
Datum: 11.11.2008
Gericht: Sozialgericht Aachen
Spruchkörper: 20. Kammer
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: S 20 SO 73/07
ECLI: ECLI:DE:SGAC:2008:1111.S20SO73.07.00

Sachgebiet: Sozialhilfe
Rechtskraft: rechtskräftig

Tenor:

Der Beklagte wird unter entsprechender Aufhebung des Bescheides vom 16.07.2007 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 12.09.2007 verurteilt, der Klägerin 22.018,28 EUR nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit 04.10.2007 zu zahlen. Die Kosten des Verfahrens trägt der Beklagte. Der Streitwert wird auf 100.183,19 EUR festgesetzt.

- Tatbestand: 1
- Die Klägerin begehrt von dem Beklagten die Erstattung ihrer (Rest-)Aufwendungen für die stationäre Behandlung eines Patienten vom 12.03. bis 11.06.2007 in Höhe von (noch) 22.018,28 EUR. 2
- Die Klägerin betreibt ein zugelassenes Krankenhaus. Dort wurde am 12.03.2007 der bei einem Arbeitsunfall schwer verunglückte K.B. (KB) als Notfall aufgenommen. Dieser lag seit dem im Koma. KB war bis dahin selbstständiger Dachdeckermeister mit zwei geringfügig für maximal 400,00 EUR/Monat beschäftigten Mitarbeitern gewesen. Er lebte mit seiner 2004 von ihm geschiedenen Frau G.B. (GB) zusammen. Durch Beschlüsse vom 14.03., 20.03. und 03.04.2007 bestellte das Amtsgericht Aachen (70 XVII B 2095) GB zur Betreuerin von KB. Am 16.03.2007 meldete GB das Gewerbe des KB ab. 3
- Am 20.03.2007 teilte die Klägerin dem Beklagten die Krankenhausaufnahme des KB mit und beantragte vorsorglich die Übernahme der Behandlungskosten gemäß §§ 25, 48 Zwölftes 4

Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII). Am 21.03.2007 stellte KB durch seine Betreuerin GB bei dem Beklagten einen Antrag auf Sozialhilfe.

Am 23.03.2007 beantragte GB Leistungen der Grundsicherung für Arbeitssuchende nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II). Sie verneinte laufendes Einkommen und Vermögen; sie legte u.a. Auszüge des Kontos vor, das auf ihren Namen lautete und auch von KB genutzt wurde. Danach bestand auf dem Konto am 05.03.2007 ein Guthaben von 5,39 EUR; am 16.03.2007 erfolgte eine Einzahlung von 1.620,00 EUR und am selben Tag eine Abhebung dieses Betrages; nach weiteren (kleineren) Bewegungen wies das Konto am 02.04.2007 ein Guthaben von 40,76 EUR auf. Hierzu erklärte GB, alle Eingänge des KB aus dessen Geschäftsbetrieb seien auf dieses Konto gegangen. Der Betrag von 1.620,00 EUR sei am 16.03.2007 von einer Firma L. eingegangen; sie habe das Geld abgehoben, um hiervon Lebensmittel zu kaufen, Löhne an die Angestellten zu zahlen und zu tanken. Es bestünden Schulden aus der Selbstständigkeit des KB in Höhe von 80.000 bis 100.000 EUR, daneben Privatschulden von ihnen beiden in Höhe von ca. 3.000 EUR. 5

Durch bestandskräftigen Bescheid vom 04.04.2007 bewilligte die ARGE für den Kreis Heinsberg Leistungen nach dem SGB II für GB und KB ab 01.04.2007. Die Leistungen für März 2007 lehnte die ARGE ab mit der Begründung, das Einkommen - gemeint waren offenbar die am 16.03.2007 eingegangenen 1.620,00 EUR - übersteige den Bedarf. 6

Am 11.06.2007 wurde KB aus dem Krankenhaus der Klägerin entlassen. Ab diesem Datum nahm er an einer stationären Anschlussrehabilitation teil. Ab 01.10.2007 erhielt KB von der Stadt V. Sozialhilfeleistungen nach § 35 SGB XII. 7

Am 22.06.2007 erhielt der Beklagte die Rechnung der Klägerin vom 20.06.2007 über die Kosten der stationären Behandlung des KB in Höhe von 100.183,19 EUR, abgerechnet nach dem DRG-Fallpauschalensystem, mit der Bitte, diese sofort zu begleichen. 8

Durch Bescheid vom 16.07.2007 lehnte der Beklagte den Antrag auf Übernahme der Kosten der stationären Behandlung des KB ab. Zur Begründung führte er aus, ab 01.04.2007 sei KB als Bezieher von SGB II-Leistungen gesetzlich krankenversichert. Eine Übernahme der Kosten für die Zeit vom 12.03. bis 31.03.2007 nach § 25 SGB XII käme nicht in Betracht, da auch bei rechtzeitigem Einsetzen der Hilfe der Sozialhilfeträger nicht geleistet hätte; vielmehr wäre KB bei Bekanntwerden der Bedarfslage über die Grundsicherung Arbeitssuchender (Leistungen nach dem SGB II) bei einer gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert worden; die Pflichtmitgliedschaft hätte dann bereits ab Aufnahmetag Ansprüche nach dem SGB V auf Zahlung der stationären Behandlungskosten nach sich gezogen. 9

Den dagegen am 01.08.2007 eingelegten Widerspruch wies der Beklagte durch Widerspruchsbescheid vom 12.09.2007 zurück. Er vertrat die Auffassung, KB sei offensichtlich erwerbsfähig gewesen; als Erwerbsfähiger sei er dem Personenkreis der Leistungsberechtigten nach dem SGB II zuzuordnen. Hätte er vor Aufnahme in das Krankenhaus einen Sozialhilfeantrag gestellt, wäre dieser wegen vorrangiger Ansprüche nach dem SGB II abgelehnt worden. Allein der Umstand, dass KB den vorrangigen Anspruch zunächst nicht geltend gemacht habe, gehe nicht zu Lasten des Sozialhilfeträgers. 10

Dagegen hat die Klägerin am 04.10.2007 Klage erhoben. Sie hat zunächst darauf hingewiesen, dass der Leistungsantrag materielle Anspruchsvoraussetzung für SGB II-Leistungen sei. Werde ein solcher Antrag nicht gestellt, sei der Sozialhilfeträger bei entsprechender Hilfebedürftigkeit eintrittspflichtig. Die Klägerin ist der Auffassung, die gesamten Kosten der Behandlung des KB vom 12.03. bis 11.06.2007 seien bereits am ersten 11

Behandlungstag (12.03.2007) entstanden; es handele sich um eine Abrechnung nach dem Vergütungssystem von Diagnosis Related Groups (DRG); eine Aufteilung der DRG-Fallpauschale auf einzelne Behandlungstage sei nicht möglich. Die DRG-Abrechnung gelte nach § 17 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) für alle Patienten einheitlich, unabhängig davon, ob der Patient Mitglied einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung bzw. ob der Träger der Sozialhilfe für den Aufenthalt aufzukommen habe. § 8

Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) i.V.m. § 17 Abs. 1 KHG lege insoweit ausdrücklich und verbindlich fest, dass die Entgelte für alle Benutzer des Krankenhauses in einheitlicher Höhe zu berechnen seien. Sinn der Einführung der DRG-Abrechnung sei es u.a., den Wettbewerb unter den Krankenhäusern zu fördern und die Verweildauer der Patienten im Krankenhaus zu verkürzen. Mit der Ersetzung der tagesbezogenen Pflegesätze durch das DRG-Entgeltsystem habe der Gesetzgeber gewollt, dass die Behandlung an sich und nicht mehr die tatsächliche Dauer der Behandlung - gemessen in Tagen - abgerechnet werde. Bereits am 12.03.2007 sei deshalb der volle Vergütungsanspruch auf die abgerechnete DRG A07B entstanden. Soweit das BSG in der Entscheidung vom 19.09.2007 (B 1 KR 39/06 R) eine Aufteilung von DRG-Fallpauschalen nach Tagen für möglich erachtet habe, beziehe sich dies allein auf das Erstattungsverfahren zwischen verschiedenen Leistungsträgern. Im Verhältnis des Krankenhausträgers zu Kostenträgern gelte jedoch § 9 der Fallpauschalenvereinbarung (FPV) 2007; danach sei der gesamte Krankenhausaufenthalt mit dem Kostenträger abzurechnen, der am Tag der Aufnahme leistungspflichtig sei, wenn bei Fallpauschalenpatienten während der stationären Behandlung ein Zuständigkeitswechsel eintrete. Insofern sei es auch unerheblich, dass der Beklagte ab 20.03.2007 Kenntnis von dem Notfall gehabt habe. Im Zeitpunkt der Aufnahme in das Krankenhaus am 12.03.2007 sei KB sozialhilfebedürftig gewesen; die Hilfebedürftigkeit beziehe sich auf die Kosten der Krankenbehandlung ab 12.03.2007.

Die Beigeladene ist die Krankenkasse, bei der KB aufgrund des Bezugs von Leistungen nach dem SGB II ab 01.04.2007 krankenpflichtversichert war. Sie hat mit Schriftsatz vom 08.01.2008 erklärt, dass sie die noch offenen Kosten der Krankenhausbehandlung des KB für den Zeitraum ab 01.04.2007 übernehmen werde. Sie hat sodann mitgeteilt, dass von 91 Abrechnungstagen 71 Tage mit einer Mitgliedschaft des KB bei ihr belegt seien. Für die Zeit vom 01.04. - 10.06.2007 ergebe sich von dem Gesamtbetrag von 100.183,19 EUR ein auf sie entfallender Anteil von 78.164,91 EUR. Unter Berücksichtigung eines Abschlags für die Anschubfinanzierung nach § 140 d SGB V (ein Prozent = 781,65 EUR) hat die Beigeladene 77.383,26 EUR an die Klägerin gezahlt. Im Hinblick auf die Zahlung der Beigeladenen auf die Klageforderung unter Einbeziehung des Abschlags nach § 140 d SGB V hat die Klägerin den Rechtsstreit in Höhe von 78.164,91 EUR für erledigt erklärt. 12

Die Klägerin beantragt, 13

den Beklagten unter entsprechender Aufhebung des Bescheides vom 16.07.2007 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 12.09.2007 zu verurteilen, ihr 22.018,28 EUR nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 04.10.2007 zu zahlen. 14

Der Beklagte beantragt, 15

die Klage abzuweisen. 16

Er weist auf seine in den angefochtenen Bescheiden vertretene Rechtsauffassung. Ergänzend ist er der Meinung, aus dem Bewilligungsbescheid der ARGE vom 04.04.2007 ergebe sich, dass diese einen Anspruch des KB vor dem 01.04.2007 wegen vorhandenem 17

Einkommens mangels Bedürftigkeit verneint habe; aus den Akten ergebe sich, dass KB einen Betrag von ca. 1.600,00 EUR erhalten habe; die Klägerin habe nicht den Nachweis erbracht, dass KB zum Zeitpunkt der Aufnahme in das Krankenhaus hilfebedürftig gewesen sei; die von GB gemachten Angaben reichten dazu nicht aus. Unabhängig davon könne ein Nothelferanspruch der Klägerin gemäß § 25 SGB XII jedenfalls ab 20.03.2007 nicht mehr bestehen; seit diesem Tag habe der Beklagte Kenntnis von dem Eilfall; damit sei für einen Anspruch nach § 25 SGB XII kein Raum mehr.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der zwischen den Beteiligten gewechselten Schriftsätze und den sonstigen Inhalt der Gerichtsakte sowie der beigezogenen Verwaltungsakten des Beklagten und (auszugsweise in Kopie) der ARGE für den Kreis I., die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind, Bezug genommen. 18

Entscheidungsgründe: 19

Die Klage ist zulässig und begründet. 20

Nachdem die Klägerin im Hinblick auf die anteilige Begleichung der Krankenhausrechnung unter Einbeziehung eines Abschlags nach § 140 d SGB V den Rechtsstreit in Höhe von 78.164,91 EUR für erledigt erklärt hat, war lediglich noch ein Zahlbetrag von 22.018,28 EUR streitbefangen. Die Klägerin hat einen Anspruch auf Erstattung ihrer Aufwendungen in dieser Höhe gegen den Beklagten gemäß § 25 i.V.m. § 48 SGB XII. 21

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 im gebotenen Umfang zu erstatten, wenn er sie nicht auf Grund rechtlicher oder sittlicher Pflichten selbst zu tragen hat. Die Klägerin hat im Rahmen eines Notfalls dem KB ab 12.03.2007 bis zum Tag von dessen Entlassung am 11.06.2007 Leistungen zur Krankenbehandlung im Sinne von § 48 Satz 1 SGB V erbracht. Diese wären bei rechtzeitigem Einsetzen von Sozialhilfe vom Beklagten als zuständigem Sozialhilfeträger zu erbringen gewesen, weil dem KB zum Zeitpunkt der Aufnahme in das Krankenhaus am 12.03.2007 und auch in der Folgezeit die Aufbringung der notwendigen Mittel für die Krankenbehandlung aus eigenem Einkommen und Vermögen oder dem Einkommen und Vermögen der GB nicht zuzumuten war (§§ 19 Abs. 3, 20 SGB XII). 22

Die Sozialhilfebedürftigkeit des KB am 12.03.2007 ergibt sich daraus, dass er nach den insoweit glaubhaften und nachvollziehbaren Angaben der GB zusammen mit dieser zwar über erhebliche Schulden, jedoch über keinerlei relevantes Vermögen verfügte. Ihr Konto wies zu diesem Zeitpunkt ein Guthaben von 5,39 EUR auf. KB und GB hatten im März 2007 auch kein die Sozialhilfebedürftigkeit des KB im Hinblick auf die Krankenhausbehandlungskosten ab 12.03.2007 ausschließendes Einkommen. GB war arbeitssuchend und nicht erwerbstätig; KB war selbstständiger Dachdeckermeister und lebte von den unregelmäßigen Einkünften aus dieser Tätigkeit. Zwar sind ihm am 16.03.2007 - also am fünften Krankenhausbehandlungstag - 1.620,00 EUR zugeflossen. Jedoch ist dieser Betrag sogleich wieder von GB zur Deckung des Lebensunterhalts und zur Auszahlung von Arbeitslöhnen an die Mitarbeiter des KB, die danach ihre Arbeit wegen Betriebsaufgabe verloren haben, eingesetzt worden. Unabhängig davon wäre diese einmalige Einnahme nicht geeignet gewesen, den Anspruch der Klägerin auf Begleichung der Krankenhausbehandlungskosten ab 12.03.2007 auch nur annähernd zu befriedigen und also Sozialhilfebedürftigkeit auszuschließen. 23

Der Umstand, dass die ARGE für den Kreis Heinsberg Hilfebedürftigkeit nach dem SGB II erst ab 01.04.2007 bejaht und für die Zeit davor verneint hat, lässt - entgegen der Auffassung des Beklagten - nicht den Schluss zu, dass KB auch bereits bei der Aufnahme in das Krankenhaus am 12.03.2007 (noch) nicht hilfebedürftig war. KB hat über seine Betreuerin GB den Antrag auf SGB II-Leistungen erst am 23.03.2007 gestellt, sodass die ARGE die Anspruchsvoraussetzung der SGB II-Hilfebedürftigkeit auch erst ab diesem Tag zu beurteilen hatte. Der Antrag ist materielle Anspruchsvoraussetzung für den Bezug von SGB II-Leistungen; Leistungen der Grundsicherung für Arbeitssuchende werden nicht für Zeiten vor der Antragsstellung erbracht (§ 37 Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1 SGB II). Die ARGE hat bei der Beurteilung der Hilfebedürftigkeit ab 23.03.2007 offenbar die am 16.03.2007 auf das Konto eingegangenen 1.620,00 EUR anspruchsausschließend berücksichtigt, ohne die Bedürftigkeit des KB, die durch die Belastung mit Krankenhausbehandlungskosten ab 12.03.2007 entstanden war, in ihre Überlegungen mit einzubeziehen. Insofern kann sich der Beklagte nicht mit Erfolg darauf berufen, dass bei einer SGB II-Antragstellung am 12.03.2007 schon ab diesem Zeitpunkt SGB II-Leistungen bewilligt und Krankenversicherungspflicht und entsprechender Schutz durch die gesetzliche Krankenversicherung eingesetzt und deshalb Sozialhilfebedürftigkeit des KB ausgeschlossen hätte.

Ausgehend davon, dass KB am 12.03.2007 außer Stande war, aus eigenem Einkommen oder Vermögen bzw. dem seiner Lebensgefährtin die Kosten der Krankenhausbehandlung ab 12.03.2007 zu bestreiten, und deshalb sozialhilfebedürftig war, ist der Anspruch der Klägerin auf Erstattung ihrer Aufwendungen ab 12.03.2007 gemäß § 25 SGB XII begründet. 25

Der Umfang des Aufwendungsersatzanspruchs ergibt sich zunächst aus der Rechnung der Klägerin vom 20.06.2007 in Höhe von 100.183,19 EUR. Er wird begrenzt durch den in der mündlichen Verhandlung reduzierten Klageantrag auf 22.018,28 EUR, nachdem ein Teil der Aufwendungen (in Höhe von 78.164,91 EUR) mit der Beigeladenen abgerechnet worden war. Diese Rest-Aufwendungen der Klägerin für die Krankenhausbehandlung des KB vom 12.03. bis 11.06.2007 waren geboten. Die Abrechnung der gesamten Behandlung erfolgte als Fallpauschale nach dem DRG-Vergütungssystem (vgl. § 17b KHG). Die Höhe der Rechnung der Klägerin vom 20.06.2007 über 100.183,19 EUR ist sachlich und rechnerisch nicht zu beanstanden. Der Umstand, dass die Rechnung nur 91 Abrechnungstage, nämlich vom 12.03. bis 10.06.2007, aufweist, erklärt sich daraus, dass bei der Abrechnung von Fallpauschalen der Entlassungstag aus dem Krankenhaus nicht mit einbezogen wird (vgl. § 1 Abs. 7 Satz 1 FPV 2007). Unerheblich ist auch, dass KB am 12.03.2007 (noch) nicht gesetzlich krankenversichert war, sondern erst ab 01.04.2007 aufgrund des Bezugs von SGB II-Leistungen (vgl. § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V). Denn die Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen sind für alle Benutzer des Krankenhauses einheitlich zu berechnen (§ 8 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG). 26

Der Umfang des Aufwendungsersatzanspruchs der nothelfenden Klägerin nach § 25 SGB XII wird nicht dadurch begrenzt, dass der Beklagte ab 20.03.2007 Kenntnis von dem Hilfsfall hatte. Allerdings ist anerkannt, dass der Nothelferanspruch nach § 25 SGB XII nur solange besteht, wie der Hilfesuchende (Patient) nicht selbst Sozialhilfe (Krankenhilfe) beantragt oder der Sozialhilfeträger keine Kenntnis von einem (möglichen) Sozialhilfefall erlangt hat. Vom Zeitpunkt der Kenntnisnahme des Sozialhilfeträgers verdrängt der originäre Leistungsanspruch des Hilfesuchenden den Nothelferanspruch (ständige Rechtsprechung; vgl. BVerwG, Urteil vom 02.04.1987 - 5 C 67/84 = BVerwGE 77,181 = FEVS 66,361; Urteil vom 03.12.1992 - 5 C 32/89 = FEVS 44,89; OVG Münster, Urteil vom 16.05.2000 - 22 A 2172/98 = FEVS 52,120; LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 22.11.2007 - L 7 SO 5195/06). Die am 20.03.2007 erlangte Kenntnis des Beklagten von dem Hilfebedarf des KB wirkt sich 27

jedoch auf den Umfang des ab 12.03.2007 bestehenden Nothelferanspruchs der Klägerin nicht aus. Da die am 12.03.2007 begonnene und bis 11.06.2007 fortdauernde Krankenhausbehandlung als Fallpauschale nach dem DRG-Vergütungssystem abgerechnet wurde, stellt sich die gesamte Behandlung als Einheit und der daraus resultierende Kostenanspruch des Krankenhauses als unteilbarer Anspruch dar. Im Rahmen des DRG-Vergütungssystem werden keinen einzelnen Leistungen und Behandlungstage, sondern die gesamte Behandlung unter Berücksichtigung verschiedener Parameter als eine bestimmte Fallpauschale klassifiziert und entsprechend abgerechnet. Auch wenn die genaue Fallpauschale erst am Ende der Behandlung festgelegt werden kann, weil erst zu diesem Zeitpunkt alle Daten für die Bestimmung der maßgeblichen DRG feststehen, entsteht der Anspruch auf die Kosten der Behandlung dem Grunde nach bereits mit dem Tag der Aufnahme in das Krankenhaus. Ab diesem Tag steht fest, dass ein DRG-Behandlungsfall entsteht. Und weil dieser Behandlungsfall eine Fallpauschale auslöst, deren Abrechnung nicht teilbar ist, bestimmt § 9 der nach § 17b KHG und § 9 KHEntgG getroffenen FPV 2007, dass bei Fallpauschalpatienten, während deren stationärer Behandlung ein Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers eintritt, der gesamte Krankenhausfall mit dem Kostenträger abgerechnet wird, der am Tag der Aufnahme leistungspflichtig ist. KB war ein Fallpauschalenpatient; seine Behandlung dauerte vom 12.03. bis 11.06.2007. Während seiner Behandlung ist mehrfach ein Kostenträgerwechsel eingetreten: Im Verhältnis zur Klägerin waren zuständiger Kostenträger ab 12.03.2007 der Beklagte aus dem Gesichtspunkt des Nothelferanspruchs nach § 25 SGB XII, ab 20.03.2007 KB selbst, da er nunmehr einen originären Sozialhilfeeanspruch gegenüber dem Beklagten hatte und die hieraus enthaltene Sozialhilfe zum Ausgleich seiner Krankenhauskosten an die Klägerin zu zahlen gehabt hätte, ab 01.04.2007 die Beigeladene als zuständige Trägerin der gesetzlichen Krankenversicherung des KB. Da - wie ausgeführt - ein nach Fallpauschalen abgerechneter Behandlungskostenanspruch nicht teilbar ist, war nach § 9 FPV 2007 für die gesamten Behandlungskosten der Kostenträger leistungspflichtig, der am Aufnahmetag (12.03.2007) zuständig war, also der Beklagte.

Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus dem Urteil des BSG vom 19.09.2007 (B 1 KR 39/06 28 R). Dort war darüber zu entscheiden, ob und gegebenenfalls in welchem Verhältnis Krankenhausbehandlungskosten, die vom Krankenhaus nach einer Fallpauschale abgerechnet und von einem Kostenträger bezahlt worden waren, zwischen mehreren im Verlauf der Krankenhausbehandlung zuständigen Kostenträgern aufzuteilen sind. Die Entscheidung des BSG, eine Fallpauschalenrechnung pro rata temporis nach den abgerechneten Krankenhaustagen zu teilen und hiernach die Kosten der Krankenhausbehandlung auf die mehreren Kostenträger zu verteilen entsprechend der Zahl der Tage, für die sie zuständig sind, regelt ausschließlich das Verhältnis mehrerer Kostenträger und beantwortet allein die Frage, in welchem Verhältnis sie die Behandlungskosten untereinander aufzuteilen haben. Dagegen hat das BSG nicht entschieden, dass bei mehreren zuständigen Kostenträgern das Krankenhaus auch nur anteilig mit den verschiedenen Kostenträgern abrechnen kann. Im Verhältnis des Krankenhauses zu mehreren Kostenträgern wird die Frage der Leistungspflicht für die Fallpauschale durch § 9 FPV 2007 beantwortet. Daraus ergibt sich, dass im Verhältnis zur Klägerin die Leistungspflicht für die Fallpauschale aufgrund der gesamten Krankenhausbehandlung des KB vom 12.03. bis 11.06.2007 beim Beklagten liegt.

Dies bedeutet nicht, dass der Beklagte im Verhältnis zu anderen Kostenträgern die gesamten 29 Kosten zu tragen gehabt hätte. Im Verhältnis der Kostenträger untereinander hat die Beigeladene entsprechend der Entscheidung des BSG vom 19.09.2007 ihre Leistungspflicht für die Zeit ab 01.04.2007 anerkannt. Da sie den auf sie entfallenden Kostenteil bereits

unmittelbar mit der Klägerin abgerechnet hat, bleibt ein Restkostenbetrag von 22.018,28 EUR, den der Beklagte der Klägerin noch zu erstatten hat. Ein Abschlag nach § 140 d SGB V hierauf steht dem Beklagten nicht zu, da diesen nur die gesetzlichen Krankenkassen (zur Finanzierung der integrierten Versorgung) einbehalten dürfen.

Der von der Klägerin geltend gemachte Anspruch auf Prozesszinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz ab Rechtshängigkeit (04.10.2007) ist begründet. Er findet seine Grundlage in entsprechender Anwendung von §§ 291, 288 Abs. 1 Satz 2 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB). Seine früher vertretene andere Auffassung zum Anspruch auf Prozesszinsen hat das BSG im Urteil vom 28.09.2005 (B 6 KA 71/04 R) jedenfalls für eine von § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG erfasste Streitigkeit - wie die vorliegende - aufgegeben. Dem schließt sich die Kammer an. 30

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG i.V.m. §§ 154 Abs. 1, 161 Abs. 1, 162 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Soweit die Beigeladene einen Teil der ursprünglichen Klageforderung von 100.183,19 EUR beglichen und die Klägerin dementsprechend ihren Klageantrag reduziert hat, wirkt sich dies auf die Kostenlast des Beklagten nicht aus. Denn dieser war im Verhältnis zur Klägerin als am Aufnahmetag zuständiger Kostenträger allein für die gesamten Behandlungskosten leistungspflichtig. Hätte die Beigeladene nicht bereits im Verlauf des sozialgerichtlichen Verfahrens einen Teil der Kosten übernommen, wäre der Beklagte zur Zahlung der gesamten Kosten verurteilt worden. Er hätte dann die Erstattung eines Teils seiner gezahlten Aufwendungen von der Beigeladenen entsprechend der Entscheidung des BSG vom 19.09.2007, also entsprechend dem Anteil der Abrechnungstage, die auf den Zuständigkeitszeitraum der Beigeladenen entfallen, verlangen müssen. 31

Die Entscheidung über den Streitwert beruht auf § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG i.V.m. §§ 52 Abs. 3, 62 Abs. 2 Gerichtskostengesetz (GKG). 32