

Die Klage wird abgewiesen.

Die Klägerin trägt die Kosten des Verfahrens; Gerichtskosten (Gebühren und Auslagen) werden nicht erhoben.

Das Urteil ist hinsichtlich der Kosten vorläufig vollstreckbar.

Die Klägerin kann die Vollstreckung durch Sicherheitsleistung in Höhe des festzusetzenden Kosten-erstattungsbetrages abwenden, wenn nicht der Beklagte zuvor Sicherheit in gleicher Höhe leistet.

G r ü n d e :

I.

Die Klägerin, Trägerin einer Klinik, begehrt vom Beklagten die Übernahme weiterer Kosten für den Aufenthalt und die Behandlung einer Frau R. in ihrer Klinik im Zeitraum vom 11.10. bis 27.10.2003.

Frau R. bezog seitens des Beklagten Leistungen nach dem AsylbLG. Am 23.09.2003 wurde sie wegen einer Depression mit psychogenen Anfällen aufgrund der Diagnose eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie als Notfall in die Klinik der Klägerin stationär eingewiesen. Dies teilte die Klägerin dem Beklagten mit Aufnahmeanzeige vom 25.09.2003 mit. Darin war eine voraussichtliche Behandlungsdauer bis zum 07.10.2003 angegeben. Daraufhin übernahm der Beklagte gegenüber der Klägerin unter dem 06.10.2003 eine Kostengarantie entsprechend den für gesetzliche Krankenkassen geltenden Mindestsätzen für die Zeit vom 23.09. bis 03.10.2003. Die Kostengarantie enthielt folgenden Hinweis:

„Wird über diese Frist hinaus Krankenhausbehandlung notwendig, bitte ich um rechtzeitige Übersendung eines ärztlich begründeten Verlängerungsantrages, um über eine weitere Kostenübernahme zu entscheiden, da sonst die Kostenübernahme nur für den o. g. Zeitraum der Kostengarantie erfolgt.“

Nach Entlassung der Frau R. am 27.10.2003 übersandte die Klägerin dem Beklagten die Endabrechnung vom 03.11.2003 mit einer Gesamtsumme in Höhe von 6.640,47 Euro. Nach der Schlüsselnummer zu § 301 SGB V „70 1 OB 76 B“ wurden 1.883,05 Euro für den Zeitraum vom 23.09. bis 10.10.2003 sowie für den 23.09.2003 nach Ziff. 48 0 00001 eine Sonderleistung DRG-Zuschlag in Höhe von 0,30 Euro geltend gemacht. Außerdem wurde nach der Schlüsselnummer 711 OB 76 B für den Zeitraum vom 11.10. bis 26.10.2003 ein „Zuschlag Langlieger“ in Höhe von 4.757,12 Euro in Rechnung gestellt. Mit Schreiben vom 13.11.2003 teilte der Beklagte der Klägerin die Anerkennung der Kosten in Höhe von 1.883,35 Euro mit und lehnte eine Kostenübernahme darüber hinaus ab. Zur Begründung wurde ausgeführt, die Klägerin habe versäumt, einen ärztlich begründeten Verlängerungsantrag für die Zeit nach dem 03.10.2003 zu stellen. Dadurch sei ihm die Überprüfung der Notwendigkeit der sehr langen Behandlungsdauer der Patientin durch seine Amtsärztin nicht eingeräumt worden. Die Patientin habe jedoch gemäß § 4 AsylbLG lediglich Anspruch auf Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände. Dementsprechend seien lediglich nur die Kosten der Behandlungstage bis zur oberen Grenze der Verweildauer nach dem DRG-Berechnungssystem für die Schlüsselnummern nach § 301 SGB V „70 1 OB 76 B“ anerkannt worden. Der in Rechnung gestellte Zuschlag für Langlieger für die Behandlung über die im DRG vorgesehene Zeit hinaus werde abgelehnt. Unter dem 04.12.2003 verwies die Klägerin darauf, dass die DRG für den Behandlungszeitraum und das Krankheitsbild erst mit der Entlassung des Patienten generiert werde, weshalb es leider nicht möglich sei, vorher schon eine obere Grenzverweildauer zu ermitteln. Nach nochmaliger Ablehnung der Kostenübernahme unter dem 10.12.2003 erhob die Klägerin Widerspruch und verwies

nochmals darauf, dass Frau R. unter dem Verdacht eines akuten epileptischen Grand mal Anfalls und massiver Cephalgien stationär aufgenommen worden sei. Aufgrund dieses akuten Krankheitsbildes sei eine sofortige ärztliche Behandlung notwendig gewesen. Dementsprechend habe Frau R. zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme einen Anspruch auf Leistungen nach § 4 AsylbLG gehabt. Diese Aufgabe des Leistungsträgers nach §§ 1, 3 ff. AsylbLG habe sie übernommen, weshalb ihr im Rahmen der Regelungen der Geschäftsführung ohne Auftrag ein Anspruch bzw. ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch zustehe.

Mit Bescheid vom 23.09.2004 lehnte die Bezirksregierung Braunschweig den Widerspruch gegen die Bescheide des Beklagten vom 13.11.2003 und 10.12.2003 ab. Zur Begründung trug sie vor, § 4 Abs. 1 AsylbLG finde ausschließlich auf den in § 1 Abs. 1 AsylbLG definierten Kreis der Leistungsberechtigten Anwendung. Dementsprechend stehe lediglich dem Hilfesuchenden selbst, nicht aber dem Träger eines Krankenhauses die Leistung zu. Etwas anderes ergebe sich auch nicht aus § 4 Abs. 3 Satz 2 AsylbLG. Diese Vorschrift begründe keinen Vergütungsanspruch eines Arztes gegenüber dem Kostenträger nach dem AsylbLG, sondern regle lediglich die Leistungen der Ärzte und die Höhe der ihnen dafür zustehenden Vergütung. Auch eine Abtretung des Anspruchs aus § 4 Abs. 1 AsylbLG sei ausgeschlossen, da diese Regelung einen Anspruch auf Sachleistungen gewähre und solche Ansprüche nach § 53 Abs. 1 SGB I nicht übertragbar seien. Abgesehen davon handele es sich beim AsylbLG nicht um eine rentengleiche Dauerleistung, sondern es werde ständig neu über die zu gewährenden Leistungen entschieden. Wie das Sozialhilferecht stelle das Asylbewerberleistungsrecht eine Nothilfe dar, die nur gewährt werde, wenn andere bedarfsdeckende Einkünfte fehlen. Hieraus folge, dass nur ein gegenwärtiger Bedarf abzudecken sei, was ausschließe, dass für abgelaufene Zeiträume Nachzahlungen geleistet werden. Die Klägerin habe die Möglichkeit gehabt, die Notwendigkeit einer Weiterbehandlung über den 03.10.2003 hinaus anzuzeigen. Davon habe der Beklagte erst am 05.11.2003, also mehr als einen Monat später, mit der Endabrechnung vom 03.11.2003 Kenntnis erhalten.

Dagegen hat die Klägerin am 28.10.2004 Klage erhoben und verfolgt ihr Begehren weiter. Zur Begründung trägt sie ergänzend vor, ein Anspruch auf Erstattung der noch ausstehenden Aufwendungen für die Patientin Frau R. im Zeitraum vom 23.09.2003 bis 27.10.2003 in Höhe von 4.757,12 Euro nebst Zinsen ergebe sich auf der Grundlage der §§ 683, 677, 670 BGB. Sie sei insoweit als Geschäftsführerin ohne Auftrag tätig geworden. Darüber hinaus bestehe ein Anspruch aufgrund eines öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruches. Frau R. habe seitens des Beklagten Hilfe gemäß §§ 4, 6 AsylbLG verlangen können. Indem sie diesen Anspruch erfüllt habe, sei der Beklagte von einer Verbindlichkeit befreit worden, so dass dieser einen vermögenswerten Vorteil erlangt habe. Demgegenüber bestehe kein Anspruch aus einer analogen Anwendung des § 121 BSHG, da einem Ausländer Hilfe geleistet worden sei, der nach §§ 1, 3 ff. AsylbLG leistungsberechtigt sei. Gegen die Anwendung des § 121 BSHG spreche zum einen der Wortlaut des AsylbLG, welcher keinen Verweis auf § 121 BSHG enthalte. Auch eine planwidrige Gesetzeslücke bestehe nicht, da demjenigen, der eine Aufgabe des Leistungsträgers nach §§ 1, 3 ff. AsylbLG wahrnehme, Ansprüche auf Erstattung seiner Aufwendungen nach den Regeln der Geschäftsführung ohne Auftrag und aus einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch zustehen. Es liege auch keine vergleichbare Sach- bzw. Interessenlage vor, da § 121 BSHG eine spezielle Regelung für einen Ersatzanspruch aus öffentlich-rechtlicher Geschäftsführung ohne Auftrag im Bereich des Sozialhilferechts darstelle. Beim AsylbLG handele es sich jedoch im Kern nicht um Sozialverwaltungsrecht, sondern es sei als eigenständiges Recht der Leistungen für Asylbewerber und ihnen gleichgestellte Personen geschaffen worden. Die Regelungen des BSHG würden gerade nicht generell für anwendbar erklärt. Selbst bei einer entsprechenden Anwendung von § 121 BSHG sei der Anspruch nicht ausgeschlossen, da sich Art und Umfang der Erstattungspflicht unter Berücksichtigung des Zweckes und der Zielsetzung des AsylbLG bestimmen. Zweck der Asylbewerberleistungen bei Krankheit sei jedoch die Sicherstellung einer ärztlichen Versorgung zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände (§ 4 AsylbLG). Eine solche Erkrankung habe bei Frau R. im gesamten umstrittenen Zeitraum vorgelegen. Im Übrigen stehe ihm ein Anspruch auf Erstattung der Krankenhausbehandlungskosten aus einer Abtretung der der Frau R. zustehenden Ansprüche gegen den Beklagten vom 23.09.2003 zu. Das Abtretungsverbot des § 4 Abs. 1 Satz 2 BSHG sei im Rahmen des AsylbLG nicht anwendbar. Selbst wenn dies der Fall wäre, wäre dieses Verbot entsprechend den Vorschriften der §§ 399, 400 BGB teleologisch zu reduzieren. Die Abtretung wäre nicht aufgrund der Höchstpersönlichkeit des Anspruches ausgeschlossen, denn dem Ausschluss

der Abtretbarkeit liege zugrunde, dass eine Forderung nicht abtretbar sei, wenn es für eine geschuldete Leistung im schutzwürdigen Interesse des Schuldners von wesentlicher Bedeutung sei, an wen die Leistung zu erfolgen habe. Ein solches schutzwürdiges Interesse zu Gunsten des Beklagten bestehe jedoch nicht, da durch die Abtretung der Inhalt und die Identität dieser Leistung in Bezug auf die Person des Gläubigers nicht tangiert sei. § 400 BGB solle im öffentlichen Interesse verhindern, dass dem Gläubiger der unpfändbaren Forderung die Lebensgrundlage gänzlich entzogen werde. Danach sei die Vorschrift nach ihrem Zweck unanwendbar, wenn der Zedent vom Zessionar eine wirtschaftlich gleichwertige Leistung wie im vorliegenden Fall erhalte.

Insgesamt sei die medizinische Behandlung von Frau R. aufgrund des akuten Krankheitsbildes im Rahmen einer Notfallbehandlung medizinisch notwendig und auch erforderlich gewesen. Eine Aufschiebung der Behandlung wäre nicht zulässig gewesen. Aus diesem Grunde habe sie auch nicht abwarten können, bis der Beklagte über die beantragte Hilfe im Weiteren entschieden habe. Im Übrigen habe dieser die Kostenübernahme mit Schreiben vom 06.10.2003, welches am 08.10.2003 bei ihr eingegangen sei, erklärt. Damit sei die Kostenübernahme rückwirkend auf den 03.10.2003 befristet und von einem rechtzeitig gestellten Verlängerungsantrag abhängig gemacht worden. Am 08.10.2003 sei jedoch eine rechtzeitige Verlängerungsantragstellung ab dem 03.10.2003 bereits objektiv schon nicht mehr möglich gewesen. Eine vorherige rechtzeitige Beteiligung des Beklagten sei ihr somit weder objektiv möglich noch zumutbar gewesen. Sie habe vielmehr bei Übernahme und Weiterführung der Behandlung davon ausgehen können, im mutmaßlichen Willen des Beklagten zu handeln. Die medizinische Notwendigkeit für die gesamte Behandlung sei aus den medizinischen Unterlagen, die angefordert werden könnten, ersichtlich.

Sie beantragt,

die Bescheide des Beklagten vom 13.11.2003 und 10.12.2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides der Bezirksregierung Braunschweig vom 23.09.2004 aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, die aus der stationären Behandlung der Frau E. im Zeitraum vom 11.10.2003 bis 27.10.2003 noch offen stehenden Aufwendungen in Höhe von 4.757,12 Euro nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu erstatten.

Der Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Unter Verweis auf den Widerspruchsbescheid und seinen Vorlagebericht an die Bezirksregierung Braunschweig vom 24.08.2004 trägt er ergänzend vor, es sei zwar bei der Abgabe der Kostenübernahmegarantie zu einer Verzögerung gekommen. Da das Kostenanerkennnis auf den 03.10.2003 befristet gewesen sei, dieses der Klägerin jedoch erst am 08.10.2003 vorgelegen habe, sei es dieser unmöglich gewesen, ggf. eine Behandlung bis zum Befristungszeitpunkt abzuschließen. Dieser Tatsache sei jedoch dadurch Rechnung getragen worden, dass letztlich die Kosten der Behandlung bis einschließlich 10.10.2003 in Höhe von 1.883,05 Euro übernommen und lediglich der Zuschlag für Langlieger abgelehnt worden sei. Zwar hätten die Symptome von Frau R. bei ihrer stationären Aufnahme nach der Stellungnahme seines Gesundheitsamtes, das Frau R. Mitte 2004 amtsärztlich auf ihre Reisefähigkeit untersucht habe, vorgelegen, jedoch sei eine stationäre Weiterbehandlung über den Zeitraum der Kostenzusage hinaus nicht gerechtfertigt gewesen. Grundsätzlich könne eine Depression mit psychogenen Anfällen ambulant weiterbehandelt werden. Wäre insoweit eine stationäre Behandlung über den Zeitraum der Kostenzusage notwendig gewesen, hätte die Klägerin in der Pflicht gestanden, dies unter Vorlage einer ärztlichen Stellungnahme zu begründen und einen Verlängerungsantrag zu stellen. Ihm hätte dann die Möglichkeit offen gestanden, anhand eines fundiertes ärztlichen Berichts die Notwendigkeit der Fortführung einer stationären Behandlung amtsärztlich prüfen zu lassen oder eine Verlegung in eine weniger kostenintensive Einrichtung für die weitere (ggf. ambulante) Behandlung zu prüfen. Dementsprechend sei davon auszugehen, dass es sich nach dem 03.10.2003 nicht mehr um die Behandlung eines akuten Notfalls, sondern lediglich um eine „Standardbehandlung“ gehandelt habe, für die keine Eilbedürftigkeit mehr geltend gemacht werden könne.

Aus dem Entlassungsbericht vom 27.10.2003 ergebe sich, dass die von der Klägerin dargelegten Anfälle der Frau R., welche zur Rechtfertigung der gesamten Behandlungsdauer angeführt worden seien, während EEG-Ableitungen am 26.09. und 27.10.2003 aufgetreten seien. Insoweit sei fraglich, dass Frau R. trotzdem am 27.10.2003 entlassen worden sei. Frau R. sei seit 2002 mindestens neunmal im Krankenhaus zur Behandlung desselben Krankheitsbildes stationär aufgenommen worden. Sie „benutzte“ ihre „Anfälle“ um ihre drohende Abschiebung hinauszuzögern. Im Übrigen teile er die Auffassung des OVG Lüneburg in dem Urteil vom 11.06.2003 (4 LB 583/02), dass eine Frist für die Antragstellung von drei Tagen nach Behandlungsbeendigung noch als angemessen angesehen werden könne. Die Klägerin habe jedoch, nachdem sie am 08.10.2003 von der Befristung der Kostenübernahmeerklärung Kenntnis erlangt habe, überhaupt keinen gesonderten Antrag gestellt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts wird auf die Gerichtsakte im vorliegenden Verfahren sowie die Verwaltungsvorgänge des Beklagten und der Bezirksregierung Braunschweig Bezug genommen. Sie waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung.

II.

Die zulässige Leistungsklage hat keinen Erfolg. Der Klägerin steht gegenüber dem Beklagten kein Anspruch auf Erstattung weiterer Aufwendungen in Höhe von 4.757,12 Euro nebst Zinsen für die stationäre Behandlung der Frau R. im Zeitraum vom 11. bis 27.10.2003 zu.

Ein solcher Anspruch des Klägers als Krankenhausträger gegenüber dem Beklagten als für Leistungen nach dem AsylbLG zuständigem Träger ergibt sich nicht aus § 4 Abs. 1, 2 AsylbLG. Diese Vorschrift begründet subjektive Leistungsansprüche lediglich der in § 1 Abs. 1 AsylbLG genannten Leistungsberechtigten, zu denen zwar Frau R. persönlich, jedoch nicht die Klägerin, als Trägerin eines Krankenhauses, in dem ein Leistungsberechtigter stationär behandelt wurde, gehört. Gegenteiliges ergibt sich auch nicht aus § 4 Abs. 3 AsylbLG. Darin ist lediglich ein objektiv rechtlicher Sicherstellungsauftrag normiert, wonach die zuständige Behörde die ärztliche und zahnärztliche Versorgung einschließlich von Schutzimpfungen und medizinisch gebotenen Vorsorgeuntersuchungen für nach dem AsylbLG Leistungsberechtigte zu gewährleisten hat. Vergütungsansprüche von Ärzten und Krankenhausträgern werden dadurch nicht begründet (vgl. VGH Baden-Württemberg, Urt. v. 10.06.2005 - 7 S 2618/03 -, GK-AsylbLG: § 4 Rn. 14).

Der geltend gemachte Erstattungsanspruch ergibt sich auch nicht über eine analoge Anwendung von § 121 BSHG. Nach dieser Vorschrift sind auf Antrag demjenigen, der in einem Eilfall einem anderen Hilfe gewährt hat, die der Träger der Sozialhilfe bei rechtzeitiger Kenntnis nach diesem Gesetz gewährt haben würde, die Aufwendungen in gebotenen Umfang zu erstatten, wenn er sie nicht aufgrund rechtlicher oder sittlicher Pflicht selbst zu tragen hat und sofern er den Antrag innerhalb angemessener Frist stellt. Unzweifelhaft scheidet im vorliegenden Verfahren eine direkte Anwendung der Vorschrift bereits deshalb aus, weil diese Bestimmung voraussetzt, dass die vom Dritten als Nothelfer geleistete Hilfe „nach diesem Gesetz“, mithin nach dem Bundessozialhilfegesetz, geleistet worden wäre. Dies wäre hier jedoch nicht der Fall gewesen, weil Frau R. im streitbefangenen Zeitraum zum Kreis der Leistungsberechtigten nach dem AsylbLG gehörte.

Obwohl das AsylbLG nicht, wie in anderen Problembereichen, auf eine analoge Anwendung von § 121 BSHG verweist, hält die Kammer die Vorschrift bei der Nothilfe für nach dem AsylbLG Berechtigte für grundsätzlich analog anwendbar. Denn der in § 121 BSHG geregelte Tatbestand ist im hier zu beurteilenden Sachverhalt der Fürsorgeleistungen für vollziehbar ausreisepflichtige Ausländer gleich zu bewerten. Das verdeutlicht insbesondere der Umstand, dass auf bestimmte Leistungsberechtigte nach dem AsylbLG gemäß § 2 Abs. 1 AsylbLG das BSHG entsprechend anzuwenden ist und dass nach der Intention des Gesetzes für den Nothilfeanspruch ein Grund für die Unterscheidung und Berücksichtigung der Dauer des Aufenthaltes des ausreisepflichtigen Ausländers nicht gegeben ist (vgl. dazu OVG Lüneburg, Urt. v. 11.06.2003 - 4 LB 583/02 -, NDV-RD 2004, 15 ff. unter Berufung auf das ausführliche Urteil des OVG Münster v. 05.12.2000 - 22 A 3164/99 -, FEVS 53, 353 ff.; im Ergebnis ebenso OVG Berlin, Urteil vom 25.11.2004 - 6 B 17.02-FEVS 56, 425 ff.).

In Bezug auf die hier lediglich umstrittene Behandlungszeit vom 11. bis 27.10.2003, für die nach der bis dato erfolgten 19tägigen Krankenhausbehandlung ein so g. Langliegerzuschlag geltend gemacht wurde, liegt jedoch kein Eilfall im Sinne von § 121 BSHG vor. Ein Eilfall in diesem Sinne ist eine Sachlage, in der der eigentlich zuständige Sozialhilfeträger (hier: der Beklagte als Leistungsträger nach dem AsylbLG) nicht rechtzeitig handeln kann. § 121 BSHG beschränkt den Erstattungsanspruch auf Fälle, in welchen der Sozialhilfeträger Hilfe nicht gewährt hat, weil ihm die rechtzeitige Kenntnis der Voraussetzungen für die Gewährung fehlte. Vorausgesetzt wird, dass nach den Umständen des Einzelfalles sofort geholfen werden muss und eine rechtzeitige Einschaltung des Sozialhilfeträgers nicht möglich ist (vgl. für alles Vorstehende OVG Lüneburg, a. a. O.; LPK, BSHG: § 121 Rn. 10).

Zweifellos lag ein solcher Eilfall bei der Einlieferung von Frau R. in die Klinik der Klägerin vor, nachdem diese als Notfall von einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie veranlasst worden war. In Anbetracht von Sinn und Zweck der Regelung, nämlich durch die Gewährleistung eines zahlungsfähigen Schuldners die Hilfsbereitschaft Dritter im Notfall zu erhalten und zu stärken, liegt ein Eilfall dann nicht mehr vor, wenn der tatsächlich zuständige Leistungsträger durch Übersendung der Aufnahmeanzeige des Krankenhauses informiert wurde und dieser bereits eine Kostenübernahmeerklärung für einen bestimmten Zeitraum abgegeben hat. Hier war dem Beklagten als nach dem AsylbLG für Frau R. zuständigem Leistungsträger mit der Aufnahmeanzeige der Klägerin vom 25.09.2003 die stationäre Aufnahme von Frau R. mitgeteilt worden und er hatte unter dem 06.10.2003 eine Kostengarantie entsprechend den für gesetzliche Krankenkassen geltenden Mindestsätzen für die Zeit von der Aufnahme bis zum 03.10.2003 abgegeben. Damit war der Eilfall im Sinne von § 121 BSHG abgeschlossen. Es galten nunmehr die Regelungen und Vorschriften für den „gewöhnlichen“ Fall der Krankenhausbehandlung eines nach dem AsylbLG Berechtigten, die im Fall des § 121 BSHG gerade wegen der Eilbedürftigkeit nicht berücksichtigt werden können und müssen. Insoweit liegt der Fall hier anders als in der Entscheidung des VGH Baden-Württemberg (s. o.) wo der letztlich zuständige Leistungsträger zwar ebenfalls Kenntnis von der Krankenhausaufnahme erhalten hatte, wegen eines Zuständigkeitsstreites jedoch keinerlei Kostenübernahmeerklärung abgegeben wurde, und diese Tatsache die Einhaltung der im Normalfall geltenden Regelungen hinderte.

Damit verbleibt es bei der vom Gesetzgeber geregelten Systematik in Bezug auf die Übernahme von Krankenbehandlungskosten für nicht gesetzlich oder privat krankenversicherte Personen. Die im Bereich des BSHG und des AsylbLG einschlägigen Vorschriften der §§ 37 Abs. 1 BSHG bzw. 4 Abs. 1 AsylbLG begründen lediglich subjektive Leistungsansprüche der tatsächlich nach den genannten Vorschriften Leistungsberechtigten, nicht jedoch eines behandelnden Arztes oder des Trägers eines behandelnden Krankenhauses (s. o.). Der Rechtsanspruch auf Leistungen der Sozialhilfe und des Asylbewerberleistungsrechtes steht allein dem Hilfebedürftigen zu. Nur der Hilfesuchende selbst ist im Fall seiner Krankenhaus- oder ärztlichen Behandlung zur Geltendmachung des Anspruches auf Krankenhilfe aktivlegitimiert. Dem Arzt oder Krankenhausträger steht kein eigener Anspruch gegen den Sozialhilfeträger zu. Unmittelbare Ansprüche Dritter gegen den Träger der Sozialhilfe aus Anlass der Hilfe, die sie dem Hilfebedürftigen außerhalb einer vom Sozialhilfeträger verantworteten Hilfe- maßnahme gewährt haben, sieht das Gesetz - auch im Falle der Krankenhilfe - lediglich unter den Voraussetzungen des § 121 BSHG bzw. § 121 BSHG analog vor. Solche Ansprüche sind aber auf Fälle beschränkt, in denen Dritte dringliche Hilfeleistungen vor Kenntnis des Sozialhilfeträgers vom Sozialhilfefall erbracht haben. Dieser Zeitpunkt ist für die Frage, in wessen Person Ansprüche gegen den Sozialhilfeträger aus Anlass von Hilfeleistungen Dritter entstehen, von entscheidender Bedeutung: Während vor diesem Zeitpunkt lediglich ein Aufwendungsersatzanspruch des Nothelfers nach § 121 Satz 1 BSHG entstehen kann, nicht aber ein Sozialhilfeanspruch des in Not Geratenen gegen den Sozialhilfeträger, kann nach dieser Kenntniserlangung ein Aufwendungsersatzanspruch des Nothelfers nach § 121 BSHG, also kraft Gesetzes, nicht mehr begründet werden; vielmehr kann allein ein Sozialhilfeanspruch des Hilfebedürftigen gegen den zuständigen Träger der Sozialhilfe in Betracht kommen. Außerhalb des Anwendungsbereiches dieser Bestimmung bedarf es somit, wenn der Dritte den Sozialhilfeträger auf Aufwendungsersatz soll in Anspruch nehmen können, entweder entsprechender Vereinbarungen mit dem Sozialhilfeträger, einer - ebenfalls auf vertraglicher Grundlage beruhenden - Heranziehung des Dritten durch den Sozialhilfeträger zur Erfüllung der sich für diesen aus dem Bundessozialhilfegesetz bzw. AsylbLG ergebenden Verpflichtungen oder einer - auch einseitig möglichen - Kostenübernahmeerklärung des Sozialhilfeträgers (vgl. für alles Vorstehende VGH Baden-

Württemberg, Urt. v. 09.07.1997 - 6 S 3239/96 -, recherchiert in Juris, bestätigt durch BVerwG, B. v. 02.02.1998 - 5 B 99.97 -, FEVS 48, 246 ff.). Mangels anderer Rechtsgrundlagen können nur derartige Kostenübernahmeerklärungen Anspruchsgrundlage für eigene Zahlungsansprüche eines Arztes oder Krankenhausträgers gegen den Sozialhilfeträger sein. Kostenübernahmeerklärungen können im Einzelfall, jedoch auch generell vom Sozialhilfeträger, dahin abgegeben werden, jedem Arzt, der den Hilfesuchenden behandelt, die Kosten der Behandlung in dem in der Erklärung berechneten Umfang zu bezahlen. Dazu werden in der Regel in den einzelnen Bundesländern entsprechend den Vorgaben der Vorschriften für die gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) Verträge abgeschlossen, die das Verhältnis zwischen Ärzten, Zahnärzten und Krankenhäusern zu den entsprechenden Leistungsträgern regeln. Diese Regelungen gelten auch für das Verhältnis von Ärzten und Krankenhäusern zu den für Leistungen nach § 37 BSHG bzw. § 4 AsylbLG zuständigen Kostenträgern.

Eine solche Kostenübernahmeerklärung seitens des Beklagten gegenüber der Klägerin für die Behandlung im Zeitraum vom 11. bis 27.10., die keinen Eilfall im Sinne von § 121 BSHG darstellt (s. o.), liegt unzweifelhaft nicht vor. Vielmehr hat der Beklagte mit seiner Erklärung vom 06.10.2003 ausdrücklich lediglich eine Kostengarantie für den Zeitraum vom 23.09. bis 03.10.2003 abgegeben und darüber hinaus auf die Schlussrechnung der Klägerin die Behandlungskosten bis einschließlich 10.10.2003 übernommen. Vor diesem Hintergrund kann sich die Klägerin nicht darauf berufen, dass die Kostenübernahmeerklärung nach dem Wortlaut auf den 03.10.2003 befristet war, ihr jedoch erst am 08.10.2003 zugegangen ist. In Anbetracht des eindeutigen Wortlautes der Kostenübernahmeerklärung, insbesondere des Hinweises auf die Erforderlichkeit eines Verlängerungsantrages bei einer weiter andauernden Krankenhausbehandlung, konnte die Klägerin, abgesehen davon, dass dies für einen Anspruch nicht ausreichen würde, nicht von einem mutmaßlichen Einverständnis des Beklagten mit einer weiteren Krankenhausbehandlung ausgehen.

Der Beklagte hat darüber hinaus zu Recht die Abgabe einer Kostenübernahmeerklärung für die Behandlung der Frau R. im Zeitraum vom 11. bis 27.10.2003 abgelehnt. Insoweit ist davon auszugehen, dass für die Erbringung von Krankenhilfeleistungen an weder gesetzlich noch privat krankenversicherte Personen durch die Sozialhilfeträger bzw. die Träger des AsylbLG die für die gesetzliche Krankenversicherung geltenden Vorschriften des SGB V analog gelten (vgl. ausdrücklich § 37 Abs. 1 BSHG). Für das Verhältnis von Ärzten und Krankenhausträgern zu den Trägern der Krankenhilfe gilt dasselbe wie für das Verhältnis zwischen diesen und den Krankenkassen. Damit gilt auch der von der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft (NKG) mit den Landesverbänden der Krankenkassen auf der Grundlage von § 112 Abs. 2 Ziff. 1, 2, 4 und 5 SGB V zum 01.11.1992 in Kraft getretene Sicherstellungsvertrag. Dort sind Regelungen über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung und die Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung getroffen worden. Weiterhin ist geregelt, dass Krankenhausbehandlung durchgeführt wird, wenn sie - von Notfällen abgesehen - von einem Kassen- oder Vertragsarzt verordnet ist und nach Art oder Schwere der Krankheit die medizinische Versorgung gemeinsam mit der pflegerischen Betreuung nur mit den Mitteln eines Krankenhauses möglich ist, d. h. ambulante kassen- oder vertragsärztliche Versorgung nicht ausreicht (§ 3 Abs. 2). Die Krankenkasse hat dem Krankenhaus auf dessen Aufnahmeanzeige unverzüglich mitzuteilen, ob sie die Kosten übernimmt oder aus welchen Gründen sie die Kostenübernahme ablehnt (§ 4 Abs. 1 Satz 4). Bei einer zeitlichen Begrenzung der Kostenübernahme durch die Krankenkasse beantragt das Krankenhaus rechtzeitig unter Angabe der Gründe und der voraussichtlichen weiteren Dauer der stationären Behandlung die Verlängerung der Kostenübernahme (§ 4 Abs. 2 Satz 1). Diese vertragliche Vorgabe entspricht den gesetzlichen Regelungen. Insoweit bestimmt § 301 Abs. 1 Nr. 3 SGB V, dass die Krankenhäuser verpflichtet sind, den Krankenkassen die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung sowie, falls diese überschritten wird, auf Verlangen der Krankenkasse die medizinische Begründung zu übermitteln.

Diesen gesetzlichen und vertraglichen Vorgaben ist die Klägerin nicht nachgekommen. Sie hatte dem Beklagten mit der Aufnahmeanzeige vom 25.09.2003 die bei Frau R. im Rahmen der Aufnahme gestellte Diagnose und die voraussichtliche Behandlungsdauer (bis zum 07.10.2003) mitgeteilt. Vor diesem Hintergrund war nicht zu beanstanden, dass der Beklagte seine Kostenübernahmeerklärung zunächst befristete und für eine Verweildauer über den 03.10.2003 hinaus einen medizinisch begründeten Verlängerungsantrag seitens der Klägerin forderte. Insofern war nach Treu und Glauben die

Übersendung der Begründung noch während des Aufenthaltes der Frau R. im Krankenhaus angezeigt, weil nur solange eine dem Beklagten zustehende sachgerechte Überprüfung der Notwendigkeit des weiteren Krankenhausaufenthaltes z. B. durch sein Gesundheitsamt möglich war (vgl. für das Verhältnis zwischen Krankenhaus und Krankenkasse LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 16.12.2004 - L 5 KR 67/04 -, recherchiert in Juris).

Bis zum heutigen Tag hat die Klägerin weder einen solchen Verlängerungsantrag gestellt, noch fundierte medizinische Aussagen dazu vorgelegt, warum die nach dem geltenden Abrechnungssystem in der Regel notwendige Verweildauer bei der für Frau R. gestellten Diagnose von 19 Krankenhausbehandlungstagen in ihrem Fall um 12 Tage überschritten wurde, zumal in diesem Zeitraum nach dem Entlassungsbericht lediglich am Tag der Entlassung ein weiteres EEG durchgeführt wurde. In diesem Fall hat das Gericht hinsichtlich der vorliegend umstrittenen und der Sache nach zweifelhaften weiteren Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit auch keine weiteren Ermittlungen, etwa durch Einholung eines medizinischen Sachverständigengutachtens, anzustellen, da die Pflicht zur zeitnahen Vorlage einer Begründung nunmehr fast zwei Jahre nach Abschluss der Behandlung nicht mehr erfüllbar ist (vgl. LSG, Rheinland-Pfalz, a. a. O.).

Die Klägerin kann auch keinen Anspruch aus von Frau R. abgetretenem Recht geltend machen. Zum einen ist bereits fraglich, ob in Anbetracht der lediglich mit vier Kreuzen gekennzeichneten Abtretungserklärung vom 23.09.2003 eine wirksame Abtretung erfolgt ist. Andererseits steht auch Frau R. über § 4 Abs. 1 AsylbLG selbst bei Annahme der Abtretbarkeit lediglich dann ein Anspruch zu, wenn die Verlängerung der Verweildauer im Krankenhaus medizinisch begründet worden wäre. Ebenso wenig steht der Klägerin ein Anspruch aus einer öffentlich-rechtlichen Geschäftsführung ohne Auftrag oder einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch zu. In Anbetracht der dargestellten gesetzlichen und vertraglichen Regelungen scheidet ein Anspruch aus öffentlich-rechtlicher Geschäftsführung ohne Auftrag daran, dass die Übernahme der Geschäftsführung bei fehlendem Verlängerungsantrag und fehlender medizinischer Begründung nicht dem Interesse und dem wirklichen oder mutmaßlichen Willen des Geschäftsherrn entspricht. Einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch steht entgegen, dass auch Frau R. kein Anspruch gegenüber dem Beklagten bestand, von dem er durch die Leistung der Klägerin rechtsgrundlos befreit worden ist. Im anderen Fall würde die o. g. vom Gesetzgeber gewollte und seitens des Bundesverwaltungsgerichts bestätigte Systematik ausgehebelt.

Nach alledem ist die Klage mit der für die Klägerin negativen Kostenfolge aus §§ 154 Abs. 1, 188 Satz 2 VwGO abzuweisen.

Die Entscheidung hinsichtlich der vorläufigen Vollstreckbarkeit folgt aus § 167 VwGO i. V. m. §§ 708 Nr. 11, 711 ZPO.