

## L 18 SO 15/08

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Sozialhilfe

Abteilung

18

1. Instanz

SG Würzburg (FSB)

Aktenzeichen

S 15 SO 106/06

Datum

09.01.2008

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 18 SO 15/08

Datum

03.05.2012

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

B 1 KR 58/12 R

Datum

15.04.2014

Kategorie

Urteil

I. Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Würzburg vom 09.01.2008 wird zurückgewiesen.

II. Die Klägerin hat die Kosten des Verfahrens einschließlich der notwendigen außergerichtlichen Kosten des Beklagten zu tragen.

III. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt von dem Beklagten im Wege der Leistungsklage Kostenerstattung für die von ihr erbrachten Leistungen an Frau B. S. (Hilfeempfängerin) in Höhe von 3.172,18 EUR.

Die Hilfeempfängerin bezog vom Beklagten in der Vergangenheit Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz -BSHG- (Bescheid vom 22.10.2002 mit entsprechenden Folgebescheiden). Der Beklagte und der Bezirk Unterfranken haben der Hilfeempfängerin zunächst unmittelbar Krankenhilfe geleistet. Mit Schreiben vom 01.12.2003 hat der Beklagte die Hilfeempfängerin ersucht, eine Krankenkasse zu wählen, die künftig die Leistungen bei Krankheit erbringen solle. Mit Schreiben vom 16.01.2004 hat der Bezirk Unterfranken dem Beklagten mitgeteilt, es sei eine freiwillige Versicherung der schwerbehinderten Hilfeempfängerin (Bescheid vom 03.11.2003) bei der Betriebskrankenkasse Mobil Oil (BKK Mobil Oil) nach [§ 9 Abs. 1 Nr. 4](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) beantragt (vgl. Vermerk vom 28.01.2004, Antrag vom 04.08.2003) und dürfte demnächst durchgeführt werden.

Nachdem die Hilfeempfängerin keine Krankenkasse gewählt hatte, hat der Beklagte ab 01.01.2004 der Hilfeempfängerin im Rahmen der Krankenhilfe nach [§ 264 SGB V](#) bis zum 19.05.2004 von der Klägerin (damals: BKK FTE) Krankenbehandlung gegen Kostenerstattung durch den Sozialhilfeträger erbringen lassen.

Mit Schreiben vom 12.05.2004 teilte die BKK Mobil Oil dem Beklagten mit, dass die Hilfeempfängerin als freiwilliges Mitglied rückwirkend ab 03.11.2003 bei ihr aufgenommen worden sei. Der Beklagte hat ab diesem Zeitpunkt die Zahlung der Versicherungsbeiträge als Bedarf der Hilfeempfängerin berücksichtigt und die Beitragszahlungen in voller Höhe übernommen. Der Beklagte stellte daraufhin gegenüber der Hilfeempfängerin und der Klägerin unter dem 19.05.2004 die Gewährung der Krankenhilfe nach [§ 264 SGB V](#) mit Wirkung vom selben Tage ein.

Die Klägerin stellte mit Schreiben vom 31.08.2005 dem Beklagten die von ihr erbrachten Leistungen zur Krankenbehandlung an die Hilfeempfängerin für den Zeitraum von Januar bis einschließlich Juni 2004 in Höhe von 3.172,18 EUR in Rechnung. Davon entfielen 3.021,12 EUR auf im ersten Quartal 2004 erbrachte Leistungen. Im 2. Quartal 2004 hat die Klägerin Aufwendungen in Höhe von 151,06 EUR gehabt. Diese Rechnung leitete der Beklagte mit Schreiben vom 06.09.2005 an die BKK Mobil Oil weiter und bat um direkte Abwicklung mit der Klägerin. Dies lehnte die BKK Mobil Oil mit Schreiben vom 28.09.2005 unter Berufung auf die Ausschlussfrist des [§ 111](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) ab.

Mit Schreiben vom 01.03.2006 wies die Klägerin den Beklagten hierauf hin und bat nochmals, diese Forderung und weitere 115,64 EUR für im Zeitraum 01.10.2004 bis 31.12.2004 entstandene Aufwendungen (für die Kosten der missbräuchlichen Verwendung der Krankenversicherungskarte durch die Hilfeempfängerin in Höhe von 115,64 EUR habe der Beklagte ebenfalls aufzukommen, da er die Versichertenkarte nicht gemäß [§ 264 Abs. 5 SGB V](#) zurückgefordert habe) zu begleichen. Im Hinblick auf die fehlende Möglichkeit eines Erstattungsanspruchs gegen die BKK Mobil Oil teilte der Beklagte der Klägerin unter dem 11.04.2006 mit, dass eine Begleichung der

Forderung in Höhe von 3.172,18 EUR nicht möglich sei. Der Erstattungsanspruch sei insofern nicht rechtzeitig geltend gemacht worden.

Die Klägerin forderte nach wechselseitigem Schriftverkehr den Beklagten mit Schreiben vom 08.11.2006 unter Fristsetzung bis zum 06.12.2006 auf, die entstandenen Kosten zu erstatten. Nach ihrer Ansicht sei vorliegend [§ 111 SGB X](#) nicht anwendbar, da es sich im Rahmen der [§§ 88 ff. SGB X](#), die die Auftragsangelegenheiten regeln würden, um eine abschließende Regelung handle. Mit Schreiben vom 05.12.2006 lehnte der Beklagte die Kostenerstattung erneut ab.

Mit Schriftsatz vom 06.12.2006 hat die Klägerin Klage zum Sozialgericht Würzburg (SG) erhoben und beantragt, den Beklagten zu verurteilen, an die Klägerin 3.172,18 EUR nebst 4% Zinsen hieraus zu zahlen. Zur Begründung hat sie ausgeführt, dass jedenfalls eine Verjährung im Sinne von [§ 113 Abs. 1 SGB X](#) offensichtlich ausscheide. Die Vorschrift des [§ 111 SGB X](#) sei im Rahmen des [§ 264 SGB V](#) nicht anzuwenden, da es sich insofern um eine Auftragsangelegenheit im Sinne des [§ 93 SGB X](#) handle. Hierfür stelle [§ 91 SGB X](#) eine abgeschlossene Regelung dar.

Der Beklagte hat ausgeführt, vorliegend sei [§ 111 SGB X](#) anzuwenden, da in [§ 264 Abs. 7 SGB V](#) keine Regelung enthalten sei, innerhalb welcher Frist eine Abrechnung durch die Krankenkasse erfolgen müsse. Ein Rückgriff auf die allgemeine Regelung des [§ 111 SGB X](#) sei somit zulässig und erforderlich. Die Abrechnung hätte bis spätestens 01.03.2005 erfolgen müsse. In diesem Falle wären auch die Kosten von der BKK Mobil Oil erstattet worden. Ein Anspruch auf Verzugszinsen scheide aus, da es keine entsprechende gesetzliche Regelung gebe und [§ 108 SGB X](#) nicht anwendbar sei.

Im Rahmen des Erörterungstermins vor dem Sozialgericht Würzburg am 09.01.2008 hat die Klägerin den zunächst erhobenen Zinsanspruch nicht mehr geltend gemacht.

Mit Urteil vom 09.01.2008 hat das SG die Klage abgewiesen und die Berufung zugelassen. Der Klägerin stehe kein Erstattungsanspruch gegen den Beklagten in der geltend gemachten Höhe zu. Nach [§ 264 Abs. 2 S. 1 SGB V](#) in der Fassung des Gesetz zu Übergangsregelungen zur Neuorganisation der vertragsärztlichen Selbstverwaltung und Organisation der Krankenkassen ([BGBl. I 2003, 2190](#)) werde von der Krankenkasse unter anderem die Krankenbehandlung von Empfängern laufender Leistungen zum Lebensunterhalt nach Abschnitt 2 des BSHG übernommen. Bei der Hilfeempfängerin habe es sich um eine Empfängerin von Leistungen nach dem BSHG in diesem Sinne gehandelt. Die Aufwendungen, die den Krankenkassen durch die Übernahme dieser Krankenbehandlung entstünden, würden ihnen nach [§ 264 Abs. 7 S. 1 SGB V](#) von den für die Hilfe zuständigen Sozialhilfeträgern erstattet. Zuständiger Sozialhilfeträger sei vorliegend der Beklagte. Sowohl das Vorliegen der Tatbestandsvoraussetzungen dieser Normen, als auch die Höhe der geltend gemachten Forderung sei zwischen den Beteiligten nicht streitig. Zweifel hieran seien auch nicht erkennbar. Allerdings scheitere der Anspruch der Klägerin im Hinblick auf eine analoge Anwendung von [§ 111 SGB X](#). Nach [§ 111 S. 1 SGB X](#) in der Fassung des Gesetzes zur Einführung des Euro im Sozial- und Arbeitsrecht sowie zur Änderung anderer Vorschriften - 4. Euro-Einführungsgesetz - ([BGBl. I 2000, 1983](#)) sei ein Anspruch auf Erstattung ausgeschlossen, wenn der Erstattungsberechtigte ihn nicht spätestens zwölf Monate nach Ablauf des letzten Tages, für den die Leistung erbracht wurde, geltend mache. Der Lauf der Frist beginne gemäß [§ 111 S. 2 SGB X](#) frühestens mit dem Zeitpunkt, zu dem der erstattungsberechtigte Leistungsträger von der Entscheidung des erstattungspflichtigen Leistungsträgers über seine Leistungspflicht Kenntnis erlangt habe. Unabhängig von der Frage, ob es sich bei [§ 264 SGB V](#) um ein Auftragsverhältnis im Sinne des [§ 93 SGB X](#) handle, sei [§ 111 S. 1 SGB X](#) auf den vorliegenden Fall anwendbar. Im Rahmen der [§§ 88 ff. SGB X](#) sei es umstritten, ob diesbezüglich [§ 111 SGB X](#) gelte (für eine Anwendbarkeit Breitkreuz in LPK-SGB X, 2. Auflage, § 91 Rdnr. 2 mit Verweis auf (m.V.a.) LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 18.03.1994 - [L 4 Kr 656/92](#), HVBG-Info 1994, 1743; v. Wulffen in v. Wulffen, SGB X, 5. Auflage, § 111 Rdnr. 3 m.V.a. Römer, Der Anwendungsbereich des [§ 111 SGB X](#), SozSich 1986, 309; Engelmann in v. Wulffen, SGB X, 5. Auflage, § 91 Rdnr. 3; ablehnend Kater in Kasseler Kommentar, [§ 111 SGB X](#) Rdnr. 6; Freund in Hauck/Noftz, SGB X, § 91 Rdnr. 12).

Gegen eine Anwendbarkeit werde vorgetragen, dass es sich bei den [§§ 88 ff. SGB X](#) um ein abgeschlossenes Regelwerk handle und bei Interesse an einer raschen Abwicklung eine individuelle Vereinbarung nach [§ 91 Abs. 4 SGB X](#) möglich sei (Kater in Kasseler Kommentar, a.a.O.). Überzeugender erscheine jedoch, dass zumindest eine analoge Anwendung des [§ 111 SGB X](#) geboten sei, da der Gesetzgeber auch in anderen Zusammenhängen die [§§ 107 ff. SGB X](#) für anwendbar erklärt habe (Engelmann in v. Wulffen, SGB X, a.a.O.) und es sich bei dieser Regelung um den Ausdruck eines allgemeinen Rechtsgedanken handle. Die Regelung diene der Rechtsklarheit, der Rechtssicherheit und der Beschleunigung von Verwaltungsvorgängen; insbesondere sollten Leistungsträger frühzeitig wissen, welche Ansprüche auf sie zukämen und welche Rückstellungen zu bilden seien (vgl. BSG, Urteil vom 19.03.1996 - 2 RU 22/95; Urteil vom 28.11.1990 - [5 RJ 50/89](#); Böttiger in LPK-SGB X, 2. Auflage, § 111 Rdnr. 1). Es sei nicht erkennbar, weshalb bei den vorliegend geltend gemachten Erstattungsansprüchen eine abweichende Interessenlage vorliegen sollte. Vielmehr zeige sich hier umso deutlicher, dass eine Abrechnung innerhalb der Frist des [§ 111 SGB X](#) erfolgen müsse, da andernfalls möglicherweise der erstattungspflichtige Sozialleistungsträger seinerseits von einem Dritten den Ausschluss seiner Ansprüche wegen des Verstreichens der Frist des [§ 111 SGB X](#) entgegen gehalten bekomme.

Die materielle Ausschlussfrist des [§ 111 S. 1 SGB X](#) sei vorliegend auch verstrichen, so dass der Erstattungsanspruch kraft Gesetzes entfallen sei (vgl. zu dieser Wirkung Böttiger in LPK-SGB X, 2. Auflage, § 111 Rdnr. 13 mit weiteren Nachweisen). Da es vorliegend um die Leistungserbringung der Klägerin für den Zeitraum bis 30.06.2004 gehe, sei auf den Ablauf des letzten Tages der Leistungserbringung - mithin spätestens den 30.06.2004 - abzustellen. Nach [§ 26 SGB X](#) in Verbindung mit [§ 187 Abs. 1 Bürgerliches Gesetzbuch \(BGB\)](#) beginne die Frist damit am 01.07.2004 und ende nach [§ 26 SGB X](#), [§ 188 Abs. 2 BGB](#) mit Ablauf des 30.06.2005. Nachdem die Ansprüche erstmals mit Schreiben vom 31.08.2005 von der Klägerin geltend gemacht worden seien, seien diese zu diesem Zeitpunkt bereits ausgeschlossen gewesen. Dafür, dass für den Fristbeginn auf einen späteren Zeitpunkt abzustellen sei, beispielsweise im Sinne von [§ 111 S. 2 SGB X](#), sei nichts vorgetragen und auch nichts ersichtlich. Nach alledem sei der geltend gemachte Kostenerstattungsanspruch der Klägerin nicht gegeben, die Klage damit abzuweisen gewesen.

Gegen dieses Urteil hat die Klägerin Berufung eingelegt. [§ 111 SGB X](#) sei auf den vorliegenden Fall nicht anwendbar. Bei der Kostenerstattung nach [§ 264 SGB V](#) handle es sich um einen gesetzlichen Auftrag im Sinne des [§ 93 SGB X](#). Diese Norm verweise auf [§ 91 Abs. 1](#) und 3 SGB X. Hierbei handle es sich um eine abschließende Regelung. Eine Regelungslücke bestehe nicht, so dass auch keine analoge Anwendung der [§§ 102 ff. SGB X](#) in Betracht komme.

Zum 01.04.2010 ist die BKK FTE mit der Audi BKK fusioniert, welche den Rechtsstreit fortgeführt hat. Sie macht geltend, die Fristberechnung

durch das SG entspreche nicht [§ 111 Satz 2 SGB X](#).

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Würzburg vom 09.01.2008 aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, an die Klägerin 3.172,18 EUR nebst 4 % Zinsen hieraus zu zahlen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des SG Würzburg vom 09.01.2008 zurückzuweisen.

Die Entscheidung über die Leistungspflicht i.S.d. [§ 111 Satz 2 SGB X](#) betreffe nicht die Entscheidung über den Erstattungsanspruch, sondern über die Leistungsgewährung in der Sache. Diese Entscheidung sei aber bereits mit der Anmeldung der Hilfeempfängerin bei der Klägerin erfolgt.

Die Beteiligten haben übereinstimmend auf mündliche Verhandlung verzichtet.

Der Senat hat die Akten der Klägerin und des Beklagten beigezogen. Zur Ergänzung des Sachverhalts wird auf den Inhalt der beigezogenen Akten und der Gerichtsakten beider Instanzen verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Aufgrund des schriftlich erklärten Einverständnisses der Beteiligten entscheidet der Senat gemäß [§ 124 Abs. 2 SGG](#) ohne mündliche Verhandlung.

Der Senat ist nach dem Geschäftsverteilungsplan A für das Bayerische Landessozialgericht zur Entscheidung berufen, da der rechtliche Schwerpunkt des Falles im Bereich des Rechts der Sozialhilfe liegt, insbesondere soweit es um die Frage der Leistungsberechtigung der Hilfeempfängerin geht.

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin ist zulässig ([§§ 143, 144, 151](#) Sozialgerichtsgesetz - SGG -).

Sie ist aber nicht begründet. Die Klägerin hat weder aus [§ 264 Abs. 7 SGB V](#) noch aus [§ 105 SGB X](#) Anspruch auf Erstattung der von ihr an die Hilfeempfängerin erbrachten Leistungen in Höhe von 3.172,18 EUR.

Die Klägerin hat ihren im Wege der echten Leistungsklage ([§ 54 Abs. 5 SGG](#)) geltend gemachten Zahlungsanspruch auf [§ 264 Abs. 7 SGB V](#) gestützt. Die Voraussetzungen dieser Vorschrift liegen dem Grunde nach vor. Nach der im hier fraglichen Leistungszeitraum geltenden Fassung dieser Vorschrift gemäß Art. 1 Nr. 152 Buchst. c des Gesetzes vom 14.11.2003, [BGBl. I, 2190](#), werden die Aufwendungen, die den Krankenkassen durch die Übernahme der Krankenbehandlung nach den Absätzen 2 bis 6 entstehen, ihnen von den für die Hilfe zuständigen Trägern der Sozialhilfe vierteljährlich erstattet. Als angemessene Verwaltungskosten einschließlich Personalaufwand für den Personenkreis nach Absatz 2 werden bis zu 5 vom Hundert der abgerechneten Leistungsaufwendungen festgelegt. Wenn Anhaltspunkte für eine unwirtschaftliche Leistungserbringung oder -gewährung vorliegen, kann der zuständige Träger der Sozialhilfe von der jeweiligen Krankenkasse verlangen, die Angemessenheit der Aufwendungen zu prüfen und nachzuweisen.

Zum Zeitpunkt der Leistungserbringung haben die Voraussetzungen des [§ 264 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) vorgelegen. Danach wird die Krankenbehandlung von Empfängern laufender Leistungen zum Lebensunterhalt nach Abschnitt 2, von Empfängern von Hilfe in besonderen Lebenslagen nach Abschnitt 3 des BSHG und von Empfängern laufender Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes, die nicht versichert sind, von der Krankenkasse übernommen.

Die Hilfeempfängerin hatte im Leistungszeitraum vom Beklagten aufgrund ihres Antrags vom 18.09.2002 rechtmäßig Leistungen nach dem 2. Abschnitt des BSHG erhalten (Bescheid vom 22.10.2002 mit entsprechenden Folgebescheiden) und war zunächst auch nicht krankenversichert.

Aufgrund der rückwirkenden Aufnahme der Klägerin in die freiwillige Versicherung zum 03.11.2003 ist zwar rückwirkend der Rechtsgrund für eine Leistungserbringung nach [§ 264 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) entfallen, denn die Klägerin ist in dem Zeitraum, für den die Klägerin Leistungen erbracht hat, nunmehr bei der BKK Mobil Oil krankenversichert gewesen. Das ändert jedoch nichts daran, dass die Klägerin zunächst rechtmäßig Leistungen im gesetzlichen Auftrag der Beklagten (vgl. BSG, Urteil vom 17.06.2008, [B 1 KR 30/07 R](#), Rn 13) oder in einem auftragsähnlichen Verhältnis (BSG, Urteil vom 28.10.2008, [B 8 SO 23/07 R](#), Rn 23) erbracht hat, weshalb sie dem Grunde nach gemäß Abs. 7 dieser Vorschrift vom Beklagten als dem örtlich und sachlich zuständigen Sozialhilfeträger die Erstattung ihrer Aufwendungen verlangen kann.

Sie hat ihren Anspruch jedoch nicht innerhalb der Frist des [§ 111 SGB X](#), der vorliegend anwendbar ist, geltend gemacht.

Die Frage, ob [§ 111 SGB X](#) im gesetzlichen Auftragsverhältnis anzuwenden ist, ist umstritten (dafür: Seewald in Kasseler Kommentar, Sozialversicherungsrecht, 72. EL 2012, Rn 50 zu [§ 91 SGB X](#); Böttiger in Diering/Timme/Waschull, SGB X, 3. Aufl. 2011, Rn 3 m.w.N.; Roller in von Wulffen, SGB X, 7. Aufl. 2010, Rn 4 zu § 111; Breitzkreuz in LPK-SGB X, 3. Aufl. 2011, § 91 Rn 3; dagegen: Kater in Kasseler Kommentar, Rn 6 Zu [§ 111 SGB X](#); Steinbach in Hauck/Noftz, SGB X, Rn 12 zu § 91). Zur Überzeugung des Senats gebietet es der Normzweck ebenso wie der Wortlaut des [§ 111 SGB X](#), diese Vorschrift auf jegliche Erstattungsansprüche zwischen Sozialleistungsträgern anzuwenden, soweit nicht abweichende Vorschriften entgegenstehen. Der zweite Abschnitt des dritten Titels des dritten Kapitels des SGB X ist mit "Erstattungsansprüche der Leistungsträger untereinander" überschrieben und regelt diese nicht abschließend. Das spricht dafür, dass hier allgemeine Vorschriften für jegliche Erstattungsansprüche zwischen Sozialleistungsträgern geregelt werden sollten, die die andernorts getroffenen gesetzlichen Regelungen ergänzen (so auch Roos in von Wulffen, SGB X, 7. Aufl. 2010, Rn 1 vor § 102 m.w.N.). [§§ 88](#) bis [92 SGB](#)

X mögen zwar, wie Kater und Steinbach zu Recht ausführen, ein geschlossenes System darstellen. Zu Fristen für die Geltendmachung des Anspruchs nach [§ 91 Abs. 1](#) und 3 SGB X enthalten diese Vorschriften jedoch nichts. Unabhängig davon, ob es sich vorliegend um ein Auftragsverhältnis oder ein auftragsähnliches Verhältnis handelt, schließt [§ 93 SGB X](#) die Anwendbarkeit der Vorschriften des 2. Abschnitts des 3. Kapitels des SGB X nicht aus, sondern bezieht sich allein auf die Frage, welche Vorschriften aus dem 2. Titel des 1. Abschnitts des 3. Kapitels SGB X auf gesetzliche Auftragsverhältnisse anwendbar sind. Die [§§ 88 - 92 SGB X](#) sind auch insoweit nicht abschließend, als darin keine Verjährungsvorschriften geregelt sind, welche jedoch ohne jeden Zweifel auch hier Anwendung finden. Es spricht daher vom Wortlaut und der Systematik des Gesetzes her nichts dafür, [§ 111 SGB X](#) einschränkend dahingehend auszulegen, er bezöge sich nur auf Ansprüche nach den [§§ 102 bis 105 SGB X](#). Der Zweck des [§ 111 SGB X](#) besteht zum einen darin, dass der Erstattungspflichtige schon kurze Zeit nach der Leistungserbringung weiß, welche Ansprüche auf ihn zukommen und er gegebenenfalls entsprechende Rückstellungen machen kann. Zum anderen dient er der schnellen Abwicklung des Erstattungsverfahrens (vgl. BSG, Urteil vom 28.11.1990, [5 Rj 50/89](#) juris Rn. 23). Diese Zwecke gebieten die Anwendung des [§ 111 SGB X](#) auf den vorliegenden Fall. Denn dem Sozialhilfeträger ist zwar bereits dem Grunde nach bekannt, dass der Krankenversicherungsträger Leistungen an Sozialhilfeempfänger erbringt, für die letzterer nach [§ 264 Abs. 7 Satz 1 SGB XII](#) erstattungspflichtig ist. Ihm kann aber nicht bekannt sein, in welchem Einzelfall solche Leistungen erbracht worden sind und in welcher Höhe ein Erstattungsanspruch des Krankenversicherungsträgers besteht, ehe der Krankenversicherungsträger eine entsprechende Abrechnung vorgelegt hat. Von daher kann es nicht angehen, im Wege einer teleologischen Reduktion Erstattungsansprüche nach [§ 264 Abs. 7 SGB XII](#) von der Anwendbarkeit des [§ 111 SGB X](#) auszunehmen, denn es besteht kein wesentlicher Unterschied zu sonstigen Erstattungsfällen, in denen der Erstattungspflichtige auch dem Grunde nach keine Kenntnis von dem Vorgang hat, der die Erstattungspflicht auslöst. Zudem zeigt, worauf schon das SG zu Recht hingewiesen hat, gerade der vorliegende Fall, dass bei Nichtanwendung des [§ 111 SGB X](#) im Rahmen des [§ 264 Abs. 7 SGB X](#) ein Wertungswiderspruch dadurch entstehen würde, dass im Verhältnis zwischen Sozialhilfeträger und Krankenversicherungsträger ansonsten [§ 111 SGB X](#) Anwendung findet, mit der Folge, dass es dem Sozialhilfeträger im Falle einer freiwilligen Versicherung nicht möglich ist, die verspätet abgerechneten Positionen gegenüber dem eigentlich zuständigen Krankenversicherungsträger geltend zu machen.

Die Klägerin hat auch die Ausschlussfrist nach [§ 111 SGB X](#) versäumt. Gemäß [§ 264 Abs. 7 Satz 1 SGB XII](#) werden die durch den Krankenversicherungsträger erbrachten Leistungen vierteljährlich erstattet. Die Frist nach [§ 111 S. 1 SGB X](#) für die Geltendmachung des Anspruchs begann damit hinsichtlich der Leistungen für das 1. Quartal 2004 am 01.04.2004 und endete mit Ablauf des 31.03.2005, hinsichtlich des 2. Quartals 2004 begann die Frist am 01.07.2004 und endete mit Ablauf des 30.06.2005. Denn die Frist beginnt mit Ablauf des Tages, für den die zur Erstattung führende Sozialleistung erbracht wurde (BSG, Urteil vom 28.02.2008, [B 1 KR 13/07 R](#)). Da quartalsweise abzurechnen war, war spätestens mit Ablauf des Quartals die Leistungserbringung abgeschlossen, so dass es nicht darauf ankommt, zu welchem Zeitpunkt die Klägerin von der Beendigung des Auftrags durch Schreiben vom 19.05.2004 Kenntnis erlangt hat. Mit Schreiben vom 31.08.2005 hat die Klägerin deshalb ihren Anspruch verspätet geltend gemacht. Ein Aufschub der Frist durch [§ 111 S. 2 SGB X](#) kommt vorliegend unabhängig von der unklaren Formulierung des Gesetzeswortlauts nicht in Betracht. Sollte die Entscheidung über die Leistungspflicht des Beklagten gegenüber der Hilfeempfängerin gemeint sein, so hatte die Klägerin hiervon schon deshalb Kenntnis, weil sie vom Beklagten beauftragt worden ist, ab 01.01.2004 Leistungen an die Hilfeempfängerin zu erbringen. Da der Beklagte die Klägerin ersucht hatte, die Leistungen auf seine Kosten zu erbringen, lag jedenfalls auch eine (formlose) Entscheidung des Beklagten hinsichtlich seiner Leistungspflicht gegenüber der Klägerin vor, ehe die Frist nach [§ 111 Satz 1 SGB X](#) überhaupt in Gang gesetzt worden war.

Im Übrigen nimmt der Senat zur Vermeidung unnötiger Wiederholungen gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) auf die zutreffenden Gründe des angegriffenen Urteils Bezug.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§§ 197a SGG, 154 Abs. 1 VwGO](#).

Die Revision war nach [§ 160 Abs 2 Nr 1 SGG](#) zuzulassen, da die Frage, ob [§ 111 SGB X](#) im gesetzlichen Auftragsverhältnis anzuwenden ist, grundsätzliche Bedeutung hat.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2014-04-22