
Datum: 07.09.2011
Gericht: Sozialgericht Köln
Spruchkörper: 21. Kammer
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: S 21 SO 24/11
ECLI: ECLI:DE:SGK:2011:0907.S21SO24.11.00

Nachinstanz: Landessozialgericht NRW, L 20 SO 554/11
Sachgebiet: Sozialhilfe
Rechtskraft: nicht rechtskräftig

Tenor:

Die Beklagte wird unter teilweiser Aufhebung des Bescheides vom 02.06.2010 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 13.12.2010 verurteilt, der Klägerin die Kosten für die stationäre Behandlung des X i.H.v. 1.841,44 EUR zu erstatten.

Im übrigen wird die Klage abgewiesen.

Die Beklagte trägt $\frac{3}{4}$ der Kosten des Verfahrens.

Tatbestand: 1

Streitig ist die Erstattung der Kosten für die stationäre Behandlung des Patienten X, polnischer Staatsangehöriger –im Folgenden: B- im Evangelischen Krankenhaus Köln-Kalk. 2

Die Klägerin ist privatrechtliche Trägerin des Evangelischen Krankenhauses X. Der B war am 23.3.2010 gegen 17.56 Uhr als Notfall wegen einer Fraktur Os temporale rechts (Schädelbasisfraktur) bei Z.n. Schläge auf den Kopf im Krankenhaus der Klägerin aufgenommen worden. Am 31.3.2010 verließ B das Krankenhaus entgegen ärztlichem Rat. Ein vorsorglich gestellter Antrag der Klägerin als Nothelfer ging bei der Beklagten per Fax am 29.3.2010, 11.58 Uhr ein, den Eingang des Antrages bestätigte die Beklagte am selben Tag. Bereits am 24.3.2010 hatte die Klägerin erstmalig einen vorsorglichen Antrag auf Erstattung der Kosten gerichtet an die Beklagte erstellt, diesen Antrag war aber unter einer falschen Nummer versandt worden, so dass er nicht bei der Beklagten einging (Sendeprotokoll vom 3

24.3.2010 und Schreiben vom 29.3.2010). Am 31.3.2010 wurde der B nach Aufgreifen durch die Polizei erneut in das Krankenhaus der Klägerin wegen Schädelbasisfraktur als Notfall eingewiesen, wo er bis zum 3.4.2010 behandelt worden ist. Ein weiterer Antrag auf Kostenübernahme wegen der Behandlung des B ab dem 31.3.2010 ging bei der Beklagten am 2.4.2010 ein. Am 28.4.2010 legte die Klägerin der Beklagten einen Antrag auf Übernahme der nach dem sogenannten DRG-Fallpauschalensystem abgerechneten stationären Behandlungskosten für die Zeit vom 23.3.2010 bis zum 3.4.2010 in Höhe von 2403,08 Euro (Rechnung vom 27.4.2010) vor. Dem Antrag war u.a. ein vom B unterzeichneter Feststellungsbogen zu den persönlichen Daten beigelegt. In dem Feststellungsbogen hatte der B angegeben, er sei im März 2009 aus Polen nach Köln mit dem Auto eingereist. Er verfüge über kein Vermögen und erhalte Unterstützung von seiner Freundin X, die putzen gehe und Einkommen in Höhe von 260,- Euro monatlich habe. Die Kosten der Unterkunft in Höhe von 600,- Euro übernehme ein Freund. Über eine Krankenversicherung in Polen oder eine Internationale Krankenversicherung verfüge er nicht. In den letzten zwölf Monaten habe er keine Leistungen des Sozialhilfeträgers bezogen. In dem angefügten Beiblatt der Klägerin war vermerkt, dass der B mit gelegentlichen Diebstählen Geld beizusteuern versucht, um das Heroin zu finanzieren, von dem er abhängig sei. Die Beklagte stellte fest, dass B am 1.5.2009 aus Polen nach Deutschland eingereist und in der X, Köln gemeldet war. Am 17.6.2009 hatte B sich nach Polen abgemeldet. Mit Schreiben vom 30.4.2010 erbat die Beklagte auf postalischem Weg von dem B weitere Angaben zu seiner persönlichen und wirtschaftlichen Situation; eine Reaktion von B erfolgte nicht. Mit Bescheid vom 2.6.2010 lehnte die Beklagte den Kostenübernahmeantrag ab. Der B sei nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung- (SGB V) pflichtversichert. Er sei bei einer gesetzlichen Krankenversicherung anzumelden, was auch noch nachträglich erfolgen könne. Ein Leistungsanspruch gegenüber dem Sozialhilfeträger sei nicht gegeben. Die Klägerin erhob Widerspruch. Sie machte im Wesentlichen geltend, die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V stehe einer Erstattung der Behandlungskosten nicht entgegen, wenn der Patient, wie vorliegend, seine Versicherungspflicht keiner Krankenkasse anzeige. Zudem habe das Bundessozialgericht (BSG) entschieden, dass der Erstattungsanspruch auch bei einer Notfallbehandlung eines Sozialgeldberechtigten bestünde, der keinen Leistungsantrag gestellt bzw. keine Leistungen erhalte. Mit Widerspruchsbescheid vom 13.12.2010 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Eine Notfallsituation habe zweifellos vorgelegen, ein Eilfall aber nur für die Zeit 23.3.2010 bis 28.3.2010. Denn am 29.3.2010 habe sie Kenntnis von der Aufnahme des B im Krankenhaus erlangt. Ein Anspruch auf Krankenhilfe bestehe für B nicht, weil er kraft Gesetzes und unabhängig von Anmeldung und Beitragszahlung pflichtkrankenversichert gewesen sei. Zudem sei die Bedürftigkeit des B nicht geklärt. Der Feststellungsbogen sei ihr von der Klägerin erst am 28.4.2010 vorgelegt worden als der B das Krankenhaus bereits verlassen hatte, obgleich der Klägerin im Bestätigungsschreiben vom 29.3.2010 darauf hingewiesen worden sei, den Antrag mit Feststellungsbogen zeitnah einzureichen. Auf ihr Schreiben habe der B nicht reagiert; sie könne daher weder die Aufenthalts- noch die Einkommens- und Vermögensverhältnisse aufklären. Die Klägerin trage die materielle Beweislast für die Anspruchsvoraussetzungen.

Die Klägerin hat am 12.1.2011 Klage erhoben. Sie wiederholt und vertieft ihren Vortrag aus dem Widerspruchsverfahren. Auch nach Kenntnisnahme der Beklagten vom Hilfefall bestehe weiterhin Anspruch auf Erstattung der vollen Behandlungskosten, denn die Abrechnung der stationären Behandlung erfolge als Fallpauschale im Rahmen des DRG-Vergütungssystems. Hier würden keine einzelnen Leistungen oder Behandlungstage abgerechnet, sondern die gesamte Behandlung. Der volle Vergütungsanspruch entstehe mit Beginn der Behandlung mit der Folge, dass die Beklagte die gesamten streitgegenständlichen Behandlungskosten zu

übernehmen habe. Die Angaben im Feststellungsbogen seien ausreichend zur Feststellung der Bedürftigkeit des B. Aufgrund der bekannten Lebensumstände des B sei es als erwiesen anzusehen, dass die Voraussetzungen für eine Leistungserbringung vorgelegen hätten.

Die Klägerin beantragt, 5

die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 2.6.2010 in der Gestalt des 6
Widerspruchsbescheides vom 13.12.2010 zu verurteilen, an sie den Betrag von 2403,08 Euro für die Krankenhausbehandlung des Patienten X für die Zeit vom 23.3.2010 bis 3.4.2010 zu erstatten.

Die Beklagte beantragt, 7

die Klage abzuweisen. 8

Sie verweist auf die Ausführungen im Widerspruchsbescheid vom 13.12.2010. 9

Das Gericht hat eine Melderegisterauskunft bei der Stadt Köln eingeholt. Von dort ist 10
mitgeteilt worden, dass B seit dem 17.6.2009 als nach Zielona Gora/Polen verzogen gemeldet ist. Mit Schreiben vom 6.5.2011 hat die Klägerin mitgeteilt, sie habe bei der AOK Rheinland/Hamburg vorsorglich einen Antrag auf Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V für den B gestellt. Die Krankenkasse habe den B erfolglos angeschrieben. Die von der Krankenkasse angeforderten Unterlagen bedürfe es nicht mehr, da die Voraussetzungen des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V im Fall des B vorgelegen hätten. Die Krankenkasse käme daher als Leistungspflichtige in Betracht und sei dem Rechtsstreit beizuladen.

Wegen weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitgegenstandes wird Bezug genommen auf 11
die Streitakten und die von der Beklagten beigezogenen Verwaltungsakten.

Entscheidungsgründe: 12

Die zulässige Klage ist teilweise begründet. 13

Die Klägerin wird durch den Bescheid vom 2.6.2010 in der Fassung des 14
Widerspruchsbescheides vom 13.12.2010 insoweit beschwert im Sinne des § 54 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) und in ihren Rechten verletzt, als die Beklagte es abgelehnt hat, der Klägerin die Kosten für die Krankenhausbehandlung des B in der Zeit vom 23.3.2010 bis 28.3.2010 zu erstatten. Insoweit hat die Klägerin gegen die Beklagten einen Anspruch auf Erstattung der Fallpauschale in Höhe von 1841,44 Euro. Einen weitergehenden Anspruch der Klägerin auf Erstattung von Kosten für die Behandlung des B in der Zeit vom 29.3.2010 bis zu seiner Entlassung am 3.4.2010 besteht nicht. Insoweit war die Klage abzuweisen.

Nach § 25 Satz 1 Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch –Sozialhilfe- (SGB XII) sind demjenigen, 15
der in einem Eilfall einem Anderen Leistungen erbracht hat, die bei rechtzeitigem Einsetzen von Sozialhilfe nicht zu erbringen gewesen wären, die Aufwendungen in gebotenem Umfang zu erstatten, wenn er sie nicht auf Grund rechtlicher oder sittlicher Pflicht selbst zu tragen hat. Diese Voraussetzungen sind für den Behandlungszeitraum vom 23.3.2010 bis 28.3.2010 erfüllt. Die Beklagte hätte als zuständiger Träger der Sozialhilfe (§ 98 Abs. 2 Satz 3 in Verbindung mit Abs. 1 Satz 1 SGB XII) bei rechtzeitiger Kenntnis Leistungen im tenorierten Umfang erbringen müssen.

Es ist zwischen den Beteiligten unstreitig, dass die Klägerin in einem Eilfall Leistungen zur 16
Krankenhilfe im Sinne des § 48 SGB XII erbracht hat. Denn der B ist als Notfall wegen einer

Schädelbasisfraktur bei Z.n. Schläge auf den Kopf am 23.3.2010 im Krankenhaus der Klägerin aufgenommen und behandelt worden. Ausweislich des Entlassungsberichtes vom 14.4.2010 waren bei dem B eine Schädelhirntrauma-Überwachung und ein neurologisches Konzil durchzuführen, was keinen zeitlichen Aufschub duldete. Des Weiteren steht es zur Überzeugung des Gerichtes fest, dass der B im Zeitpunkt der Behandlung hilfebedürftig war. Nach Würdigung der Akten geht die Kammer davon aus, dass der B aus eigenem Einkommen oder Vermögen die Kosten der Krankenhausbehandlung nicht hat bestreiten können. Nach den nicht zu widerlegenden Angaben des B im Feststellungsbogen zu seiner persönlichen Daten verfügte er im Zeitpunkt der Behandlung über kein Vermögen und keine Krankenversicherung, auch Einkünfte aus einer Erwerbstätigkeit hatte der B nicht. Das Gericht hegt keine durchgreifenden Zweifel an der Richtigkeit dieser Angaben, dies vor dem Hintergrund, dass der B schon eine geraume Zeit heroinabhängig war (vgl. Bericht des Krankenhauses Köln-Holweide vom 20.11.2009 mit der Diagnose eines Heroinabusus). Eine solche Suchterkrankung führt häufig zur Einkommens- und Vermögenslosigkeit des Betroffenen, weil der Suchtkranke einer geregelten Arbeit nicht mehr nachgehen kann und vorhandenes Vermögen in der Regel für die Beschaffung von Suchtmitteln aufgebraucht wird. Der B, der sich seit März 2009 mit seiner Freundin M. Ebertowska in Köln aufgehalten hat, hat nach seinen nicht zu widerlegenden Angaben von der Unterstützung seiner Freundin gelebt, die über geringe Einkünfte in Höhe von ca. 260,- Euro monatlich verfügte. Zudem ist der B mehrfach wegen Diebstahls polizeilich in Erscheinung getreten (vgl. Schreiben des Polizeipräsidiums Köln vom 21.1.2010 und 9.4.2010), wobei es nahe liegt, dass es sich hierbei um Beschaffungskriminalität handelt und erbeutete Diebesgüter/ Gelder vorrangig zur Beschaffung von Heroin eingesetzt bzw. verbraucht worden sind. Auch steht nach Auffassung der Kammer der Umstand, dass der B während seines Aufenthalts in Köln keine öffentlichen Fürsorgeleistungen bezogen hat nicht der Annahme seiner Hilfebedürftigkeit entgegen, weil er als Suchtkranker zu einem Personenkreis gehört, von dem typischerweise nicht zu erwarten ist, dass er zur Abwendung seiner Hilfebedürftigkeit staatliche Hilfe in Anspruch nimmt (vgl. SG Köln Urteil vom 19.9.08 -S 27 SO 103/07-). Soweit die Beklagte demgegenüber Zweifel hinsichtlich der Hilfebedürftigkeit geltend gemacht hat, ist der Beklagte zuzugestehen, dass der Klägerin die Beweislast hinsichtlich der Hilfebedürftigkeit des B obliegt. Die Beweislast führt aber erst zu Ablehnung des geltend gemachten Anspruchs, wenn sich das Gericht von der Hilfebedürftigkeit des B als anspruchsbegründende Tatsache keine hinreichende Überzeugung verschaffen kann. Das liegt hier nicht vor, denn angesichts der aktenkundigen Unterlagen und der bekannt gewordenen Lebensumstände des B geht die Kammer von einer Hilfebedürftigkeit des B aus. Es ist insoweit nicht ausreichend, dass die Beklagte die Hilfebedürftigkeit des B schlicht bestreitet, ohne konkrete Anhaltspunkte vorzutragen, die geeignet wären, begründete Zweifel an der Hilfebedürftigkeit des B zu begründen. Es war im vorliegenden Fall und ist der Beklagten auch zukünftig in gleich gelagerten Fällen unbenommen, den Sachverhalt von Amts wegen nach § 20 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch –Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz- (SGB X) weiter bzw. eingehender aufzuklären und Anhaltspunkte, die gegen eine Hilfebedürftigkeit des behandelten Patienten sprechen, zu ermitteln und sich nicht lediglich auf ein bloßes Bestreiten der Hilfebedürftigkeit zurückzuziehen. Vorliegend ist die Beklagte aufgrund der Antragstellung von Seiten der Klägerin am 29.3.2010 von der Behandlung des B in Kenntnis gesetzt und damit in die Lage versetzt worden, noch während des stationären Aufenthaltes des B bis zum 3.4.2010 die Prüfung der tatbestandlichen Voraussetzungen einer Leistungserbringung einzuleiten durch eine Befragung des B im Krankenhaus zu seinen persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen und ggf. durch einen Hausbesuch unter der im Antrag vom 29.3 ...2010 mitgeteilten Wohnanschrift des B (X). Denn bei dem Erfordernis einer zügigen Mitteilung des Eilfalls an den Sozialhilfeträger handelt es sich nicht um eine bloße Förmelerei, sondern um den Auftakt zu Amtsermittlungen

(vgl. SG Köln Urteil vom 16.12.2010 –S 35 SO 150/10-).

Dem Erfordernis eines rechtzeitigen Antrages im Sinne des § 25 Satz 2 SGB XII ist mit der vorsorglichen Antragstellung vom 29.3.2010 hinreichend Genüge getan, denn grundsätzlich ist die vorsorgliche Anmeldung des Erstattungsanspruchs geeignet, die angemessene Frist zu wahren (juris-PK, SGB XII, Rdn. 36). Es ist vorliegend auch unschädlich, dass die Übersendung der ersten vorsorglichen Antragstellung am 24.3.2010 fehl gelaufen ist und dieser Antrag die Beklagte nicht erreicht hat. Die Kammer erachtet die wiederholte Übersendung des vorsorglichen Antrages vom 29.3.2010 mit Eingang am 29.3.2010 bei der Beklagten als fristgerecht, denn eine unverzügliche, umgehende Antragstellung wird nicht gefordert (Grube/Wahrendorf, SGB XII, § 25 Rdn. 35) und eine wie hier wenige Tage nach Kenntnis des Nothelfers von der möglichen Hilfebedürftigkeit des behandelten Patienten erfolgte Anzeige beim Sozialhilfeträger kann als angemessen erachtet werden.

17

Die Klägerin hat dem B Hilfe gewährt, wodurch ihr Aufwendungen entstanden sind, zu deren Tragung sie nicht aufgrund rechtlicher oder sittlicher Pflicht verpflichtet ist. Der Höhe nach ist der Anspruch nach Auffassung der Kammer hinsichtlich des Betrages von 1841,44 Euro gegeben. Aufgrund der Anzeige des Eilfalls durch die Klägerin am 29.3.2010 hatte die Beklagte als Sozialhilfeträger ab diesem Datum Kenntnis von dem Hilfefall, damit scheidet ab dem 29.3.2010 ein Anspruch der Klägerin nach § 25 SGB XII aus. Nach herrschender Meinung handelt es sich ab Kenntnis des Sozialamtes von dem Hilfefall nicht mehr um einen Erstattungsanspruch des Nothelfers, sondern um einen persönlichen Anspruch des Leistungsberechtigten/Hilfebedürftigen, den dieser gegenüber dem Sozialamt durchsetzen muss (LSG Baden- Württemberg Urteil vom 22.11.2007 –L 7 SO 5195/06- und für das frühere Bundessozialhilfegesetz –BSHG-: BVerwG Urteile vom 2.4.1987 -5 C 67/84-; und 3.12.1992 -5 C 32/98-; OVG Münster Urteil vom 16.5.2000 -22 A 2172/98-). Denn der Mangel der Kenntnis des Sozialhilfeträgers von der Notlage ist Tatbestandsmerkmal des § 25 SGB XII (Grube/Wahrendorf, aaO, § 25 Rdn. 11). Das heißt ein Eilfall, für den die Klägerin Erstattung ihrer aufgewendeten Kosten verlangen kann, lag nur für die Zeit vom 23.3.2010 bis zum 28.3.2010 vor. Für diese Zeit sind nach den nachvollziehbaren Angaben der Klägerin Kosten für die Krankenhausbehandlung des B in Höhe von 1841,44 Euro entstanden. Die insoweit von der Klägerin vorgenommene Berechnung der Behandlungskosten anhand der Fallpauschalenverordnung ist nach Auffassung der Kammer nicht zu beanstanden. Es ist bislang höchstrichterlich ungeklärt, wie die Fallpauschalen zu verteilen sind, sofern sich ein Krankenhausaufenthalt wie hier zeitlich so verteilen lässt, dass für einen Teilzeitraum ein Anspruch des Krankenhausträgers als Nothelfer und für den anderen Zeitraum der originäre Leistungsanspruch des Hilfebedürftigen besteht. Hierzu werden unterschiedliche Auffassungen vertreten. So geht eine Meinung davon aus, dass der geltend gemachte Erstattungsanspruch in Anlehnung an die Entscheidung des BSG vom 19.9.2009 (-B 1 KR 39/06 R-: zur Aufteilung von Krankenhausbehandlungskosten zwischen Sozialleistungsträger bei Kassenwechsel des Versicherten während einer Krankenhausbehandlung, die mit der Fallpauschale vergütet wird) nach den abgerechneten Krankenhaustagen aufzuteilen ist mit der Begründung, bei der Fallpauschale handele es sich lediglich um einen Abrechnungsmodus und die Fallpauschale sei einer numerischen Aufteilung nach den mit ihr tatsächlich abgegoltenen Tagen zugänglich (SG Köln, Urteil vom 16.12.2010, aaO). Eine andere Meinung vertritt die Zulässigkeit der Abrechnung der Krankenhausbehandlung als Fallpauschale nach dem DRG-Vergütungssystem ohne eine numerische Aufteilung der Pauschale nach Tagen: hiernach entsteht der Anspruch auf Erstattung der Fallpauschale ab dem Tag der Aufnahme der Behandlung der in Not geratenen Person (SG Köln Urteil vom 19.9.2008, aaO; SG Aachen Urteil vom 11.11.2008 –S 20 SO 73/07-). Die erkennende Kammer schließt sich der letzteren Auffassung an. Auch die Kammer hält die Entscheidung

18

des BSG vom 19.9.2007 (aaO) vorliegend nicht für anwendbar, weil diese Entscheidung die zwischen zwei aufgrund Kassenwechsel leistungspflichtigen Krankenkassen bestehenden Rechtsbeziehungen untereinander bzw. den zwischen den Krankenkassen bestehenden Erstattungsanspruch nach § 105 SGB X betreffen. Vorliegend geht es aber nicht um die Beziehung zwischen zwei Sozialleistungsträgern, sondern um die Beziehung zwischen einem Krankenhaus als Nothelfer und dem Sozialhilfeträger (SG Köln, Urteil vom 19.9.2008, aaO). Dem Nothelfer sind gemäß § 25 SGB XII seine Aufwendungen in gebotenem Umfang zu erstatten. Geboten ist was der Sozialhilfeträger bei rechtzeitiger Kenntnis des Hilfefalls der in Not geratenen Person als (originär) Leistungsberechtigten nach Maßgabe der gesetzlichen Vorgaben hätte leisten müssen; d.h. Art und Umfang der zu erstattenden Aufwendungen muss sich an Art und Umfang des Anspruchs der in Not geratenen Person orientieren. Der hilfebedürftige B hätte bei rechtzeitiger Kenntnis gegenüber der Beklagten einen Anspruch auf Hilfe bei Krankheit gemäß § 48 SGB XII gehabt, wonach Leistungen zur Krankenbehandlung nach dem 3. Kapitel 5. Abschnitt 1. Titel des SGB V erbracht werden. Gemäß § 52 Abs. 1 SGB XII entsprechen die Hilfen bei Krankheit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. D.h. dem bedürftigen B stand Krankenhausbehandlung gemäß § 39 SGB V wie ein gesetzlich Krankenversicherter (Kassenpatient) zu und die Klägerin als Nothelfer kann die ihr hierfür zustehende Vergütung vom Sozialhilfeträger verlangen. Im Fall des Kassenpatienten wird eine begonnene und fortdauernde Krankenhausbehandlung als Fallpauschale nach dem DRG-Vergütungssystem abgerechnet. Im Rahmen des DRG-Vergütungssystems werden keine einzelnen Leistungen und Behandlungstage, sondern die gesamte Behandlung unter Berücksichtigung verschiedener Parameter als bestimmte Fallpauschale klassifiziert und entsprechend abgerechnet. Nach Auffassung der Kammer gilt im Falle eines Anspruchs nach § 25 Satz 1 SGB XII nicht anders, wenn die in Not geratene Person von dem Nothelfer wie ein Kassenpatient und damit als Fallpauschalenpatient zu behandeln war. Hätte die Beklagte als Sozialhilfeträger rechtzeitig vom Notfall des B Kenntnis gehabt, wäre die Abrechnung ebenfalls nach der Fallpauschalenverordnung vorgenommen worden (SG Köln Urteil vom 19.9.2007, aaO). Für die Klägerin besteht daher ein Anspruch für die Notfallbehandlung des B in der Zeit vom 23.3.2010 bis zum 28.3.2010 in Höhe der Fallpauschale von 1841,44 Euro, wobei sich dieser Betrag ausweislich der Rechnung vom 27.4.2010 zusammensetzt aus dem Betrag nach DRG-Ziffer B 79Z in Höhe von 1768,85 Euro zuzüglich den gesetzlichen Zuschlägen (DRG-Systemzuschlag, Zuschlag für Qualitätssicherung, Zuschlag nach § 91 und 139a SGB V und Zuschlag zur Finanzierung der Ausbildung) in Höhe von 72,59 Euro. Diese Fallpauschale ist mit dem Tag der Aufnahme des B im Krankenhaus der Klägerin entstanden und ist der Klägerin daher in vollem Umfang zu erstatten. Allein der Zuschlag Langlieger in Höhe von 561,64 für die Tage 1.4.2010 und 2.4.2010 kann die Klägerin nicht erstattet erhalten, weil der Eilfall im Sinne des § 25 SGB XII nur bis zum 28.3.2010 andauerte und der Rechtsgrund für den Zuschlag Langlieger erst für die Zeit ab dem 1.4.2010 entstanden ist. Insoweit kann nur der B einen Anspruch gegenüber der Beklagten geltend machen. Diese Sichtweise stellt sicher, dass der originäre Leistungsanspruch des Hilfebedürftigen nicht völlig durch den Nothelferanspruch des nach Fallpauschalenverordnung abrechnenden Krankenhauses verdrängt wird (vgl. hierzu SG Köln, Urteil vom 16.12.2010, aaO).

Der festgestellte Erstattungsanspruch der Klägerin scheidet auch nicht wegen des Grundsatzes des Nachrangs der Sozialhilfe (§ 2 Abs. 1 SGB XII) aus, weil für die Klägerin wegen einer Pflichtversicherung des B in der gesetzlichen Krankenversicherung die Möglichkeit bestünde, ihre Kosten gegenüber einer Krankenkasse abzurechnen. Denn zum einen dürfte einer Pflichtversicherung des B gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V (Bürgerversicherung) die Regelung des § 5 Abs. 11 Satz 2 SGB V entgegenstehen, wonach die Versicherungspflicht nach Abs. 1 Nr. 13 SGB V für Ausländer aus einem anderen EU-

Mitgliedstaat nicht gilt, wenn die Voraussetzungen für die Wohnortnahme in Deutschland die Existenz von Krankenversicherungsschutz nach § 4 Freizügigkeitsgesetz /EU (FreizügG/EU) ist. Entsprechend den Regelungen der §§ 4, 2 Abs. 2 Nr. 5 FreizügG/EU müssen nicht erwerbsfähige Unionsbürger, die sich nicht zwecks Arbeitssuche in Deutschland aufhalten, bei Einreise und Aufenthalt über ausreichenden Krankenversicherungsschutz verfügen. Im Fall des B liegen keine hinreichenden Anhaltspunkte dafür vor, dass er zwecks Arbeitssuche nach Deutschland eingereist bzw. sich in Deutschland aufgehalten hat. Dem aktenkundigen Feststellungsbogen ist insoweit nur zu entnehmen, dass der B im März 2009 mit einem Freund, der ihn in seinem Auto mitgenommen hat, nach Deutschland eingereist ist. Da der B für das Gericht nicht erreichbar ist, können die Gründe seiner Einreise und seines Aufenthaltes in Deutschland nicht abschließend geklärt werden, die Heroinabhängigkeit des B. spricht aber mehr gegen als für einen Aufenthalt des B zum Zwecke der Arbeitssuche bzw. -aufnahme. Ungeachtet dieser Gesichtspunkte können die Kosten der Behandlung des B im Krankenhaus der Klägerin auch bei Annahme einer gesetzlichen Pflichtversicherung des B nicht gegenüber einer gesetzlichen Krankenkasse abgerechnet werden. Denn wegen der fehlenden Erklärung des B zur Wahl der gesetzlichen Krankenkasse steht nicht fest, wer leistungsverpflichtete Krankenkasse sein könnte. Zwar tritt die "Auffang"versicherungspflicht gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V kraft Gesetzes ein und die Mitgliedschaft beginnt gemäß § 186 Abs. 11 Satz 1 SGB V mit dem ersten Tag ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall im Inland. Sie ist damit nicht von einem förmlichen Antrag abhängig. Allerdings müssen die Versicherungspflichtigen nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V eine gesetzliche Krankenkasse wählen, bei denen sie Mitglied werden, sofern sie nicht Mitglied der Krankenkasse oder des Rechtsnachfolgers der Krankenkasse werden, bei der sie zuletzt versichert waren (§ 174 Abs. 5 SGB V). B war in Deutschland offensichtlich nie Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse, d.h. er müsste eine Krankenkasse wählen. Da der B aber nicht erreichbar ist, kann eine Erklärung zur Wahl der Krankenkasse von ihm nicht erlangt werden. Diese Wahlerklärung kann wegen ihrer höchstpersönlichen Natur weder von einem Beteiligten des Rechtsstreites noch vom Gericht vorgenommen bzw. ersetzt werden. Damit scheidet auch unter diesem Gesichtspunkt ein realisierbarer Anspruch gegen eine gesetzliche Krankenkasse auf Übernahme der Krankenhausbehandlungskosten aus. Vor diesem Hintergrund bestand für das Gericht kein Anlass, dem Antrag der Klägerin auf Beiladung der AOK Rheinland/Hamburg zu entsprechen.

Die Kostenentscheidung folgt aus §§ 193, 183 SGG.

20