

S 15 KR 10/22

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
SG Heilbronn (BWB)
Sachgebiet
Krankenversicherung
1. Instanz
SG Heilbronn (BWB)
Aktenzeichen
S 15 KR 10/22
Datum
19.09.2024
2. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1.) Ein EU-Staatsangehöriger ist nach [§ 5 Abs 11 S 2 SGB 5](#) nicht Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse über die Auffangpflichtversicherung des [§ 5 Abs 1 Nr 13 SGB 5](#), wenn die Voraussetzung für die Wohnortname in Deutschland die Existenz eines Krankenversicherungsschutzes nach § 4 FreizügigkeitsG/EU ist. 2.) Es besteht nach [§ 25 S 2 SGB 12](#) kein Anspruch eines Krankenhauses auf Kostenerstattung als Nothelfer, wenn die Erstattung erst über einen Monat nach Bekanntwerden von erheblichen Zweifeln an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des Patienten beim zuständigen Träger der Sozialhilfe beantragt wird. 3.) Bei einem einheitlichen Streitgegenstand reicht die nur teilweise Kostenprivilegierung aus, um das gesamte Verfahren zu einem kostenfreien Verfahren zu machen.

Gericht: Sozialgericht Heilbronn

Datum: 19.09.2024

Aktenzeichen: [S 15 KR 10/22](#)

Entscheidungsart: Urteil ohne mündliche Verhandlung

Normenkette: [§ § 109 Abs 3 S 4, 39 Abs 1 S 2, § 5 Abs 1 Nr 13 und Abs 11 S 2 SGB 5](#); [§§ 2 Abs 2 und 4 FreizügigkeitsG/EU](#); [§ 25 SGB 12](#); [§§ 193 und 197a SGG](#)

Titelzeile: Kein Anspruch eines Krankenhauses auf Übernahme von Kosten für die notfallmäßige Behandlung eines nicht erwerbstätigen und mittellosen EU-Staatsangehörigen gegen eine gesetzliche Krankenkasse und gegen einen Sozialhilfeträger

1.) Ein EU-Staatsangehöriger ist nach [§ 5 Abs 11 S 2 SGB 5](#) nicht Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse über die Auffangpflichtversicherung des [§ 5 Abs 1 Nr 13 SGB 5](#), wenn die Voraussetzung für die Wohnortname in Deutschland die Existenz eines Krankenversicherungsschutzes nach § 4 FreizügigkeitsG/EU ist.

2.) Es besteht nach [§ 25 S 2 SGB 12](#) kein Anspruch eines Krankenhauses auf Kostenerstattung als Nothelfer, wenn die Erstattung Leitsatz: erst über einen Monat nach Bekanntwerden von erheblichen Zweifeln an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des Patienten beim zuständigen Träger der Sozialhilfe beantragt wird.

3.) Bei einem einheitlichen Streitgegenstand reicht die nur teilweise Kostenprivilegierung aus, um das gesamte Verfahren zu einem kostenfreien Verfahren zu machen.

Die Klage wird abgewiesen.

Die Widerklage des Beigeladenen wird abgewiesen.

Tenor:

Der Beigeladene hat der Klägerin 20 % ihrer außergerichtlichen Kosten zu erstatten. Ansonsten sind außergerichtliche Kosten nicht zu erstatten.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten um die Erstattung von Kosten für eine stationäre Krankenhausbehandlung in Höhe von zuletzt noch 94.708,79 €.

Die Klägerin betreibt ein nach [§ 108 SGB V](#) zur Behandlung von gesetzlich krankenversicherten Patienten zugelassenes Krankenhaus. In dieses wurde am 24.07.2019 der 1968 geborene Patient V. P. als Notfall mit einer Hirnblutung eingeliefert und dort vom 24.07.2019 bis 02.12.2019 stationär behandelt.

Der Patient V.P. ist rumänischer Staatsangehöriger. Er hielt sich zunächst als Saisonarbeiter in Spanien auf und zog am 27.09.2018 nach Deutschland. Zum Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme war der Patient im Zuständigkeitsbereich des Beigeladenen wohnhaft, nicht ansprechbar und hatte nur seine rumänischen Ausweispapiere und keine europäische Krankenversicherungskarte dabei. Der Patient war nicht erwerbstätig, nicht bei der Agentur für Arbeit arbeitslos gemeldet und stand der Arbeitsvermittlung nicht zur Verfügung. Er verfügte weder über Einkommen noch über Vermögen.

Die Klägerin ersuchte zunächst bei der rumänischen Krankenversicherung um Kostenübernahme. Am 09.08.2019 teilte die rumänische Krankenversicherung mit, der Patient sei in Rumänien nicht krankenversichert. Nach weiterer Recherche stellte die Klägerin fest, dass der Patient über eine spanische Versichertenkarte verfügte und ersuchte in der Folge die spanische Krankenversicherung erfolglos um Kostenübernahme.

Die Klägerin schickte am 27.09.2019 vorsorglich eine Aufnahmeanzeige an das Landratsamt L., welches der Klägerin unter dem 08.10.2019

mitteilte, zuständig sei aufgrund der Meldeadresse des Patienten der Beigeladene. Daraufhin bat die Klägerin mit Schreiben vom 10.10.2019 den Beigeladenen um Kostenzusage oder Mitteilung der zuständigen Krankenkasse.

Die Klägerin stellte der Beklagten Ziff. 1 unter dem 07.04.2020 und der Beklagten Ziff. 2 unter dem 30.12.2021 für die stationäre Behandlung des V. P. jeweils 212.597,40 € in Rechnung. Die Beklagte Ziff. 1 und 2 lehnten die Kostenübernahme ab. Der Beigeladene lehnte die Kostenübernahme mit Bescheid vom 11.05.2021 ab. Das dagegen anhängige Widerspruchsverfahren stellte der Beigeladene im Hinblick auf das vorliegende Klageverfahren ruhend.

Die Klägerin hat am 30.12.2021 Klage zum Sozialgericht Heilbronn (SG) erhoben, zu deren Begründung sie im Wesentlichen vorträgt, die Beklagte Ziff. 1 sei nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 a SGB V](#) zur Kostenerstattung verpflichtet. Ein Leistungsausschluss nach [§ 5 Abs. 11 S. 2 SGB V](#) liege nicht vor, weil der Patient ein Aufenthaltsrecht nach § 2 Abs. 2 Nr. 1a FreizügigkeitsG/EU habe. § 4 FreizügigkeitsG/EU finde keine Anwendung bzw. müsse europarechtskonform ausgelegt werden. Schließlich sei die Beklagte Ziff. 1 nach [§ 264 Abs. 2 SGB V](#) zur Kostenübernahme verpflichtet, weil dem Patienten ein Anspruch auf Überbrückungs- und Härtefallleistungen nach [§ 23 Abs. 3 S. 3 bis 6 SGB XII](#) zugestanden habe. Die Beklagte Ziff. 2 sei einstandspflichtig, da derzeit die Möglichkeit bestehe, dass nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) wegen eines Arbeitsunfalls Krankenversicherungspflicht bestanden habe. Zumindest bestehe ein Anspruch der Klägerin gegen den Beigeladenen nach [§ 25 SGB XII](#).

Mit Schriftsatz vom 31.05.2022 hat die Klägerin aufgrund einer fiktiven Neuberechnung der Entgelte mit früherem Entlassungsdatum ihre Klageforderung auf 94.708,79 € reduziert.

Das Gericht hat mit Beschluss vom 03.08.2022 das Landratsamt E. zum Verfahren beigeladen und mit den Beteiligten am 12.01.2023 einen Erörterungstermin durchgeführt.

Mit Schreiben vom 18.06.2023 hat die Klägerin die Klage gegen die Beklagte Ziff. 2 zurückgenommen.

Die Klägerin beantragt zuletzt sinngemäß,

die Beklagte Ziff. 1 zu verurteilen, an die Klägerin 94.708,79 € nebst Zinsen i.H.v. 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz ab Klageerhebung zu bezahlen,

hilfsweise den Beigeladenen zu verurteilen, an die Klägerin 94.708,79 € nebst Zinsen i.H.v. 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz ab Klageerhebung zu zahlen.

Die Beklagte Ziff. 1 beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie vertritt die Auffassung, eine Kostentragung der Beklagten Ziff. 1 als aushelfende Krankenversicherung komme nicht in Betracht, weil kein Fall der Leistungsaushilfe vorliege. Sowohl die rumänische als auch die spanische Krankenversicherung hätten ihre Leistungspflicht abgelehnt.

Die Beklagte Ziff. 2 beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie trägt vor, in Ermangelung jeglicher Anhaltspunkte für ein Beschäftigungsverhältnis komme eine Zuständigkeit der Beklagten Ziff. 2 aufgrund einer Zuordnung nach [§ 175 Abs. 3 S. 4 SGB V](#) nicht in Betracht.

Der Beigeladene beantragt,

festzustellen, dass aufgrund der stationären Behandlung des Patienten V. P. Leistungsansprüche der Klägerin gegen den Beigeladenen nicht bestehen.

Er trägt vor, ein Anspruch der Klägerin nach [§ 25 SGB XII](#) komme nicht in Betracht, da es wegen des Ausschlussstatbestandes des [§ 23 Abs. 3 Nr. 2 SGB XII](#) an einer Leistungspflicht des Sozialhilfeträgers fehle. Zudem sei der Beigeladene örtlich unzuständig für die Erstattung von Aufwendungen nach [§ 25 SGB XII](#). Maßgeblich sei der tatsächliche Aufenthalt des Patienten zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme, hier L.. Ferner begründe die Möglichkeit des Aufwendungsersatzes für den Nothelfer nach [§ 25 SGB XII](#) nicht eine Stellung des Sozialhilfeträgers als „Ausfallbürge“ bezogen auf das Risiko des Krankenhausträgers, einen nicht solventen Patienten behandelt zu haben. Schließlich habe die Klägerin dem Beigeladenen erst am 11.10.2019 die stationäre Aufnahme mitgeteilt und mit der Klärung des Versicherungsschutzes des Patienten viel zu lang zugewartet, sodass es aufgrund der verspäteten Mitteilung jedenfalls an dem für die Annahme eines Eilfalles erforderlichen sozialhilferechtlichen Moment fehle. Die Klägerin habe den Antrag nach [§ 25 S. 2 SGB XII](#) ohnehin nicht innerhalb angemessener Frist gestellt.

Die Beteiligten haben ihr Einverständnis mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die von den beiden Beklagten und dem Beigeladenen vorgelegten Verwaltungsakten, die Prozessakte sowie auf die beigezogene Ausländeramtsakte der Stadt M. verwiesen.

Entscheidungsgründe

Das Gericht konnte nach [§ 124 Abs. 2 SGG](#) ohne mündliche Verhandlung durch Urteil entscheiden, da die Beteiligten ihr Einverständnis hierzu erklärt haben.

Die vom Beigeladenen erhobene Feststellungswiderklage war bereits als unzulässig abzuweisen. Zwar ist die vom Beigeladenen erhobene Feststellungsklage auch als sog. Feststellungswiderklage möglich ([§ 100 SGG](#); dazu: Keller bzw. Schmidt, in: Meyer-Ladewig/Keller/Schmidt, 14. Auflage 2023, § 55 Rn. 20 und § 100 Rn. 2 und 5). Eine Feststellungswiderklage ist aber nur unter den Voraussetzungen zulässig, unter denen eine Feststellungsklage erhoben werden kann (Keller, a.a.O., § 55 Rn. 20).

Die Feststellungsklage ist gegenüber einer Gestaltungs- oder Leistungsklage subsidiär. Sie ist dann unzulässig, wenn bereits im Rahmen einer anhängigen Anfechtungs-, Verpflichtungs- oder Leistungsklage über die Sach- und Rechtsfragen zu entscheiden ist, die der begehrten Feststellung zugrunde liegen, ohne dass ein weitergehendes Feststellungsinteresse besteht (Keller, in: Meyer-Ladewig/Keller/Schmidt, SGG-Kommentar, 14. Aufl. 2023, § 55 Rn. 19a m.w. N.).

Einer gesonderten Feststellungsklage bedarf es vorliegend nicht, da Ansprüche der Klägerin gegen den Beigeladenen ohnehin im Rahmen des von der Klägerin geltend gemachten Leistungsanspruchs vorrangig geprüft werden und der Beigeladene kein weitergehendes Feststellungsinteresse hat. Für die Feststellungswiderklage des Beigeladenen besteht kein Rechtsschutzbedürfnis, da sie sich allein auf die Verneinung des Klageanspruchs beschränkt (Schmidt, a.a.O., § 100 Rn. 6a).

Die von der Klägerin erhobene Klage ist zulässig, insbesondere bedarf es im Hinblick auf die Klage gegen den Beigeladenen nicht der besonderen Sachurteilsvoraussetzungen (Durchführung eines Vorverfahrens), wie sie bei einer Klage der Klägerin gegen den Beigeladenen als Beklagten vorliegen müssten (Gall, in: juris-PK zum SGG, § 75, 2. Aufl. 2022 Rn. 241).

Die Klage ist aber nicht begründet.

1.) Zunächst besteht kein Anspruch auf Erstattung der der Klägerin durch die stationäre Behandlung des Patienten V.P. entstandenen Kosten gegen die Beklagte Ziff. 1.

a.) Ein solcher Anspruch steht der Klägerin nicht nach [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. [§ 39 Abs. 1 S. 2 SGB V](#) zu. Zwar entsteht die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus erfolgt und im Sinne von [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich ist (ständige Rechtsprechung des BSG, vgl. Urteil vom 08.11.2011 - [B 1 KR 8/11 R](#) -; [BSGE 109, 236](#)). Diese Voraussetzungen sind hier nicht erfüllt, denn der Patient V. P., den die Klägerin vom 24.07.2019 bis 02.12.2019 stationär in ihrem Krankenhaus behandelte, war nicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig und damit nicht Mitglied der Beklagten Ziff. 1.

Nach dieser Vorschrift sind versicherungspflichtig Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und zuletzt gesetzlich krankenversichert waren oder bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in Abs. 5 oder den in § 6 Abs. 1 oder 2 genannten Personen gehören oder bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten.

Die Auffangpflichtversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) greift für den Patienten V. P. nicht ein. Dem steht der Ausschlussstatbestand des [§ 5 Abs. 11 S. 2 SGB V](#) entgegen.

Danach werden unter anderem Angehörige eines anderen Mitgliedstaates der Europäischen Union von der Versicherungspflicht nach Abs. 1 Nr. 13 nicht erfasst, wenn die Voraussetzung für die Wohnortnahme in Deutschland die Existenz eines Krankenversicherungsschutzes nach § 4 des Freizügigkeitsgesetzes/EU ist. Dies war vorliegend der Fall: V. P. ist rumänischer Staatsangehöriger. Ein Aufenthaltsrecht als Arbeitnehmer nach § 2 Abs. 2 Nr. 1 Freizügigkeitsgesetz/EU scheidet mangels Erwerbstätigkeit aus. Weiter bestand zum Zeitpunkt der Aufnahme in das Krankenhaus der Klägerin am 24.07.2019 auch kein Aufenthaltsrecht nach § 2 Abs. 2 Nr. 1a Freizügigkeitsgesetz/EU zum Zwecke der Arbeitssuche. Ein solches besteht zunächst nur sechs Monate nach Einreise. Die Einreise des V. P. von Spanien nach Deutschland erfolgte am 27.09.2018. Damit bestand ein Aufenthaltsrecht zum Zwecke der Arbeitssuche höchstens bis 27.03.2019. Darüber hinaus ergibt sich eine Freizügigkeitsberechtigung nur noch bei Nachweis von weiterer Arbeitssuche und begründeter Einstellungsaussicht. Auf Nachfrage des Gerichts hat die Bundesagentur für Arbeit am 01.02.2023 mitgeteilt, dass V. P. sich weder arbeitslos gemeldet hat, noch der Arbeitsvermittlung zur Verfügung gestanden hat. Im gesamten Bestand der Bundesagentur für Arbeit war in Bezug auf V. P. kein Datensatz auffindbar. Zudem ist nach eigenem Vortrag der Klägerin V. P. nicht einmal der deutschen Sprache ausreichend mächtig, womit keine Arbeitssuche bzw. begründete Einstellungsaussicht vorgelegen haben. Damit bestand kein Aufenthaltsrecht zum Zwecke der Arbeitssuche nach § 2 Abs. 2 Nr. 1a Freizügigkeitsgesetz/EU. Weiter kommt kein Daueraufenthaltsrecht nach §§ 2 Abs. 2 Nr. 7 und 4a Freizügigkeitsgesetz/EU in Betracht, weil V.P. erst am 27.09.2018 nach Deutschland eingereist ist und sich daher zum Zeitpunkt seiner Aufnahme in das Krankenhaus der Klägerin nicht mindestens fünf bzw. drei Jahre im Bundesgebiet aufgehalten hat. Daher stand V. P. als nicht erwerbstätigem Unionsbürger nach § 2 Abs. 2 Nr. 5 Freizügigkeitsgesetz/EU ein Aufenthaltsrecht lediglich unter den Voraussetzungen von § 4 Freizügigkeitsgesetz/EU, d. h. bei ausreichendem Krankenversicherungsschutz und ausreichenden Existenzmitteln zu. Diese Voraussetzungen haben jedoch nicht vorgelegen. Ausweislich der Verwaltungsakte des Beigeladenen verfügte V. P. nicht über ausreichende Existenzmittel, weshalb er sowohl Leistungen nach dem SGB XII als auch nach dem SGB II beantragt hat. Auch ein ausreichender Krankenversicherungsschutz lag nicht vor. Damit bestand kein Aufenthaltsrecht für V.P. als nicht erwerbstätigem Unionsbürger. Entgegen der Klagebegründung ist ein solches Ergebnis europarechtskonform. Zwar darf einem wirtschaftlich nicht aktiven Unionsbürger der Beitritt zum öffentlichen Krankenversicherungssystem grundsätzlich nicht verweigert werden. Jedoch kann der jeweilige Mitgliedstaat vorsehen, dass der Zugang zu diesem System nicht unentgeltlich ist, um zu vermeiden, dass der betreffende Unionsbürger die öffentlichen Finanzen dieses Mitgliedstaats unangemessen in Anspruch nimmt. Dafür kann der jeweilige Mitgliedstaat bestimmte Voraussetzungen schaffen, wie beispielsweise, dass der jeweilige Unionsbürger eine umfassende private Krankenversicherung abschließen oder aufrechterhalten muss oder dass der Unionsbürger einen Beitrag zum öffentlichen Krankenversicherungssystem des jeweiligen Mitgliedstaats zahlt (vergleiche EuGH, Urteil vom 15.07.2021 - [C - 535/19](#) -; juris Rn. 58 und 59). Dies war hier beides nicht der Fall, weshalb V. P. über keinen ausreichenden Krankenversicherungsschutz und damit nicht über ein Aufenthaltsrecht verfügte. Folglich greift der Ausschlussstatbestand von [§ 5 Abs. 11 S. 2 SGB V](#) ein, so dass V.P. nicht bei der Beklagten Ziff. 1 nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) gesetzlich krankenversichert war und damit kein Anspruch der Klägerin gegen die Beklagte Ziff. 1 nach [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. [§ 39 Abs. 1 S. 2 SGB V](#) besteht.

b.) Zudem kann die Klägerin ihren Anspruch gegen die Beklagte Ziff. 1 nicht auf [§ 264 Abs. 2 SGB V](#) stützen. Nach [§ 264 Abs. 2 S. 1 SGB V](#) wird die Krankenbehandlung von Empfängern von Leistungen nach dem Dritten bis Neunten Kapitel des Zwölften Buches, nach dem Teil 2 des Neunten Buches, von Empfängern laufender Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes und von Empfängern von Krankenhilfeleistungen nach dem Achten Buch, die nicht versichert sind, von der Krankenkasse übernommen. Die Kammer brauchte nicht

zu entscheiden, ob dem Patienten V. P. Härtefall- bzw. Überbrückungsleistungen nach [§ 23 Abs. 3 S. 3 bis 6 SGB XII](#) zustehen und ob es sich bei diesen im Zweiten Kapitel des SGB XII geregelten Leistungen um Sozialleistungen im Sinne von § 8 SGB XII oder um eigenständige Leistungen im Sinne eines aliud gegenüber den Leistungen des Dritten bis Neunten Kapitels des SGB XII handelt (streitig, vgl. BSG, Urteil vom 13.07.2023 - [B 8 SO 11/22 R](#) -; juris Rn. 18 ff. m.w.N. zum Streitstand). Die Klägerin ist schon nicht aktivlegitimiert. Bei [§ 264 Abs. 2 SGB V](#) handelt es sich nicht um einen Anspruch eines Krankenhauses, sondern um einen Anspruch von Nichtversicherten auf Krankenbehandlung gegen die Krankenkasse.

2.) Die Klägerin hat auch gegen den Beigeladenen keinen Anspruch auf Kostenerstattung.

Die Voraussetzungen hierfür nach der allein in Betracht kommenden Anspruchsgrundlage des [§ 25 SGB XII](#) sind nicht erfüllt, weshalb die Kammer von einer Beiladung des eigentlich örtlich zuständigen Sozialhilfeträgers, nämlich des Landratsamts L. abgesehen hat (vgl. zur örtlichen Zuständigkeit des Sozialhilfeträgers beim Nothelferanspruch: BSG, Urteil vom 18.11.2014 - [B 8 SO 9/13 R](#) -; juris Rn. 11).

Nach [§ 25 Satz 1 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 gebotenen Umfang zu erstatten, wenn er sie nicht aufgrund rechtlicher oder sittlicher Pflicht selbst zu tragen hat. Auch hier brauchte die Kammer nicht zu entscheiden, ob dem V. P. Überbrückungs- oder Härtefallleistungen nach [§ 23 Abs. 3 S. 3 bis 6 SGB XII](#) zugestanden haben, weil die Voraussetzungen nach [§ 25 SGB XII](#) schon nicht vorgelegen haben.

Die Vorschrift des [§ 25 SGB XII](#) regelt abschließend einen Kostenersatzanspruch einer (auch juristischen) Person, die anstelle des Sozialhilfeträgers, hier des Beigeladenen, Hilfeleistungen ohne dessen Auftrag erbringt (BSG v. 23.08.2013 - [B 8 SO 19/12 R](#) - juris, Rn. 21).

Voraussetzung ist danach, dass für die Zeit, für die für eine Leistungserbringung Aufwendungen zur Erstattung gefordert werden, ein Eilfall im Sinne der Vorschrift vorgelegen hat. Ein Eilfall ist dann gegeben, wenn nach den Umständen des Einzelfalles umgehend geholfen werden muss und eine rechtzeitige Einschaltung des Trägers der Sozialhilfe nicht möglich gewesen ist (Krohn, in: Hauck/Noftz, [§ 25 SGB XII](#), 4. EL 2024 Rn. 9, m.w.N.). Ein Eilfall in diesem Sinne erfordert das Zusammentreffen eines bedarfsbezogenen mit einem sozialhilferechtlichen Moment. Das bedarfsbezogene Moment verlangt, dass bei dem Empfänger der Nothilfe ein bestehender Bedarf unabweisbar ist und unmittelbar durch den Nothelfer gedeckt werden muss. Das sozialhilferechtliche Moment ist dann erfüllt, wenn der Sozialhilfeträger keine Kenntnis von dem Leistungsfall hatte, eine rechtzeitige Leistung objektiv nicht zu erlangen ist. Die Notsituation muss keine Zeit zur Unterrichtung des zuständigen Trägers und dessen Entschließung zur Hilfewährung gelassen haben (vgl. Waldhorst-Kahnau, in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB XII, § 25, 4. Auflage Stand 01.05.2024 Rn. 21 ff., m.w.N.; BSG, a.a.O., Rn. 17 f.). Danach lagen die Voraussetzungen eines Eilfalles im Sinne von [§ 25 S. 1 SGB XII](#) zunächst ab 24.07.2019 vor, denn V. P. wurde mit einer Hirnblutung in das Krankenhaus der Klägerin als Notfall eingeliefert und musste umgehend einer Akutbehandlung zugeführt werden. Damit war das bedarfsbezogene Element des Eilfalles gegeben. Auch lag zunächst das sozialhilferechtliche Moment vor, denn eine rechtzeitige Leistung des Beigeladenen war im Hinblick auf die Notfallsituation (akute Hirnblutung) jedenfalls unmittelbar mit Behandlungsbeginn objektiv nicht zu erlangen.

Das sozialhilferechtliche Moment des Eilfalles im Sinne des [§ 25 SGB XII](#) endet mit der Kenntnis des Sozialhilfeträgers von dem Bedarfsfall, die Kenntnis bildet die Zäsur für die sich ausschließenden Ansprüche des Nothelfers und des Hilfebedürftigen (BSG, a.a.O., Rn. 18). Diese „Zäsur“ tritt allerdings auch dann ein, wenn für den Nothelfer die Mittellosigkeit des Hilfeempfängers erkennbar ist und er den Träger der Sozialhilfe nicht informiert (Waldhorst-Kahnau, a.a.O.; BSG v. 18.11.2014 - [B 8 SO 9/13 R](#) - juris, Rn. 16). Es besteht im Hinblick darauf, dass der Nothelfer im Sinne des [§ 25 SGB XII](#) eine dem Träger der Sozialhilfe obliegende öffentliche Aufgabe wahrnimmt und dies nur für die Zeit gerechtfertigt sein kann, in der der Sozialhilfeträger selbst keine Kenntnis des Bedarfsfalls hat und haben kann (vgl. BSG v. 23.08.2013 - [B 8 SO 19/12 R](#) - a.a.O., Rn. 22), eine Obliegenheit des Nothelfers, den Sozialhilfeträger dann zu informieren, wenn ihm Umstände bekannt werden, die ein Eintreten des Sozialhilfeträgers möglich erscheinen lassen. Dann ist es an dem Träger der Sozialhilfe, im Rahmen eines bei ihm angesiedelten Verwaltungsverfahrens die weitere Eintrittspflicht der Sozialhilfe zu prüfen und ggf. bedarfsdeckende Leistungen zu gewähren. Die Obliegenheit schließt zwar ein, dass das Krankenhaus selbst prüft, ob ein eintrittspflichtiger Dritter (Krankenkasse) einzutreten hat. Soweit die Klägerin jedoch meint, im vorliegenden Fall habe ihre Prüfpflicht nach Auskunft der rumänischen Krankenversicherung über das Nichtbestehen von Versicherungsschutz des V.P. noch bis zum Abschluss der Klärung der Mitgliedschaft des V.P. in der spanischen oder deutschen Krankenversicherung bestanden, ist dem nicht zu folgen.

Vor dem Hintergrund der bestehenden Aufgaben des Trägers der Sozialhilfe und der nur ausnahmsweisen Erbringung von Leistungen für diesen durch den Nothelfer muss sichergestellt sein, dass der öffentliche Träger frühzeitig Kenntnis von einem (möglichen) Bedarfsfall erhält. Deshalb endet eine in diesem Sinne „Eilzuständigkeit“ des Nothelfers schon dann, wenn eine Kostentragung einer Krankenkasse zweifelhaft ist (vgl. BSG v. 23.08.2013 - [B 8 SO 19/12 R](#) - a.a.O., Rn. 22) und erst recht, wenn die zunächst für leistungspflichtig gehaltene Krankenkasse gegenüber dem Nothelfer eine Kostenübernahme ablehnt (vgl. für den Fall der Verneinung eines Versicherungsschutzes durch den Patienten BSG v. 18.11.2014 - [B 8 SO 9/13 R](#) - a.a.O., Rn. 16 und LSG Berlin-Brandenburg v. 22.02.2018 - [L 23 SO 77/17](#) - juris Rn. 28).

Vorliegend war spätestens am 09.08.2019 der Eilfall beendet, da zu diesem Zeitpunkt der Klägerin nach eigenem Vortrag bekannt geworden ist, dass die bisher als einstandspflichtig angenommene rumänische Krankenkasse die nicht unerheblichen Kosten der Behandlung nicht übernehmen werde und der Klägerin andere einzusetzende Mittel des V.P. nicht bekannt waren. Damit hat spätestens zu diesem Zeitpunkt die Einschaltung des zuständigen Sozialhilfeträgers für die Klägerin nahegelegen. Dass die Klägerin in der Folge einen bestehenden Versicherungsschutz des V.P. bei der spanischen und deutschen Krankenversicherung hat klären wollen, führt gerade nicht dazu, dass weiterhin von einem Eilfall im Sinne des [§ 25 SGB XII](#) auszugehen ist. Die Möglichkeit des Aufwendungsersatzes für den Nothelfer nach [§ 25 SGB XII](#) begründet nicht eine Stellung des Sozialhilfeträgers als „Ausfallbürge“ (vgl. LSG Berlin-Brandenburg v. 22.02.2018 - [L 23 SO 77/17](#) - juris Rn. 28) bezogen auf das Risiko des Krankenhausträgers, einen nicht solventen Patienten behandelt zu haben. Die Kostenunsicherheit und damit zusammenhängende weitere Klärung begründet nicht einen Eilfall, weil der Erstattungsanspruch nicht von den Vorstellungen des Helfers von der finanziellen Leistungsfähigkeit des Hilfeempfängers abhängt (BVerwG v. 31.05.2001 - [5 C 20/00](#) - juris, Rn. 12). Die Regelung des [§ 25 SGB XII](#) verdrängt nicht die Prüfung der Kostensicherheit im ordnungsgemäßen Krankenhausbetrieb, so dass die weitere Prüfung der Klägerin, ob ein Versicherungsschutz bestand, unabhängig von der Unterrichtungspflichtobliegenheit des Sozialhilfeträgers zu betrachten ist.

Auch für die Zeit vor dem 09.08.2019 besteht kein Ersatzanspruch der Klägerin für erbrachte Leistungen.

Selbst wenn in diesem Zeitraum die (weiteren) Voraussetzungen eines Eilfalles im Sinne des [§ 25 Satz 1 SGB XII](#) vorgelegen haben sollten, ist die Erstattung von der Klägerin nicht rechtzeitig beim Beigeladenen geltend gemacht worden. Hinsichtlich der Rechtzeitigkeit kommt es allein auf den Erstantrag an, auch wenn dieser beim unzuständigen Träger gestellt wurde ([§ 16 Abs. 2 S. 2 SGB I](#); Waldhorst-Kahnau, a.a.O., Rn. 67). Der hier maßgebliche von der Klägerin beim örtlich zuständigen (vgl. dazu BSG, Urteil vom 18.11.2014 - [B 8 SO 9/13 R](#) -; juris Rn. 11) Landratsamt L. am 27.09.2019 gestellte (Erst-)Antrag war nicht rechtzeitig.

Nach [§ 25 Satz 2 SGB XII](#) besteht ein Erstattungsanspruch nach [§ 25 Satz 1 SGB XII](#) nur, wenn die Erstattung innerhalb einer angemessenen Frist beim zuständigen Träger der Sozialhilfe beantragt wird. Der unbestimmte Rechtsbegriff der „Angemessenheit“ im Sinne des Satzes 2 ist nach den jeweiligen Umständen des Einzelfalles auszulegen und gerichtlich voll zu überprüfen (Waldhorst-Kahnau, a.a.O., Rn. 67). Zu berücksichtigen sind die Interessen des Hilfeleistenden an einer Erstattung sowie die Interessen desjenigen, der für die Kosten der Hilfen erstattungspflichtig sein könnte, der Träger der Sozialhilfe, die zur Hilfestellung Vorkehrungen treffen müssten (Waldhorst-Kahnau, a.a.O., Rn. 67 m.w.N.). Die Frist beginnt in der Regel mit dem Ende des Eilfalls im Sinne des [§ 25 Satz 1 SGB XII](#), weil dies nach den oben dargestellten Grundsätzen der frühestmögliche Zeitpunkt ist, zu dem der Nothelfer Veranlassung zur Geltendmachung von Erstattungsansprüchen hat (so auch BSG v. 23.08.2013 - [B 8 SO 19/12 R](#) - a.a.O., Rn. 28). Soweit vertreten wird, die Frist könne nicht erst dann beginnen, wenn feststünde, dass ein Versicherungsschutz nicht bestehe (vgl. die Verweise bei Waldhorst-Kahnau, a.a.O., Rn. 70), ist dem entgegen zu halten, dass – wie dargestellt – ein Eilfall bereits dann beendet ist, wenn Zweifel an der Eintrittspflicht eines Dritten bestehen, da dann die Obliegenheit zur Unterrichtung des Sozialhilfeträgers besteht.

Da Sinn und Zweck der Frist in [§ 25 Satz 2 SGB XII](#) ist, dass der Sozialhilfeträger möglichst frühzeitig von dem Hilfefall unterrichtet wird, um gegebenenfalls Vorkehrungen für die weitere Hilfestellung treffen zu können, ist in der Regel eine einmonatige Frist angemessen (vgl. BSG v. 23.08.2013 - [B 8 SO 19/12 R](#) - juris, Rn. 28). Zwar mag im Einzelfall eine längere Frist aus auf Seiten des Nothelfers bestehenden besonderen Umständen angemessen sein. Vorliegend hat die Klägerin jedoch keine besonderen Umstände dargelegt. Soweit sie meint, sie habe zu einem weiteren Krankenversicherungsschutz weiter zu ermitteln gehabt, verkennt sie, dass für die Zeit der Ermittlungen jedenfalls nach dem 09.08.2019 schon ein Eilfall nach [§ 25 Satz 1 SGB XII](#) nicht mehr gegeben war. Es liegen insgesamt keine Umstände vor, die die Klägerin daran gehindert hätten, mit den mit der Mitteilung der rumänischen Krankenversicherung vom 09.08.2019 bekannt gewordenen erheblichen Zweifeln an der Leistungsfähigkeit des V.P. und der naheliegenden Möglichkeit der Hilfebedürftigkeit nach dem SGB XII binnen eines Monats und damit vor der tatsächlichen Antragstellung am 27.09.2019 einen Erstattungsanspruch anzumelden. Dass die Klägerin möglicherweise irrtümlich davon ausgegangen ist, dass eine Unterrichtung des Sozialhilfeträgers noch nicht zu erfolgen hatte, kann jedenfalls nicht einen besonderen Umstand für eine längere Frist begründen.

Da die Klägerin nach alledem einen Anspruch nach [§ 25 Satz 1 SGB XII](#) nicht innerhalb einer angemessenen Frist gegenüber dem Beigeladenen geltend gemacht hat, besteht ein Anspruch nach [§ 25 Satz 1 SGB XII](#) für die geltend gemachte Krankenbehandlung für V.P. nicht.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG). Ein kostenpflichtiges Verfahren nach [§ 197a SGG](#) liegt nicht vor. Soweit die Klägerin einen Kostenersatzanspruch gegen den Beigeladenen geltend macht, gehört sie als Nothelferin zu dem in [§ 183 Satz 1 SGG](#) genannten Personenkreis der Leistungsempfänger und ist insoweit von der Pflicht zur Zahlung von Kosten befreit (BSG v. 11.6.2008 - [B 8 SO 45/07 B](#) - = [SozR 4-1500 § 183 Nr. 7](#)). Soweit die Klägerin einen Kostenersatzanspruch gegen die Beklagte Ziff. 1 geltend macht, gehört sie zum nicht kostenprivilegierten Personenkreis nach [§ 197a SGG](#). Die Klägerin wäre damit lediglich teilweise kostenprivilegiert. Da es sich bei der Geltendmachung der Erstattungsforderung für die Behandlung des V.P. durch die Klägerin um einen einheitlichen Streitgegenstand handelt, reicht die nur teilweise Kostenprivilegierung aus, um das gesamte Verfahren zu einem kostenfreien Verfahren zu machen (vgl. Schmidt, in: Meyer-Ladewig/Keller/Schmidt, SGG, 14. Auflage 2023, § 183, Rn. 2a), denn die Durchführung eines teilweise kostenpflichtigen und teilweise kostenfreien Verfahrens ist nicht möglich (vgl. für den Fall der Einlegung eines Rechtsmittels durch einen kostenprivilegierten und einen nicht privilegierten Beteiligten: BSG v. 29.05.2006 - [B 2 U 391/05 B](#) -; juris Rn. 18 = [SozR 4-1500 § 193 Nr. 3](#)). Schon die Erhebung von Gerichtskosten in anteiliger Höhe ist nicht vorgesehen. Eine gemischte Kostenentscheidung nach [§ 193](#) und

[§ 197a SGG](#) widerspräche außerdem dem Grundsatz der Einheitlichkeit der Kostenentscheidung (vgl. Hessisches Landessozialgericht v. 08.10.2013 - L 2 R 241/21 -; juris Rn. 29). Ein Fall der objektiven Klagehäufung, in dem in Abweichung zum Grundsatz der einheitlichen Kostenentscheidung eine getrennte Kostenentscheidung in einem Rechtszug möglich sein kann, liegt hier nicht vor (vergleiche dazu BSG v. 26.07.2006 - B 3 KR 6/06B -; juris).

Das Gericht hat eine anteilige Erstattung der außergerichtlichen Kosten der Klägerin durch den Beigeladenen angeordnet, weil der Beigeladene eine unzulässige Feststellungswiderklage erhoben hat und damit ein entsprechendes Kostenrisiko eingegangen ist.

Rechtskraft

Aus

Saved

2024-09-26