen, wenn ihm nach [§ 284 SGB III](#) eine entsprechende Genehmigung der Bundesagentur für Arbeit erteilt worden wäre. Eine solche besaß S jedoch nicht. Demnach richtete sich die Freizügigkeitsberechtigung des S ausschließlich nach [§ 4 FreizügG/EU](#), so dass für seine Wohnortnahme in Deutschland ein Krankenversicherungsschutz erforderlich war. Ob ein solcher tatsächlich bestand, ist für die Erfüllung des Ausschlussstatbestandes des [§ 5 Abs. 11 S. 2 SGB V](#) nach dessen klarem Wortlaut ohne Belang. Denn die Vorschrift fordert gerade nicht das Bestehen eines anderweitigen Krankenversicherungsschutzes, sondern sie lässt eine Pflichtversicherung bereits dann entfallen, wenn dieser Voraussetzung für die Wohnortnahme ist.

c) Auch eine dritte Person als potentieller Schädiger und damit Leistungspflichtiger kommt nicht in Betracht. S hat insofern bei seiner Vernehmung durch den Senat zum Unfallhergang glaubhaft dargestellt, die Verpuffung, die zu den Verbrennungen geführt hatte, beim Anzünden einer Brennpaste selbst herbeigeführt zu haben, ohne dass eine weitere Person daran beteiligt gewesen wäre.

d) Die hypothetischen Leistungspflicht der Beklagten scheidet schließlich auch nicht an einer fehlenden Hilfebedürftigkeit des S. Nach dem Inhalt der Verwaltungsakten und dem Ergebnis der Beweisaufnahme ist der Senat davon überzeugt, dass S zur Zeit der in Rede stehenden Behandlung im November/Dezember 2007 einkommens- und vermögenslos war. Sowohl S als auch dessen Schwester und Bruder hatten bereits gegenüber der Klägerin bzw. der Beigeladenen zu 1 schriftlich bestätigt, für dessen Verpflegung bzw. Unterkunft aufgekommen zu sein. Letzteres erscheint insbesondere deshalb glaubhaft, weil Mieter der von S bewohnten Wohnung laut Mietvertrag dessen Bruder war. Die Einkommens- und Vermögenslosigkeit haben sowohl S als auch dessen Bruder in der mündlichen Verhandlung noch einmal glaubhaft, in sich widerspruchsfrei und nachvollziehbar geschildert. Zweifel an der Richtigkeit der Aussagen hat der Senat insoweit nicht; Anhaltspunkte für eine gegenteilige Annahme bestehen nicht.

5. Dass die Klägerin schließlich nicht selbst zur Tragung der Kosten rechtlich verpflichtet war, steht außer Frage.

6. Sofern danach ein Anspruch auf Aufwendungsersatz der Klägerin besteht, kann sie auch den vollen Rechnungsbetrag in Höhe von 15.349,63 EUR gegenüber der Beklagten geltend machen.

a) Nach [§ 25 S. 1 SGB XII](#) sind die angefallenen Kosten "im gebotenen Umfang" zu übernehmen. Was als geboten anzusehen ist, ist nicht näher definiert. Da vorliegend Leistungen der Krankenhilfe nach den [§§ 48 ff. SGB XII](#) in Rede stehen, die den Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung ([§ 52 SGB XII](#)) entsprechen, erscheint es sachgerecht, auch den Aufwendungsersatz eines Krankenhauses nach [§ 25 SGB XII](#) aus systematischen Gründen sowie Praktikabilitäts Erwägungen grundsätzlich nach den für zugelassene Krankenhäuser nach [§ 108 SGB V](#) geltenden Vergütungsregelungen - denen auch die Klägerin unterliegt - zu bestimmen. Diese rechnen ihre Behandlungsfälle gegenüber den Krankenkassen nach Fallpauschalen ab (vgl. Urteil des Senats vom 28.01.2013 - [L 20 SO 554/11](#) Rn. 40; zur Anwendbarkeit der Fallpauschalen auch BSG, Urteil vom 23.08.2013 - [B 8 SO 19/12 R](#) Rn. 29).

Die Fallpauschalenvergütung für Krankenhausbehandlung Versicherter in zugelassenen Einrichtungen ergibt sich gesetzlich aus [§ 109 Abs. 4 S. 3 SGB V](#) i.V.m. [§ 7 KHEntG](#) und [§ 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz \(KHG\)](#). Der Anspruch wird auf Bundesebene durch Normsetzungsverträge (Normenverträge) konkretisiert. Im vorliegenden Fall ist für die im Jahr 2007 erfolgten Behandlungen die am 19.09.2006 erlassene Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2007 (Fallpauschalenvereinbarung 2007 (FPV 2007)) einschließlich der Anlagen (insbesondere Anlage 1 Teil a) maßgebend.

Für die erfolgte Behandlung war daher zunächst die DRG Y02A in Höhe von 15.239,22 EUR berücksichtigungsfähig. Zutreffend hat die Klägerin in ihrer Abrechnung auch keinen Verlegungsabschlag nach [§ 3 Abs. 2 FPV 2007](#) vorgenommen. Denn zwar war S zunächst in das Evangelische Krankenhaus E eingeliefert und von dort aus in das Krankenhaus der Klägerin verlegt worden. Jedoch erfolgte die Verlegung unmittelbar nach der Aufnahme in E am 24.11.2007. Die Behandlung dauert damit in E weniger als 24 Stunden an, so dass ein Verlegungsabschlag nach [§ 3 Abs. 2 S. 2 FPV 2007](#) nicht in Betracht kam. Des Weiteren hat die Klägerin zu Recht auch den QS-Zuschlag DRG (1,29 EUR), den Ausbildungszuschlag (66,68 EUR), den Zuschlag zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen (117,34 EUR), den DRG-Systemzuschlag (0,90 EUR), den GBA-Systemzuschlag (0,40 EUR) sowie den Abschlag für den Systembeitrag des GKV-WSG (-76,20 EUR) in Ansatz gebracht.

Dementsprechend hat auch die Beklagte in der mündlichen Verhandlung erklärt, sie sehe die Abrechnung der Klägerin für die Behandlung des S sachlich und rechnerisch als richtig an.

b) Die angefallene Fallpauschale von 15.349,63 EUR ist in voller Höhe vom Anspruch der Klägerin nach [§ 25 SGB XII](#) erfasst. Insbesondere ist der Anspruch nicht zeitanteilig für den Zeitraum herabzusetzen, für den das sozialhilferechtliche Element des Eilfalls entfallen war.

Zwar bildet die Kenntnis des Sozialhilfeträgers von dem Eilfall eine Zäsur für die sich gegenseitig ausschließenden Ansprüche des Nothelfers und des Hilfebedürftigen (vgl. BSG, Urteil vom 23.08.2013 - [B 8 SO 19/12 R](#) Rn. 18). Kenntnis erlangte die Beigeladene zu 2, deren Wissen sich die Klägerin nach [§ 16 SGB I](#) zurechnen lassen muss (vgl. dazu oben zu II.1.), am 03.12.2007. Da es die Klägerin allerdings unterließ, die erforderliche Aufklärung des Versicherungsstatus durchzuführen, obwohl sich nach den Umständen des Falles der Verdacht eines fehlenden Krankenversicherungsschutzes geradezu aufdrängte, endete der Eilfall bereits mit der Dienstbereitschaft der Beklagten am Montag, den 26.11.2007 (vgl. schon oben zu 3.b).

Eine entsprechende zeitanteilige Beschränkung des Anspruchs der Klägerin auf Behandlungskosten (pro rata temporis) ist gleichwohl nicht angezeigt.

aa) Denn sämtliche Rechnungsposten sind bereits mit Aufnahme des S am 24.11.2007 entstanden; die entsprechenden Behandlungskosten sind deshalb bereits zur Zeit des Vorliegens des Eilfalls (und nicht erst nach seinem Wegfall) angefallen und deshalb vollumfänglich zu erstatten. Dies hat der Senat bereits für die FPV 2009 und 2010 entschieden, und es gilt gleichermaßen für die hier anfallenden Fallpauschalen nach der FPV 2007 (vgl. dazu bereits Urteile des Senats vom 12.12.2011 - [L 20 AY 4/11](#) sowie Urteil vom 28.01.2013 - [L 20 SO 554/11](#)).

Die FPV 2007 sieht 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 S. 1 FPV 2007](#)). Nur, wenn die Verweildauer eines Patienten länger als die obere Grenzverweildauer ist, wird für den dafür im Fallpauschalen-Katalog ausgewiesenen Tag und jeden weiteren Belegungstag des Krankenhausaufenthalts ein tagesbezogenes Entgelt abgerechnet ([§ 1 Abs. 2 FPV 2007](#)). 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. Anders wäre der vorliegende Fall nur dann zu beurteilen, wenn durch die Überschreitung der oberen

Grenzverweildauer nach § 1 Abs. 2 FPV 2007 zusätzliche tagesbezogene Entgelte angefallen wären. Diese wären, sofern sie erst nach Ende des Eilfalls angefallen wären, nicht mehr zu Lasten des Sozialhilfeträgers nach § 25 SGB XII abrechenbar. So liegt der vorliegende Fall jedoch gerade nicht. Die obere Grenzverweildauer wird bei der vorliegend angefallenen DRG Y02A erst mit dem 35. stationären Behandlungstag fällig. S befand sich aber lediglich 25 Tage in der stationären Behandlung der Klägerin. Die Behandlung überschritt daher die obere Grenzverweildauer nicht.

Auch § 9 S. 1 FPV 2007 bestätigt das hier gefundene Ergebnis. Die Regelung bestimmt, 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. Für die hier gegebene Konstellation besteht keine Veranlassung, von der darin zum Ausdruck kommenden Grundregel - der Abrechnung der Fallpauschale gegenüber dem Leistungspflichtigen bei Aufnahme - abzuweichen (im Ergebnis ebenso Leber, Der sozialhilferechtliche Notfall, Das Krankenhaus 2010, 343 ff. m.w.N., und Schwarz, Erstattung von Behandlungskosten nach der Eilfallregelung des § 25 SGB XII, Das Krankenhaus 2009, 1022 ff.).

bb) Demgegenüber hält es der Senat nicht für sachgerecht, Fallpauschalen einerseits zur Bestimmung der Gesamtvergütung und damit auch des Erstattungsanspruchs des Nothelfers heranzuziehen, andererseits jedoch die so ermittelte Pauschalvergütung pro rata temporis nur für den Teil der Behandlungszeit nach § 25 SGB XII zu ersetzen, für den die Voraussetzungen eines Eilfalls vorgelegen haben (so erwogen, im Ergebnis aber offen gelassen im Urteil des BSG vom 23.08.2013 - B 8 SO 19/12 R Rn. 29, unter Hinweis auf das Urteil des BSG vom 19.09.2007 - B 1 KR 39/06 zur Gesetzlichen Krankenversicherung).

Zwar wäre im vorliegenden Fall der Beklagte mangels jedweder zurechenbarer Kenntnis eines Sozialhilfeträgers vom Leistungsbedarf des S bis zum 03.12.2007 nicht etwa alternativ entweder der Klägerin oder dem S zur Sozialhilfeleistung verpflichtet (so dass eine Aufteilung der Behandlungskosten pro rata temporis lediglich zu einer anteiligen Zuweisung der Kosten zu den unterschiedlichen Ansprüchen des Nothelfers und des Hilfebedürftigen, nicht jedoch zu einer Entlastung des Sozialhilfeträgers bei der Gesamtleistung führen würde; vgl. dazu Urteil des Senats vom 28.01.2013 - L 20 SO 554/11 Rn. 51 sowie vom 12.12.2011 - L 20 AY 4/11 Rn. 77). Auch für Fallgestaltungen wie der vorliegenden verbleibt der Senat indes bei seiner (in den genannten Urteilen vertretenen) Auffassung, dass die Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 19.09.2007 - 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. Denn die vom BSG insoweit zum Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung entschiedene Rechtsfrage ist mit der hier einschlägigen Problematik nicht vergleichbar. Es geht im vorliegenden Fall gerade nicht um die Frage nur der nachträglichen Aufteilung der Kostenträgerschaft zwischen zwei verschiedenen, im Behandlungszeitraum für den "Leistungsfall" zuständigen Trägern innerhalb eines gleichartigen Anspruchs im System der Gesetzlichen Krankenversicherung; vielmehr geht es um die "originäre" Leistungsverpflichtung für die Erstattung der Aufwendungen eines Nothelfers. Anders als bei dem vom 1. Senat des BSG entschiedenen Fall, in dem das behandelnde Krankenhaus in jedem Fall von einer gesicherten Kostenübernahme auf Grund einer bestehenden Krankenversicherung (ggf. pro rata temporis durch zwei verschiedene Träger) des behandelten Patienten ausgehen konnte, ist zudem im Falle einer Nothilfeleistung zunächst oftmals ungewiss, wer die Kosten der Behandlung schließlich zu tragen hat, weil Krankenversicherungsschutz und finanzielle Möglichkeiten des Hilfebedürftigen ungeklärt sind. Sinn des § 25 SGB XII ist es dementsprechend, die spontane Hilfsbereitschaft Dritter im Interesse in Not geratener Menschen zu erhalten und zu stärken, um auf diese Weise Hilfe in Fällen sicherzustellen, in denen Leistungen des Sozialhilfeträgers zu spät kämen oder wegen Zeitablaufs ins Leere gingen (Schoch in LPK-SGB XII, 9. Auflage 2012, § 25 Rn. 1 m.w.N.; BSG, Urteile vom 23.08.2013 - B 8 SO 19/12 R Rn. 19 sowie vom 12.12.2013 - B 8 SO 13/12 R Rn. 20). Dieser gesetzliche Zweck würde gefährdet, wäre eine zur Zeit eines Eilfalls angefallene (Gesamt-) DRG-Pauschale nach dessen nachträglichem, ex nunc wirkenden Entfallen nur pro rata temporis für die Dauer des Eilfalls zu erstatten. In Fällen stationärer Krankenhausbehandlung stammt eine Vielzahl von (zunächst) als Eilfall behandelten Patienten aus problematischem Milieu. Muss ein Krankenhausträger deshalb etwa befürchten, dass ein Patient nicht bei der Verfolgung eines eigenen Sozialhilfeanspruchs (z.B. durch Darlegung seiner fehlenden Hilfebedürftigkeit) mitwirkt, so kann bei längerdauernden Behandlungen (bei denen in aller Regel ein Sozialhilfeträger alsbald nach Aufnahme der Notfallbehandlung kontaktierbar sein dürfte) der realisierbare Nothelferanspruch nur einen geringen Teil der Behandlungskosten decken. Das aber gefährdet die Bereitschaft eines Krankenhauses, als Nothelfer (z.B. wie hier mit einer kostenaufwendigen initialen Operation noch zur Zeit des Bestehens eines Eilfalls) tätig zu werden.

III. Ansprüche gegen die Beigeladenen bestehen aus den bereits dargelegten Gründen (vgl. dazu II.4.b und I.2.) nicht.

1. Ein Anspruch gegen die Beigeladene zu 1 scheidet aus den unter II.4. dargelegten Gründen aus.

2. Ein Anspruch gegen die Beigeladene zu 2 kommt ebenfalls nicht in Betracht. Denn die Beigeladene zu 2 war bereits für die erbrachten Leistungen örtlich nicht zuständig (vgl. dazu bereits die Ausführungen unter I.2.).

IV. Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Abs. 1 S. 1 SGG und trägt dem Erfolg der Berufung Rechnung. Das Verfahren ist gerichtskostenfrei, weil die Klägerin als Nothelferin zum kostenprivilegierten Personenkreis nach § 183 SGG zählt (vgl. BSG, Beschluss vom 11.06.2008 - B 8 SO 45/07 B; bestätigt durch BSG, Urteil vom 23.08.2013 - B 8 SO 19/12 R Rn. 31 und Urteil vom 12.12.2013 - B 8 SO 13/12 R Rn. 23).

V. Die Revision wird zugelassen, weil die Rechtssache grundsätzlich bedeutsame (§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG), weil höchstrichterlich noch nicht abschließend geklärte Rechtsfragen aufwirft.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2015-06-03