

B 8 SO 23/07 R

Land

Bundesrepublik Deutschland

Sozialgericht

Bundessozialgericht

Sachgebiet

Sozialhilfe

Abteilung

8

1. Instanz

SG Detmold (NRW)

Aktenzeichen

S 19 SO 122/06

Datum

31.05.2007

2. Instanz

-

Aktenzeichen

-

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

B 8 SO 23/07 R

Datum

28.10.2008

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Der Sozialhilfeträger, der der Krankenkasse deren Aufwendungen der Krankenbehandlung für einen Sozialhilfeempfänger in der Meinung ersetzt hat, eine eigene Schuld zu erfüllen, besitzt keinen Erstattungsanspruch nach bundesrechtlichen Normen gegen einen anderen Sozialhilfeträger, den er für zuständig hält.

Auf die Revision des Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Detmold vom 31. Mai 2007 aufgehoben. Soweit darin der Beklagte zur Zahlung des Hauptbetrags von 9.860,42 Euro verurteilt worden ist, wird die Sache zur anderweitigen Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen zurückverwiesen. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.

Gründe:

I

1

Im Streit ist ein Anspruch des örtlichen gegen den überörtlichen Sozialhilfeträger auf Erstattung der vom örtlichen Sozialhilfeträger der Krankenkasse ersetzten Aufwendungen für die stationäre Behandlung eines Empfängers von Sozialhilfe.

2

Der am 2. Juni 1963 geborene U.L. (im Weiteren: Hilfeempfänger) erhielt bis zum 31. Dezember 2004 von der dem Kreis H. (Kreis H.) angehörigen nordrhein-westfälischen Stadt H. (Stadt H.) Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG). Der Hilfeempfänger war weder Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse, noch bestand ein privater Krankenversicherungsschutz. Die Stadt H. meldete den Hilfeempfänger deshalb bei der AOK W. (im Weiteren: Krankenkasse) zur Krankenversicherung nach [§ 264 Abs 2](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung - (SGB V) an. In der Zeit vom 16. Juni 2004 bis zum 5. August 2004 befand sich der Hilfeempfänger zur Behandlung in den Westfälischen Kliniken G. (im Weiteren: Klinik). Für die Behandlung stellte die Krankenkasse, die für die Kosten aufkam, dem Kreis H. unter dem 27. April 2005 einen Betrag in Höhe von 9.860,42 EUR in Rechnung; der Betrag wurde in der Folge gezahlt. Mit Schreiben vom 24. Oktober 2005 und 8. März 2006 forderte der Kreis H. den Landschaftsverband W. zur Kostenerstattung auf; dieser lehnte jedoch die Erstattung ab.

3

Das Sozialgericht (SG) Detmold hat den Beklagten verurteilt, dem Kläger den Betrag von 9.860,42 EUR nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu erstatten (Urteil vom 31. Mai 2007). Zur Begründung seiner Entscheidung hat das SG ausgeführt, der Kostenerstattungsanspruch ergebe sich aus [§ 105 Abs 1 Satz 1](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch - Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz - (SGB X). Der Kreis H. habe mit der Zahlung an die Krankenkasse als unzuständiger örtlicher Träger für den als überörtlichen Träger zuständigen Landschaftsverband Sozialleistungen im Sinne dieser Vorschrift erbracht. Der Anspruch sei auch nicht "verjährt", weil von der Rechnungsstellung durch die Krankenkasse bis zur Anmeldung des Kostenerstattungsanspruchs beim Beklagten keine zwölf Monate verstrichen seien. Der Zinsanspruch beruhe auf einer entsprechenden Anwendung der [§§ 288, 291](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB).

4

Mit seiner Sprungrevision rügt der Beklagte eine Verletzung von [§ 11 Sozialgesetzbuch Erstes Buch - Allgemeiner Teil - \(SGB I\)](#) und [§ 264 SGB V](#) iVm [§ 105 Abs 1 Satz 1 SGB X](#). Der geltend gemachte Anspruch scheitere schon daran, dass die Erstattung der Aufwendungen an die Krankenkasse durch den Kreis, dessen Landrat der Kläger ist, keine Sozialleistung iS des [§ 11 SGB I](#) sei. Der Kreis sei auch kein unzuständiger Träger iS des [§ 105 Abs 1 Satz 1 SGB X](#) gewesen. Dessen (endgültige) Zuständigkeit ergebe sich vielmehr aus [§ 264 Abs 7 SGB V](#). Die streitige Krankenhausbehandlung sei im Übrigen nicht als Maßnahme der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen zu qualifizieren, für die der Landschaftsverband zuständig sei; es habe sich vielmehr um eine Akutbehandlung gehandelt, die nicht im Rahmen der Eingliederungshilfe, sondern im Rahmen der Krankenhilfe erbracht werde, für die der Kläger ohnedies zuständig sei.

5

Der Beklagte beantragt, das Urteil des SG aufzuheben und die Klage abzuweisen.

6

Der Kläger beantragt, die Revision zurückzuweisen.

7

Er hält das erstinstanzliche Urteil für zutreffend. Die Zwischenschaltung der Krankenkasse ändere an der Sozialleistungsqualität der dem Hilfeempfänger erbrachten Leistungen nichts, weil der Sozialhilfeträger der Sache nach noch immer die Leistung selbst erbringe. Die Einführung des [§ 264 SGB V](#) habe lediglich eine leistungsrechtliche Gleichstellung der Hilfeempfänger mit Versicherten bewirken sollen. [§ 264 Abs 7 Satz 1 SGB V](#) stelle deshalb auch keine spezialgesetzliche Sonderregelung gegenüber den sozialhilferechtlichen Bestimmungen über die sachliche Zuständigkeit dar. Diese Vorschrift regle ausschließlich die Zuständigkeit für die Kostenerstattung im Verhältnis zwischen Sozialhilfeträger und Krankenkasse und beschränke sich auf diese Rechtsbeziehung. Bei der erbrachten Leistung habe es sich um in den Zuständigkeitsbereich des Beklagten fallende Eingliederungshilfe gehandelt. Der Begriff der Krankenbehandlung sei im Sozialhilferecht anders als im Krankenversicherungsrecht zu interpretieren, weil das Krankenversicherungsrecht nicht zwischen den Leistungsempfängern differenziere, für die die Leistung erbracht werde. Im Sozialhilferecht verdrängten dagegen die eingliederungshilferechtlichen Vorschriften in ihrem Anwendungsbereich diejenigen über die Krankenhilfe. Schließlich lasse sich das Begehren hilfsweise auf die gewohnheitsrechtlich anerkannten Rechtsinstitute der öffentlich-rechtlichen Geschäftsführung ohne Auftrag (GoA) oder des öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs bzw auf landesrechtliche Vorschriften stützen. Anderenfalls komme ein Rückerstattungsanspruch gegen die Krankenkasse in Betracht, weshalb diese beizuladen sei; im Übrigen hätte schon das SG die Krankenkasse beiladen müssen.

II

8

1. Die Sprungrevision des Beklagten ist statthaft ([§ 161 Abs 1 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#)) und auch im Übrigen zulässig. Dies gilt insbesondere, soweit der Beklagte sich mit der Revision gegen die Verurteilung zur Zahlung von Zinsen richtet. Zwar hat das SG insoweit - neben dem Hauptanspruch - über einen eigenen Streitgegenstand entschieden; obwohl die Revisionsbegründung zum Zinsanspruch selbst keine Ausführungen enthält (vgl zum Begründungserfordernis für jeden Streitgegenstand nur: Leitherer in Meyer-Ladewig/Keller/ Leitherer, SGG, 9. Aufl 2008, § 164 RdNr 9a mwN zur Rechtsprechung), ist dies jedoch unschädlich, weil die Entscheidung über den Zinsanspruch nach der Revisionsbegründung denknotwendig von der über den Hauptanspruch abhängt (BSG, Urteil vom 26. August 2008 - [B 8 SO 26/07 R](#) - RdNr 9). Ist die diesen betreffende Revision begründet, gilt dies zwangsläufig auch für die jenen betreffende Revision. Hieran ändert sich nichts dadurch, dass über den Zinsanspruch auch ohne abschließende Entscheidung zum Hauptanspruch mit anderer Begründung entschieden werden kann (dazu unter 6.).

9

2. Die Revision ist im Sinne der Aufhebung des Urteils des SG und der Klageabweisung betreffend den Zinsanspruch, im Übrigen im Sinne der Aufhebung und Zurückverweisung zur anderweitigen Verhandlung und Entscheidung an das LSG begründet ([§ 170 Abs 2 Satz 1](#) und 2, Abs 4 SGG). Das Urteil des SG ist aufzuheben, weil es weder für den als Nebenforderung geltend gemachten Zinsanspruch (dazu unter 6.) noch für die in der Hauptsache begehrte Kostenerstattung eine bundesrechtliche Anspruchsgrundlage gibt (dazu unter 7. bis 10.). Eine endgültige Entscheidung über den Kostenerstattungsanspruch ist aber untunlich (dazu unter 11.), weil der Anspruch einerseits auf landesrechtliche Vorschriften gestützt werden könnte, deren Auslegung dem LSG überlassen bleiben soll (dazu unter 12.), andererseits die notwendige Beiladung der Krankenkasse (dazu unter 3.) - die in der Revisionsinstanz nach einer Sprungrevision nicht mehr nachgeholt werden kann (dazu unter 4.) - nach Zurückverweisung der Sache ggf nachträglich vorgenommen werden kann.

10

3. Von Amts wegen zu beachtende Verfahrensfehler liegen nicht vor. Zwar hat der Kläger gerügt, dass das SG die Krankenkasse gemäß [§ 75 Abs 2 2. Alt SGG](#) hätte beiladen müssen, weil sich im vorliegenden Verfahren angesichts des Dreiecksverhältnisses zwischen Kläger, Beklagtem und Krankenkasse ergibt, dass bei Ablehnung des Anspruchs gegen den Beklagten ein Anspruch gegen die Krankenkasse und damit deren Leistungspflicht in Betracht kommt. Das instanzgerichtliche Versäumnis der (unechten) notwendigen Beiladung ist jedoch trotz der erhobenen Revisionsgegenrüge (vgl zur Rügepflicht nur [BSGE 97, 242](#) ff RdNr 15) unbeachtlich, weil sich der Kläger seines Rügerechts durch Zustimmung zur Sprungrevision begeben hat ([§ 161 Abs 4 SGG](#)). Davon ist nicht deshalb eine Ausnahme zu machen, weil der Verfahrensmangel auf einer fehlerhaften Anwendung materiellen Rechts beruhen würde (s dazu [BSGE 97, 242](#) ff RdNr 16). Es kann dahinstehen, ob dieser Rechtsprechung uneingeschränkt zu folgen ist; anders als in dem zitierten Urteil des BSG ist vorliegend allenfalls möglich, nicht aber erkennbar, dass die Entscheidung des SG auf einem materiellrechtlichen Fehler beruht, weil das SG-Urteil die sonstigen Varianten zur Lösung der Problematik im Dreiecksverhältnis anders als das zitierte Urteil nicht abhandelt.

11

4. Dem Senat ist es deshalb auch verwehrt, dem Antrag des Klägers auf Nachholung der unterbliebenen Beiladung der Krankenkasse gemäß [§ 75 Abs 2 2. Alt SGG](#) stattzugeben. Zwar ist die notwendige Beiladung im Revisionsverfahren nicht per se unzulässig, sondern gemäß [§ 168 Satz 2 SGG](#) mit Zustimmung des Beizuladenden grundsätzlich möglich. Andererseits ist die Beiladung im Revisionsverfahren nicht zwingend, selbst wenn die Voraussetzungen des [§ 168 Satz 2 SGG](#) dafür vorliegen (vgl nur Leitherer in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, aaO, § 168 RdNr 3d); ungeachtet entsprechender Anträge der Beteiligten ist über die Beiladung unter Berücksichtigung insbesondere prozessökonomischer Erwägungen nach pflichtgemäßem Ermessen zu entscheiden. Eine revisionsgerichtliche Beiladung kommt unter diesen Voraussetzungen nicht in Betracht, wenn die Beiladung im Wertungswiderspruch zu anderen Vorschriften und Grundsätzen des Revisionsverfahrens stehen würde. Dies wäre hier im Hinblick auf die Vorschrift des [§ 161 Abs 4 SGG](#) der Fall, nach der die Sprungrevision nicht auf Mängel des Verfahrens gestützt werden kann. Dem würde es widersprechen, wenn die Beteiligten zwar mit der Rüge der fehlenden Beiladung nach [§ 75 Abs 2 2. Alt SGG](#) ausgeschlossen wären, ein inhaltlich weitgehend identisches Ziel aber durch nachträgliche Beiladung im Revisionsverfahren erreicht werden könnte.

12

5. Richtiger Kläger ist der Landrat des Kreises H., der auch die Klage erhoben hat. Der Kreis H. ist gemäß [§ 3 Abs 2 Satz 2](#) Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch - Sozialhilfe - (SGB XII) iVm § 1 Landesausführungsgesetz zum SGB XII (AG-SGB XII) für das Land Nordrhein-Westfalen (NRW) vom 16. Dezember 2004 (Gesetz- und Verordnungsblatt (GVBl) NRW 816) örtlicher Träger der Sozialhilfe. Beteiligtenfähige Behörde ist damit der Landrat des Kreises ([§ 70 Nr 3 SGG](#) iVm § 3 des Gesetzes zur Ausführung des SGG im Land NRW vom 8. Dezember 1953 - GVBl 412 - zuletzt geändert durch das Gesetz vom 28. Februar 2008 - GVBl 162 - iVm § 42 Buchst e Kreisordnung für das Land NRW idF der Bekanntmachung vom 14. Juli 1994 - GVBl 646). Der Senat teilt nicht die Auffassung des für Streitigkeiten aus der gesetzlichen Krankenversicherung zuständigen 1. Senats, wonach die landesrechtliche Regelung wohl nicht für Erstattungsstreitigkeiten gelten soll (BSG, Urteil vom 17. Juni 2008 - [B 1 KR 30/07 R](#) - RdNr 9). § 3 des Ausführungsgesetzes zum SGG bietet für eine solche Auslegung keine Anhaltspunkte. Gleichwohl bedarf es keiner Anfrage bei diesem Senat (vgl [§ 41 Abs 1 Satz 1 SGG](#)), weil es an der Rechtserheblichkeit der zwischen den Senaten unterschiedlich beurteilten Rechtsfrage fehlt. Ungeachtet der Frage der unbeschränkten Geltung des Behördenprinzips bleibt die Sachlegitimation der beteiligten Träger nämlich in jedem Fall bestehen. Dass statt des Kreises die Behörde den Prozess zu führen hat, ist nur von formaler Natur, wenn es darum geht, ob der Landrat oder der Kreis die Klage erheben und den Prozess führen muss. Dahinstehen kann deshalb, ob Abweichungen, die aus der unterschiedlichen Auslegung an sich irreversiblen Landesrecht resultieren (können), eine Vorlage an den Großen Senat überhaupt zu rechtfertigen vermögen.

13

Vorliegend war die Klage auch nicht statt vom Landrat vom Bürgermeister der vom Kreis H. herangezogenen Stadt H. zu erheben gewesen, die dem Hilfeempfänger die Leistungen der Sozialhilfe erbracht und diesen auch zur Krankenversicherung nach [§ 264 Abs 2 SGB V](#) angemeldet hat. Unter welchen Voraussetzungen in den Fällen, in denen die Kreise kreisangehörige Gemeinden zur Durchführung der Aufgabe der Sozialhilfe in eigenem Namen heranziehen (sog Durchführungsheranziehung, vgl [§ 99 SGB XII](#) iVm § 3 Abs 1 Satz 1 AG-SGB XII NRW), der Bürgermeister der herangezogenen Gemeinde als Behörde des ihn heranziehenden Sozialhilfeträgers handelt und damit der richtige Beteiligte ist (so für den Streit aus dem Leistungsverhältnis BSG, Urteil vom 11. Dezember 2007 - [B 8/9b SO 21/06 R](#) - RdNr 11 f), bedarf keiner Entscheidung, weil der Kreis die Heranziehung in zulässiger Weise (§ 3 Abs 1 Satz 2 AG-SGB XII NRW) auf die Durchführung der ihm als örtlichem Träger der Sozialhilfe gegenüber natürlichen Personen obliegenden Aufgaben beschränkt hat (§ 1 Abs 1 der Satzung über die Heranziehung der Städte und Gemeinden im Kreis H. zur Durchführung der Sozialhilfe nach dem SGB XII im Kreis H. vom 29. Dezember 2004). Das hier maßgebliche Erstattungsverfahren gegenüber dem Landschaftsverband als juristischer Person des öffentlichen Rechts ist damit ohnehin von der Heranziehung ausgenommen.

14

Richtiger Beklagter ist andererseits als beteiligtenfähige ([§ 70 Nr 3 SGG](#) iVm § 3 des Gesetzes zur Ausführung des SGG im Land NRW) Behörde der Direktor des Landschaftsverbands (§ 17 Abs 1 Buchst d Landschaftsverbandsordnung für das Land NRW idF der Bekanntmachung vom 14. Juli 1994 - GVBl 657). Insoweit war das Rubrum entsprechend zu berichtigen. Zur Auslegung der vorgenannten (unter 5.) landesrechtlichen Regelungen war der Senat mangels eigener Auslegung des SG befugt (vgl nur: [BSGE 94, 149](#) ff RdNr 27 = [SozR 4-2700 § 63 Nr 2](#), [BSGE 77, 53](#), 59 = [SozR 3-2500 § 106 Nr 33](#) S 190, jeweils mwN).

15

6. Wegen des Zinsanspruchs ist die Klage abzuweisen; Zinsen stehen dem Kläger unter keinem rechtlichen Gesichtspunkt zu.

16

Es entspricht der ständigen Rechtsprechung des BSG im Bereich der Sozialversicherung, dass für Erstattungsansprüche der Sozialleistungsträger untereinander Prozesszinsen nicht zu entrichten sind, weil es dafür an einer ausdrücklichen sozialrechtlichen Anspruchsgrundlage und mangels planwidriger Regelungslücke auch an den Voraussetzungen für eine analoge Anwendung des [§ 291 BGB](#) fehlt ([BSGE 49, 227](#), 229 = [SozR 1200 § 44 Nr 2 S 10 mwN](#); BSG [SozR 4-2500 § 19 Nr 4](#)). Dies gilt in gleicher Weise im Bereich der Sozialhilfe; sozialhilferechtliche Sonderregelungen gibt es weder auf bundesrechtlicher noch auf landesrechtlicher Ebene. Grundsätzliche Unterschiede zwischen Sozialhilfe- und Sozialversicherungsträgern, die es rechtfertigen würden, dass erstere in den Genuss einer analogen Anwendung des [§ 291 BGB](#) kämen, letztere dagegen nicht, sind nicht ersichtlich. Der erkennende Senat führt damit die Rechtsprechung des für die Sozialhilfe nicht mehr zuständigen Bundesverwaltungsgerichts (BVerwG) nicht fort, das Trägern der Sozialhilfe nach dem bis 31. Dezember 2004 geltenden BSHG in Erstattungsstreitigkeiten untereinander Prozesszinsen in entsprechender Anwendung des [§ 291 BGB](#) zugebilligt hatte (insbesondere [BVerwGE 111, 213](#), 219 = [Buchholz 436.0 § 103 BSHG Nr 2](#)).

17

Dem Kläger stehen Zinsen auch nicht unter anderen rechtlichen Gesichtspunkten zu. [§ 108 Abs 2 SGB X](#), wonach ein Erstattungsanspruch der Träger der Sozialhilfe, der Kriegsofopferfürsorge und der Jugendhilfe von anderen Leistungsträgern unter bestimmten weiteren Voraussetzungen auf Antrag mit 4 vom Hundert zu verzinzen ist, scheidet als Anspruchsgrundlage im Verhältnis gleichgeordneter Träger und damit auch im Verhältnis der Träger der Sozialhilfe untereinander aus ([BVerwGE 114, 61](#), 63; von Wulffen, SGB X, 6. Aufl 2008, § 108 RdNr 4; vgl bereits die Gesetzesbegründung, [BT-Drucks 13/3904, S 48](#)). [§ 44 Abs 1 SGB I](#) andererseits sieht nur eine Verzinsung von Sozialleistungen vor und kann auf das Verhältnis der Sozialleistungsträger untereinander nicht entsprechend angewandt werden ([BSGE 49, 227](#), 229 = SozR 1200 § 44 Nr 2; vgl auch Mrozynski, SGB I, 3. Aufl 2003, § 44 RdNr 11).

18

7. Seine Hauptforderung kann der Kläger jedenfalls nicht auf eine bundesrechtliche Anspruchsgrundlage stützen. Ein Anspruch ergibt sich nicht aus [§ 105 Abs 1 SGB X](#). Danach ist der zuständige und zuständig gewesene Leistungsträger erstattungspflichtig, soweit ein unzuständiger Leistungsträger Sozialleistungen erbracht hat, ohne dass die Voraussetzungen des [§ 102 Abs 1 SGB X](#) vorliegen, und soweit der zuständige Leistungsträger nicht bereits selbst geleistet hat, bevor er von der Leistung des unzuständigen Leistungsträgers Kenntnis erlangt hat. Diese Voraussetzungen sind schon deshalb nicht erfüllt, weil der Kläger keine Sozialleistung als unzuständiger Leistungsträger erbracht hat.

19

Soweit wegen der Erbringung von Sozialleistungen an die Kostenersatzung des Klägers gegenüber der Krankenkasse selbst angeknüpft wird, fehlt es bereits an deren Sozialleistungsqualität. Der Begriff der Sozialleistung ist - auch für die anderen Sozialleistungsbereiche des Sozialgesetzbuchs verbindlich (vgl [§ 37 Satz 1 SGB I](#)) - in [§ 11 SGB I](#) definiert. Gegenstand der sozialen Rechte sind danach die in diesem Gesetzbuch vorgesehenen Dienst-, Sach- und Geldleistungen (Sozialleistungen). Sozialleistungen sind also solche Leistungen, die der Verwirklichung eines der in [§§ 3 - 10 SGB I](#) genannten sozialen Rechte dienen, im Sozialgesetzbuch geregelt sind und die dem Träger der sozialen Rechte dadurch zugute kommen, dass bei ihm eine vorteilhafte Rechtsposition begründet wird ([BSGE 55, 40](#), 44 = SozR 2100 § 27 Nr 2 S 5 f). Erstattungsansprüche der Sozialleistungsträger untereinander rechnen deshalb nach der ständigen Rechtsprechung des BSG nicht zu den Sozialleistungen iS des [§ 11 SGB I](#) ([BSGE 49, 227](#), 228 = SozR 1200 § 44 Nr 2 S 8; [BSGE 55, 40](#), 44 = SozR 2100 § 27 Nr 2 S 6). Damit scheidet die Anwendung des [§ 105 SGB X](#) auch für den Fall aus, dass der Anspruch der Krankenkasse gegen den Kläger ein solcher der [§§ 102 ff SGB X](#) gewesen sein sollte, falls es sich bei der Leistung der Krankenkasse überhaupt nicht um eine erstattungspflichtige Krankenbehandlung iS des [§ 264 Abs 7 SGB V](#) gehandelt haben sollte (s dazu unter 12. am Ende).

20

Die Rechtsprechung des BSG, die sich in erster Linie auf die Erstattungsansprüche nach [§§ 102 ff SGB X](#) bezieht, ist auf den spezialgesetzlichen Erstattungsanspruch des [§ 264 Abs 7 Satz 1 SGB V](#) zu übertragen; auch dessen Erfüllung hat keine Sozialleistungsqualität iS des [§ 11 SGB I](#) (aA zu Unrecht wohl Zeitler, NDV 2004, 45, 46, und Schlette in Hauck/Noftz, SGB XII, K § 48 RdNr 5, Stand Dezember 2007). In der Situation des [§ 264 Abs 7 Satz 1 SGB V](#) kommt dem Hilfeempfänger, der die zugrundeliegende Leistung als Sachleistung ([§ 2 Abs 2 Satz 1 SGB V](#)) im Zeitpunkt der Fälligkeit des Erstattungsanspruchs bereits erhalten hat, die Erstattung weder in tatsächlicher noch in rechtlicher Hinsicht zugute; sie stellt sich für ihn rechtlich nicht als vorteilhaft, sondern als neutral dar und vermag nicht der Verwirklichung seiner sozialen Rechte zu dienen.

21

Sozialleistungsqualität iS des [§ 11 Abs 1 SGB I](#) hat zwar die von der Krankenkasse erbrachte Leistung der Behandlung (§ 39 Abs 1 bzw [§ 40 Abs 2 iVm § 2 Abs 2 SGB V](#)). Ob diese Leistung - sofern sie im Rahmen des [§ 264 SGB V](#) erbracht wird - dem Sozialhilfeträger als eigene Sozialleistung zugerechnet werden kann, kann allerdings offen bleiben; jedenfalls scheidet eine Zurechnung dieser Leistung als vom Kläger zu Unrecht erbracht aus.

22

Zwar ist anerkannt, dass Sozialleistungen dem Leistungsberechtigten nicht in jedem Falle unmittelbar durch den jeweiligen Träger der Sozialleistungen erbracht werden müssen. Der Leistungsträger kann die Leistungen nicht nur durch Leistungserbringer, sondern gerade auch durch andere Leistungsträger im Rechtssinne selbst erbringen. Voraussetzung dafür ist, dass dem Leistungsträger das Handeln eines anderen Leistungsträgers wie eigenes Handeln zugerechnet werden kann (vgl [BSGE 65, 31](#), 33 f = SozR 1300 § 111 Nr 6). Notwendige Voraussetzung ist dann aber, dass der eigentlich leistende Sozialleistungsträger zu dem Leistungsträger, dem das Handeln zugerechnet werden soll, in einem Vertretungs- bzw Auftragsverhältnis steht. Ein solches Auftragsverhältnis kann kraft individueller oder genereller rechtsgeschäftlicher Vereinbarung zwischen Sozialleistungsträgern (vgl [§ 88 SGB X](#)) oder kraft Gesetzes (vgl [§ 93 SGB X](#)) bestehen, wobei von einem gesetzlichen Auftragsverhältnis grundsätzlich dann auszugehen ist, wenn einem Leistungsträger (Beauftragten) durch Rechtsvorschrift die Erfüllung von Aufgaben eines anderen Leistungsträgers übertragen wird (Engelmann in von Wulffen, SGB X, 6. Aufl 2008, § 93 RdNr 3). Ein solches - zurechenbarkeitsbegründendes - Auftragsverhältnis wird etwa für das Verhältnis zwischen Versorgungsbehörde und Krankenkasse bezogen auf die in § 18c Abs 1 Satz 3 Bundesversorgungsgesetz genannten Leistungen angenommen ([BSGE 65, 31](#), 33 f = SozR 1300 § 111 Nr 6 S 19 f).

23

Ein gesetzliches Auftragsverhältnis besteht nach Ansicht des 1. Senats des BSG auch im Verhältnis zwischen den Trägern der Sozialhilfe und den Krankenkassen für die Leistungen der unechten Krankenversicherung nach [§ 264 Abs 2 bis 6 SGB V](#) (BSG, Urteil vom 17. Juni 2008 - [B 1 KR 30/07 R](#); aA aber Sunder, Gutachten Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, NDV 2004, 320, 323; H. Schellhorn in Schellhorn/Schellhorn/Hohm, SGB XII, [§ 48 SGB XII](#) RdNr 10; Zink/Lippert in Mergler/Zink, Handbuch der Grundsicherung und Sozialhilfe, [§ 48 SGB XII](#) RdNr 82 ff, Stand August 2007 und wohl auch Wahrendorf in Grube/Wahrendorf, SGB XII, [§ 48 SGB XII](#) RdNr 30 f, sowie Zeitler, NDV 2004, 45, 46). Ob der Auffassung des 1. Senats in der Bewertung des Verhältnisses zwischen Trägern der Sozialhilfe und Krankenkassen als

gesetzlicher Auftrag iS des [§ 93 SGB X](#) zu folgen oder nicht eher ein auftragsähnliches Verhältnis anzunehmen ist, kann offen bleiben. Hieraus würde - auch wenn die Erstattungszuständigkeit des Beklagten nach [§ 264 Abs 7 Satz 1 SGB V](#) im vorliegenden Falle feststehen würde - kein Erstattungsanspruch des Klägers nach [§ 105 Abs 1 Satz 1 SGB X](#) resultieren.

24

Wären alle Voraussetzungen (gesetzliches Auftragsverhältnis zwischen Sozialhilfeträger und Krankenkasse, Zurechenbarkeit der Sozialleistung über das Auftragsverhältnis, Aufgaben- und Erstattungszuständigkeit des Landschaftsverbandes als überörtlichem Träger) gegeben, wäre es nicht der Kläger gewesen, der diese Leistung als unzuständiger Träger erbracht hätte. In diesem Falle müsste die Sozialleistung vielmehr von vornherein dem Landschaftsverband als dem zuständigen überörtlichen Träger der Sozialhilfe zugerechnet werden; der Kreis hätte auch unter diesen Prämissen nicht die Sozialleistung (zu Unrecht) erbracht. Insoweit ist die Sach- und Rechtslage anders als in dem vom 1. Senat des BSG am 19. September 2007 entschiedenen Fall (BSG [SozR 4-2500 § 19 Nr 4](#)). Dort hatte die unzuständige Krankenkasse dem Krankenhaus die Behandlungskosten gezahlt, damit aber - so auch der 1. Senat - im Rahmen der Sachleistungsveranschaffung ihre Leistungspflicht gegenüber dem Versicherten erfüllt. Für den Sozialhilfeträger besteht demgegenüber überhaupt keine eigene originäre Leistungspflicht gegenüber dem Sozialhilfeempfänger, sondern allenfalls und ausschließlich eine Erstattungspflicht gegenüber der Krankenkasse (reine Kostenträgerschaft).

25

8. [§ 264 Abs 7 SGB V](#) normiert auch - wie dies möglicherweise der Kläger meint - keine "Erstattungszuständigkeit" eines Trägers der Sozialhilfe (insbesondere des örtlichen oder anmeldenden Trägers) im Außenverhältnis dergestalt, dass dieser zunächst im Rahmen eines gesetzlichen Auftrags ([§ 93 SGB X](#)) allein der Krankenkasse gegenüber zur Erstattung ihrer Aufwendungen verpflichtet wäre und den materiellen Ausgleich dann im Innenverhältnis mit dem überörtlichen Träger herzustellen hätte ([§ 91 SGB X](#)). Auch wenn es vielleicht einfacher und praktikabler wäre, dass die Krankenkasse die Kosten für den einzelnen Hilfefall jeweils bei einem Träger der Sozialhilfe liquidiert und die insoweit sachnäheren Träger der Sozialhilfe die endgültige Kostenverteilung untereinander regeln würden, lässt sich dem Gesetz für ein solches System - ohne ausdrückliche Beauftragung ([§ 88 SGB X](#)) - nichts entnehmen. [§ 264 Abs 7 SGB V](#) spricht vielmehr ausnahmslos vom "zuständigen Träger der Sozialhilfe" und will damit ersichtlich die Erstattungszuständigkeit im Außenverhältnis dem sozialhilferechtlichen Kompetenzgefüge unterwerfen (s dazu unter 12.).

26

9. Die Voraussetzungen der öffentlich-rechtlichen GoA liegen ebenfalls nicht vor. Danach kann ein Geschäftsführer wie ein Beauftragter Ersatz seiner Aufwendungen verlangen, wenn die Geschäftsführung dem Interesse und dem wirklichen oder mutmaßlichen Willen des Geschäftsführers entspricht. Dabei kann offenbleiben, inwieweit dieses Rechtsinstitut neben den gesetzlichen Erstattungsansprüchen der [§§ 102 ff SGB X](#) überhaupt Anwendung finden (vgl dazu: [BSGE 67, 100 ff](#) = [SozR 3-7610 § 683 Nr 1](#) und BSG [SozR 3-7610 § 683 Nr 4](#)) und inwieweit im Einzelnen die bürgerlichrechtlichen Bestimmungen der [§§ 683 ff BGB](#) bei der öffentlich-rechtlichen GoA entsprechend angewendet werden können. Schon die Grundvoraussetzungen einer GoA, die auch im öffentlich-rechtlichen Bereich Geltung beanspruchen müssen, liegen nämlich in Ansehung der vom SG getroffenen tatsächlichen Feststellungen unter keinen denkbaren Umständen vor. Der Kläger hat bereits kein fremdes Geschäft geführt, und zwar weder ein objektiv fremdes noch ein solches, das zumindest "auch fremd" oder subjektiv fremd ist. Dies wäre nur der Fall, wenn er an die Krankenkasse zur Tilgung einer fremden Schuld gezahlt hätte ([§ 267 BGB](#)). Dies wiederum hätte entweder eine entsprechende Tilgungsbestimmung oder nach dem Empfängerhorizont eine Zahlung auf die Schuld des Beklagten vorausgesetzt (vgl nur [BGHZ 137, 89](#), 95). Beides ist nach den Feststellungen des SG nicht der Fall. Auf die Voraussetzungen der [§§ 678, 679 BGB](#) kommt es deshalb nicht mehr an, weil der Kläger mit der Begleichung einer vermeintlichen oder bestehenden Schuld ausschließlich ein eigenes Geschäft geführt hat.

27

10. Der Kläger kann vom Beklagten Kostenerstattung auch nicht auf der Grundlage eines öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs verlangen. Es fehlt an den tatbestandlichen Voraussetzungen dieses Anspruchs. Der allgemeine öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch ist ein aus allgemeinen Grundsätzen des Verwaltungsrechts, insbesondere der Gesetzmäßigkeit der Verwaltung, abgeleitetes eigenständiges Rechtsinstitut des öffentlichen Rechts. Er verschafft dem Anspruchsinhaber ein Recht auf Herausgabe des Erlangten, wenn eine Leistung ohne Rechtsgrund oder eine sonstige rechtsgrundlose Vermögensverschiebung erfolgt ist. Seine Anspruchsvoraussetzungen und Rechtsfolgen entsprechen, soweit sie nicht spezialgesetzlich geregelt sind, denen des zivilrechtlichen Bereicherungsanspruchs ([BVerwGE 71, 85](#), 88; [87, 169](#), 172; [100, 56](#), 59; [112, 351](#), 353 f). Erfolgt die Vermögensverschiebung durch Leistung, also auf Grund bewusster und zweckgerichteter Vermehrung fremden Vermögens, ist deshalb neben den geschriebenen Anspruchsvoraussetzungen des [§ 812 Abs 1 Satz 1](#) 1. Variante BGB auch der Vorrang der Leistungsbeziehung zu beachten. Dies bedeutet, dass der Gläubiger des Erstattungsanspruchs - sofern er zur Erfüllung einer bestehenden oder angenommenen eigenen Verpflichtung geleistet hat - wegen desselben Gegenstands keinen Anspruch auf Bereicherung in sonstiger Weise gegen einen Dritten haben kann. Deshalb kommt, sofern es in einer Rechtsbeziehung an einem rechtlichen Grund für die erbrachte Leistung fehlt, ein Erstattungsanspruch grundsätzlich nur zwischen den an dieser Rechtsbeziehung Beteiligten in Betracht ([BGHZ 137, 89](#), 95). Der Kläger hat nach den bindenden Feststellungen ([§ 163 SGG](#)) des SG auf die Erstattungsforderung der Krankenkasse gezahlt, weil er eine (vermeintlich) bestehende eigene Leistungsverpflichtung erfüllen wollte. Er hat damit im Rechtssinne geleistet und ist in Ansehung des Vorrangs der Leistungsbeziehung gehalten, ggf Erstattung von der Krankenkasse zu verlangen, die sich dann ihrerseits ggf an den Beklagten als (möglicherweise) zuständigen Träger wenden könnte. Ein unmittelbarer Durchgriff auf den Beklagten kommt vorliegend nicht in Betracht.

28

11. Ob dem Kläger auf Grund landesrechtlicher Vorschriften ein Anspruch gegen den Beklagten auf Erstattung der gegenüber der Krankenkasse getätigten Aufwendungen zusteht, wird das LSG zu befinden haben. Zwar wäre der Senat hier nicht daran gehindert, die dem Grunde nach nicht revisiblen ([§ 162 SGG](#)) landesrechtlichen Anspruchsgrundlagen der [§§ 4 Abs 1](#) und [2, 5 Abs 1 AG-SGB XII NRW](#) selbst zu prüfen, weil das SG diese Vorschriften bei seiner Entscheidung unberücksichtigt gelassen hat. Die Entscheidung in der Sache unter

Zugrundelegung der landesrechtlichen Vorschriften erweist sich aber als unzulässig ([§ 170 Abs 2 Satz 2 SGG](#)). Zweckmäßig ist vielmehr die Zurückverweisung an das LSG, das für die Berufung gegen das Urteil des SG zuständig gewesen wäre ([§ 170 Abs 4 Satz 1 SGG](#)).

29

Bei der ihm zukommenden Ermessensentscheidung berücksichtigt der Senat zunächst, dass das zur letztverbindlichen Auslegung irreversiblen Landesrechts berufene LSG durch die Sprungrevision übergegangen und ihm damit die Möglichkeit genommen wurde, die in Betracht kommenden landesrechtlichen Anspruchsgrundlagen anstelle der vom SG bejahten bundesrechtlichen Anspruchsgrundlagen zu prüfen. Besondere Bedeutung kommt diesem Umstand hier deshalb zu, weil das LSG in einem ähnlich gelagerten Fall nicht nur die grundsätzliche Anwendbarkeit der §§ 4 Abs 1 und 2, 5 Abs 1 AG-SGB XII NRW (iVm [§ 91 Abs 1 Satz 1 SGB X](#)), sondern auch den auf diese Normen gestützten Anspruch bejaht hat (Urteil vom 19. April 2007 - [L 9 SO 5/06](#)). Problematisch ist allerdings, welche Anforderungen an einen Streit über die Zuständigkeit iS des § 4 Abs 1 AG-SGB XII NRW zu stellen sind und unter welchen Umständen von der Unfähigkeit des überörtlichen Trägers zu rechtzeitigem Tätigwerden iS des § 4 Abs 2 AG-SGB XII NRW auszugehen ist. Auch die Auslegung der unbestimmten Rechtsbegriffe der "erforderlichen Hilfe" in § 4 Abs 1 AG-SGB XII NRW und der "notwendigen Maßnahmen" iS des § 4 Abs 2 AG-SGB XII NRW kann nicht ohne weiteres allein unter Beachtung des Gesetzeswortlauts erfolgen. Nach Ansicht des Senats ist eher zweifelhaft, ob die Befriedigung von Erstattungsansprüchen der Krankenkassen nach [§ 264 Abs 7 SGB V](#) überhaupt unter § 4 AG-SGB XII NRW subsumiert werden kann.

30

Bei seinen Zweckmäßigkeitserwägungen berücksichtigt der Senat weiter die erstinstanzlich unterbliebene und revisionsgerichtlich hier nicht mehr durchführbare Beiladung der Krankenkasse. Über deren Beteiligung im Wege der unechten notwendigen Beiladung wird sich nach Zurückverweisung das LSG Gedanken machen können. Ggf wird das LSG auch die Verurteilung der (dann) Beigeladenen - uU unter der bislang ungeklärten Rechtslage entsprechender Auslegung der Verjährungsregelungen - zu prüfen und über die Kosten des Revisionsverfahrens zu befinden haben.

31

12. Bei der Prüfung, ob der Erstattungsanspruch des Klägers gegen den Beklagten entweder auf § 4 Abs 1 AG-SGB XII NRW, § 5 Abs 1 AG-SGB XII NRW iVm § 91 Abs 1 SGB X oder auf § 4 Abs 2 AG-SGB XII NRW, § 5 Abs 1 AG-SGB XII NRW iVm [§ 91 Abs 1 SGB X](#) gestützt werden kann, wird das LSG an seiner Rechtsprechung - ohne Bindung an die folgenden Ausführungen des Senats gemäß [§ 170 Abs 5 SGG](#) - festhalten dürfen, dass [§ 264 Abs 7 SGB V](#) keine abschließende Zuständigkeitsregelung für die Erstattungspflicht gegenüber den Krankenkassen enthält, sondern dass sich die Erstattungszuständigkeit, und zwar schon im Außenverhältnis gegenüber der Krankenkasse - (fiktiv) an den sozialhilferechtlichen Zuständigkeitsregelungen misst, die der Senat jedoch nicht erläutert, weil dies eine Auslegung von Landesrecht bedeuten würde. Das LSG wird ferner davon ausgehen können, dass der Begriff der "Krankenbehandlung" iS des [§ 264 Abs 7 Satz 1 SGB V](#) auch Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation umfasst und dabei keine Änderung gegenüber dem Krankenversicherungsrecht allgemein erfährt, selbst wenn die erbrachten Leistungen medizinischer Rehabilitation sozialhilferechtlich der Eingliederungshilfe ([§ 54 SGB XII](#) iVm [§ 26](#) Sozialgesetzbuch Neuntes Buch - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen - (SGB IX)) zuzurechnen wären.

32

Die Zuständigkeit für die Erstattung der Aufwendungen der Krankenkassen für die Krankenbehandlung von Hilfeempfängern im Rahmen der unechten Krankenversicherung ergibt sich insoweit allein aus den sozialhilferechtlichen Kompetenzvorschriften. Sie ist anhand einer fiktiven Betrachtung zu bestimmen, die danach fragt, welcher Träger der Sozialhilfe den durch die Krankenkasse gedeckten Bedarf an medizinischer Versorgung zu decken gehabt hätte, wenn es die Vorschrift des [§ 264 SGB V](#) nicht gäbe.

33

Gegen die vom Beklagten vertretene Auffassung, [§ 264 SGB V](#) enthalte eine eigene spezialgesetzliche und ausschließliche Zuständigkeitszuweisung an die örtlichen Träger der Sozialhilfe, spricht der Wortlaut des [§ 264 Abs 7 Satz 1 SGB V](#). Danach werden die Aufwendungen, die den Krankenkassen durch die Übernahme der Krankenbehandlung entstehen, von den für die Hilfe zuständigen Trägern der Sozialhilfe erstattet. Bereits das unmittelbare Begriffsverständnis des Merkmals "für die Hilfe zuständig" legt es nahe, dass sich die Frage der Zuständigkeit nicht aus dieser Bestimmung oder sonst aus den Regelungen des SGB V, sondern aus den Normen des Sozialhilferechts ergeben soll. Anderes kann auch aus der Entstehungsgeschichte der Vorschrift nicht abgeleitet werden (vgl [BT-Drucks 15/1525, S 140](#) f). Es ist also nicht auf diejenige Hilfe abzustellen, die der Träger der Sozialhilfe tatsächlich erbringt und wegen der die Anmeldung zur unechten Krankenversicherung nach [§ 264 SGB V](#) erfolgt ist (so Zink/Lippert in Mergler/Zink, Handbuch der Grundsicherung und Sozialhilfe, [§ 48 SGB XII](#) RdNr 6, Stand August 2007). Eine solche Auslegung würde dem Zweck der Vorschrift des [§ 264 Abs 7 Satz 1 SGB V](#) nicht gerecht, weil sie zu einer unbeabsichtigten Verschiebung der Finanzverantwortung im Gefüge von örtlichen und überörtlichen Trägern führen könnte.

34

Bei der Prüfung eines landesrechtlichen Erstattungsanspruchs ist zu beachten, dass sich der Kostenerstattungsanspruch der Krankenkasse nach [§ 264 Abs 7 Satz 1 SGB V](#) entgegen der Ansicht des Beklagten auch auf Aufwendungen für Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation erstrecken kann. Einem Anspruch des Klägers auf Ersatz seiner Aufwendungen kann also nicht von vornherein entgegengehalten werden, dass die Krankenkasse selbst die Erstattung ihrer Aufwendungen jedenfalls aus [§ 264 Abs 7 SGB V](#) mangels "Krankenbehandlung" schon nicht hätte verlangen können.

35

Der Begriff der Krankenbehandlung wird in [§ 264 SGB V](#) nicht näher definiert. Er ist systematisch vorrangig aus dem System des Krankenversicherungsrechts zu entwickeln und umfasst deshalb auch die Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation namentlich nach [§ 40 Abs 1](#) und 2 SGB V (so auch Zeitler, NDV 2004, 45, 48 f; wohl auch Wahrendorf in Grube/Wahrendorf, SGB XII, 2. Aufl 2008, [§ 48 SGB XII](#) RdNr 23; aA Bieritz-Harder/Birk, LPK-SGB XII, 8. Aufl 2008, § 48 RdNr 6). Für eine solche, an das krankenversicherungsrechtliche Leistungsrecht angelehnte Betrachtungsweise spricht insbesondere der in [§ 264 Abs 4 Satz 1 SGB V](#) enthaltene Verweis auf [§ 11 Abs 1 SGB V](#) und [§§ 61, 62 SGB V](#). [§ 11 Abs 1 SGB V](#) nimmt seinerseits Bezug auf die im Dritten Abschnitt des SGB V geregelten Anspruchsgrundlagen und in diesem Zusammenhang insbesondere auch ([§ 11 Abs 1 Nr 4 SGB V](#)) auf die die Krankenbehandlung betreffende Vorschrift des [§ 27 SGB V](#). Danach beinhaltet der Anspruch auf Krankenbehandlung ausdrücklich Leistungen der medizinischen Rehabilitation ([§ 27 Abs 1 Satz 2 Nr 6 SGB V](#)), deren Prüfung dem LSG überlassen bleibt. Die Einbeziehung der Leistungen der medizinischen Rehabilitation - insbesondere der hier in Rede stehenden stationären Leistungen nach [§ 40 Abs 2 SGB V](#) - entspricht auch dem Willen des Gesetzgebers, dem es gerade darum ging, eine vollständige leistungs- und verfahrensrechtliche Gleichstellung von Hilfeempfängern und Versicherten zu erreichen ([BT-Drucks 15/1525, S 140](#) f). Dem steht nicht [§ 264 Abs 4 Satz 1 SGB V](#) entgegen, in dem nicht auf [§ 11 Abs 2 SGB V](#) verwiesen wird (so aber zu Unrecht Bieritz-Harder, LPK-SGB XII, 8. Aufl 2008, [§ 54 SGB XII](#) RdNr 6). [§ 11 Abs 2 SGB V](#) enthält nämlich nur eine [§ 11 Abs 1 SGB V](#) ergänzende, mit [§ 40 SGB V](#) korrespondierende Regelung (Plagemann in juris PraxisKommentar SGB V, § 11 RdNr 23). Mit anderen Worten: die am Begriff der Krankheit ansetzende medizinische Rehabilitation des [§ 264 Abs 2 SGB V](#) ist von der insoweit nachrangigen ([§ 2 Abs 2 SGB XII](#)), am Begriff der Behinderung ansetzenden Eingliederungshilfe ([§ 54 Abs 1 SGB XII](#)) abzugrenzen.

Rechtskraft

Aus

Login

BRD

Saved

2009-04-06