

L 8 Kr 506/82

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
8
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 6 Kr 17/81
Datum
22.04.1982
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 8 Kr 506/82
Datum
15.12.1982
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum
-

Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Sind bei der Erkrankung von Neugeborenen mehrere Krankenkassen verpflichtet, im Wege der Familienhilfe Krankenpflege zu gewähren, so kann eine Inanspruchnahme i.S.d. § 205 Abs. 4 S. 2 RVO a.F. nicht nur bei Eintritt des Versicherungsfalls und Beginn der Sachleistung sondern bis zur Beendigung der Sachleistung, wirksam erfolgen. Nur wenn bis zu diesem Zeitpunkt keine der in Betracht kommenden Kassen in Anspruch genommen worden ist, ist im Wege der Lückenausfüllung immer von der Leistungspflicht der schon die Entbindungsanstaltspflege gewährenden Krankenkasse der Mutter auszugehen.
(Anschluß an BSG 1976-05-18 [3 RK 68/74](#) und [3 RK 11/75](#); 1979-06-29 - [8b/3 RK 30/78](#))

2. Eine stillschweigende Inanspruchnahme der die Entbindungsanstaltspflege gewährenden Krankenkasse kann jedenfalls dann nicht angenommen werden, wenn bis zum Ende der Krankenhauspflege des Neugeborenen ausdrücklich entgegenstehende Erklärungen abgegeben werden.

3. Die noch während der Krankenhauspflege erfolgte Inanspruchnahme der anderen Krankenkasse kann nach dem Sinn und Zweck des § 205 Abs. 4 S. 2 RVO a.F. grundsätzlich nachträglich nicht mehr zurückgenommen oder durch Anfechtung beseitigt werden.

4. Die Geltendmachung eines Erstattungsanspruchs gegenüber der in Anspruch genommenen Krankenkasse durch die für die Entbindungspflege zuständige Krankenkasse verstößt nicht schon deshalb gegen Treu und Glauben, weil diese Kasse nach Kenntnis von der Geburt eines Kindes ihre weiblichen Versicherten durch Anschreiben mit beigefügtem Erklärungsvordruck auf die nach § 205 Abs. 4 S. 2 RVO a.F. bestehende Möglichkeit hinweist, entweder die Krankenkasse der Mutter oder des Vaters zu wählen.

I. Auf die Berufung der Klägerin wird das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 22. April 1982 aufgehoben. Die Beklagte wird verurteilt, der Klägerin für die Zeit vom 16. März 1981 bis 9. April 1981 Krankenhauspflegekosten in Höhe von 6.261,98 DM zu erstatten.

II. Die Beklagte hat den Beigeladenen zu 1.) und 2.) die außergerichtlichen Kosten zu erstatten; im übrigen sind außergerichtliche Kosten nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die klagende Innungskrankenkasse verlangt von der beklagten Betriebskrankenkasse die Erstattung von Krankenhauspflegekosten für die Zeit vom 18. März 1981 bis 9. April 1981 in Höhe von 6.261,98 DM. Die Kosten wurden aufgewendet für das Kind C (C.) der bei der Klägerin pflichtversicherten Beigeladenen zu 2.) und des bei der Beklagten pflichtversicherten Beigeladenen zu 1.). C. wurde am 16. März 1981 in der Universitäts-Frauenklinik X. geboren, wo seine Mutter, die Beigeladene zu 2.), von der Klägerin Entbindungsanstaltspflege erhielt. Am 18. März 1981 wurde er zur Behandlung einer Hauterkrankung in die Universitäts-Kinderklinik X. verlegt und dort bis zum 9. April 1981 behandelt. In der Aufnahmemitteilung der Kinderklinik war die Klägerin als Kostenträgerin angegeben. Mit am 27. März 1981 bei der Klägerin eingegangenen Schreiben vom 26. März 1981 beantragte die Klinikverwaltung dementsprechend bei der Klägerin die Übernahme der Kosten.

Noch während der stationären Behandlung des C. in der Kinderklinik – am 26. März 1981 – richtete die Klägerin an die Beigeladene zu 2.) folgendes Schreiben:

Zur Geburt Ihres Kindes sprechen wir Ihnen unseren herzlichen Glückwunsch aus.

Uns stellt sich jetzt die Frage, welche Krankenkasse für Ihr Kind die Leistungen der Familienkrankenhilfe erbringen soll. Nach den

gesetzlichen Vorschriften kann ein Familienkrankenhilfeanspruch gegen mehrere Krankenkassen gleichzeitig begründet sein, Die Leistung darf jedoch nur einmal gewährt werden.

Wir weisen deshalb darauf hin, daß Ihnen für den Fall, daß Ihr Ehemann ebenfalls bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert ist, ein Wahlrecht zwischen Ihrer und der Krankenkasse Ihres Ehemannes zusteht. Die Ausübung des Wahlrechts bei mehrfachem Anspruch auf Familienkrankenhilfe ist bei jedem neuen Leistungsfall erneut zulässig und möglich.

Unter der Voraussetzung, daß Ihr Kind nach der Entbindung aufgrund einer Krankheit sofort selbst ärztlich oder stationär behandelt werden muß, bitten wir Sie, sich frei zu entscheiden, welche Krankenkasse in diesem Versicherungsfall Leistungen gewähren soll. Gleichzeitig bitten wir Sie, die umseitige Erklärung auszufüllen, gemeinsam mit Ihrem Ehemann zu unterschreiben und unverzüglich an uns zurückzusenden.

Die angesprochene Erklärung enthielt unter der Nr. 1 die Frage nach der Krankenkasse des Ehemannes. Unter Nr. 2 war durch Ankreuzen des entsprechenden Kästchens zu beantworten, ob Leistungen der Familienkrankenhilfe für den nach der Entbindung eingetretenen Versicherungsfall von der Krankenkasse des Vaters oder der Mutter gewährt werden sollten. Unter der Nr. 3 hieß es abschließend: Diese Erklärung gilt gegenüber der gewählten Krankenkasse als Leistungsantrag nach § 1545 Abs. 1 Nr. 2 der Reichsversicherungsordnung (RVO). Die Beigeladenen kreuzten unter der Nr. 2 das für die Krankenkasse des Vaters vorgesehene Kästchen an und sandten die Erklärung mit Bezeichnung der Krankenkasse des Beigeladenen zu 1.) unterschrieben an die Klägerin zurück. Diese reichte die vom 27. März 1981 datierende Erklärung an die Beklagte weiter, wo sie am 30. März 1981 einging. Die Beklagte sicherte zunächst die Übernahme der Kosten zu. Sie widerrief diese Zusicherung unter dem 1. Juni 1981 jedoch gegenüber der Klägerin und der Klinik unter Hinweis auf das Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 18. Mai 1976 – [3 RK 11/75](#) – mit der Begründung, daß grundsätzlich die Krankenkasse leistungspflichtig sei, die die Entbindungsanstaltspflege gewährt habe. Da die Klägerin in der Aufnahmemitteilung der Klinikverwaltung als zuständiger Leistungsträger vermerkt worden sei, sei sie auch die gemäß § 205 Abs. 4 RVO zuerst in Anspruch genommene Kasse. Die später abgegebene Erklärung der Beigeladenen sei nicht wirksam vor der Leistungserbringung abgegeben worden und könne keine Rückwirkung haben.

Die Klägerin wies daraufhin die Kosten am 23. Juni 1981 an. Sie vertrat jedoch die Auffassung, daß die zitierte Rechtsprechung des BSG die Ablehnung der Beklagten nicht stützen könne, weil die Erklärung des Versicherten, von der Krankenkasse eine Leistung zu beanspruchen, "spätestens" bis zum Ablauf der Sachleistung abgegeben werden könne. Dies sei durch die bei der Beklagten am 30. März 1981 eingegangene Erklärung der Beigeladenen vom 27. März 1981 geschehen. Davor sei weder ausdrücklich noch durch schlüssiges Verhalten eine Inanspruchnahme erfolgt. Der Grundsatz, daß die Krankenkasse leistungspflichtig sei, die die Entbindungsanstaltspflege gewährt habe, gelte nur dann, wenn von den beteiligten Versicherten gegenüber den Krankenkassen keine rechtsverbindliche Erklärung abgegeben werde.

Am 29. Juni 1981 hat die Klägerin nach Anmeldung eines Ausgleichsanspruchs gegenüber der Beklagten beim Sozialgericht (SG) Marburg Klage erhoben. Die Beklagte hat im Verlaufe des Verfahrens eine Erklärung der Beigeladenen vom 11. Juni 1981 vorgelegt, worin ausgeführt wird, daß die Beigeladene zu 2.) bei der Aufnahme in der Universitäts-Frauenklinik zur Entbindung die Klägerin als zuständige Kasse angegeben habe und damit auch zum Ausdruck habe bringen wollen, daß die Kosten der stationären Behandlung des Kindes in der Kinderklinik zu Lasten dieser Kasse gehen sollten. Die später von der Klägerin gewünschte Erklärung sei zukunftsbezogen – für spätere Leistungsfälle – gesehen worden. Durch Urteil vom 22. April 1982 hat das SG die Klage unter Zulassung der Sprungrevision abgewiesen und zur Begründung im wesentlichen ausgeführt: Der während der laufenden Behandlung des C. abgegebenen Erklärung der Beigeladenen mit Bestimmung der Beklagten als leistungspflichtige Krankenkasse könne schon deshalb keine Bedeutung beigemessen werden, weil bereits die Klägerin in Anspruch genommen gewesen sei. Zwar reiche die Inanspruchnahme der Kasse seitens der Klinikverwaltung dazu allein nicht aus; darin, daß die Klägerin im Einverständnis mit der Beigeladenen zu 2.) auch für die Krankenhauspflege des C. geleistet habe, sei jedoch zumindest ihre stillschweigende Zustimmung zur Inanspruchnahme im Sinne von § 204 Abs. 4 Satz 2 RVO zu sehen. Diese sei gleichbedeutend mit der vom BSG im Urteil vom 18. Mai 1976 – [3 RK 11/75](#) – erwähnten stillschweigenden Ermächtigung des Leistungsempfängers durch den Versicherten. Außerdem werde die vom Gesetzgeber gewollte und vom BSG hervorgehobene reibungslose Abwicklung des Leistungsfalls bei Eintritt einer Erkrankung des neugeborenen Kindes im Anschluß an die Entbindung durch die Befragung der Klägerin besonders dann gestört, wenn die Behandlung in vollem Gange sei. Schließlich hätten die Beigeladenen nach dem Wortlaut des Anschreibens der Klägerin bei ihrer Erklärung vom 27. März 1981 auch an einen zukünftigen Leistungsfall denken können. Die Erklärung sei insoweit nicht eindeutig.

Gegen das ihr am 30. April 1982 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 19. Mai 1982 Berufung eingelegt. Sie trägt vor: Das SG verbinde unrichtigerweise die Entbindungsanstaltspflege mit der Familienkrankenhauspfege. Selbst wenn die Universitätsklinik die Beigeladene zu 2.) vor oder nach Absendung des Kostenübernahmeantrags darüber informiert hätte, daß sie die Klägerin zur Kostenübernahme aufgefordert habe, könne darin kein wirksamer Antrag auf Leistungsgewährung gesehen werden, weil die Beigeladene zu 2.) über ihr Wahlrecht zu dieser Zeit gar nicht informiert gewesen sei. Es sei auch nicht ersichtlich, inwieweit durch die Übersendung des Schreibens vom 26. März 1981 an die Beigeladene zu 2.) eine "Störung" in der Abwicklung des Leistungsfalles eingetreten sei, zumal nach der genannten Rechtsprechung des BSG die Kasse noch während des Leistungsbezugs gewählt werden könne. Mit dem Schreiben trage sie lediglich dem berechtigten Informationsbedürfnis ihrer Versicherten Rechnung. Sie versende das Schreiben regelmäßig nach Eingang der Geburtsurkunde. Auf die freie Entschließungsmöglichkeit weise sie ausdrücklich hin. Auch von einem rechtsmißbräuchlichen Vorgehen und einer unzulässigen Beeinflussung der Entscheidung der Versicherten zu ihren Gunsten könne danach nicht die Rede sein. Entgegen der Auffassung des SG werde hinsichtlich der Wahlmöglichkeit auch ganz klar auf den Versicherungsfall nach der Entbindung abgestellt.

Die Klägerin beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 22. April 1982 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr die Kosten für die Krankenhauspflege des Kindes C. S. in der Zeit vom 18. März 1981 bis 9. April 1981 in Höhe von 6.261,98 DM zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Mit den Urteilen des BSG vom 18. Mai 1976, [3 RK 68/74](#) und [3 RK 11/75](#) (SozR 2200 § 205 Nrn. 6, 7), und den dort aufgestellten Grundsätzen habe der früher von einigen Krankenkassen geübten Praxis entgegengewirkt sollen, ihre Versicherten schon vor der Entbindung

erklären zu lassen, daß die Leistungen der Familienhilfe für das neugeborene Kind von der Kasse des Ehemannes zu gewähren seien. Der Versuch der Klägerin, nunmehr nach Eintritt des Entbindungsfalles grundsätzlich durch Befragen der Versicherten die Kassenzuständigkeit für einen bereits laufenden Leistungsfall nachträglich zu regeln, unterlaufe diese Rechtsprechung und sei rechtsmißbräuchlich. Wenn das BSG in den o.a. Urteilen die Erklärungsfrist für die Inanspruchnahme "längstens" bis zu dem Zeitpunkt ausgedehnt habe, bis zu dem die Leistungen erbracht worden seien, so sei das erkennbar nur mit Rücksicht auf die Besonderheiten der zu entscheidenden Fälle geschehen, in denen noch lange nach Abschluß des Leistungsfalls eine Zuständigkeitsbestimmung habe erfolgen sollen. Im übrigen habe das SG zutreffend entschieden, daß sowohl die Formulierung des Schreibens der Klägerin an die Beigeladene zu 2.) als auch der Text der Erklärung für den Laien nur so zu verstehen sei, daß zukünftige Leistungsfälle angesprochen sein sollten. Das werde durch die Erklärung der Beigeladenen vom 11. Juni 1981 bestätigt. Eine wirksame Ausübung des Wahlrechts gemäß § 205 Abs. 4 RVO liege daher nicht vor.

Die Beigeladenen haben sich in der Sache nicht geäußert und auch keinen Antrag gestellt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den übrigen Akteninhalt, insbesondere auf den der Verwaltungsakte der Klägerin und der Beklagten, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig (§§ 143 ff., 151 Sozialgerichtsgesetz – SGG –).

Sie ist auch begründet. Das SG hat die gemäß § 54 Abs. 5 SGG zulässige Klage zu Unrecht abgewiesen. Die Klägerin hat gegen die Beklagte einen Anspruch auf Ersatz ihrer Aufwendungen für die stationäre Behandlung des neugeborenen Kindes der Beigeladenen in der Zeit vom 18. März 1981 bis 9. April 1981 in Höhe von 6.261,98 DM. Für ihr Begehren kann die Klägerin sich auf den allgemeinen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch stützen, der auf den Ausgleich von Leistungen gerichtet ist, die ein öffentlich-rechtlicher Rechtsträger anstelle eines anderen primär oder alleinverpflichteten öffentlich-rechtlichen Rechtsträgers und damit ohne rechtlichen Grund geleistet hat (vgl. u.a. BSGE 16, 151; BSG SozR 2200 § 205 Nr. 25; vgl. auch die noch nicht in Kraft gesetzten §§ 102 ff. Sozialgesetzbuch – SGB –, Zusammenarbeit der Leistungsträger und ihre Beziehungen zu Dritten, vom 4. November 1982). Die Voraussetzungen eines solchen Anspruchs sind hier erfüllt, weil die Beklagte und nicht die Klägerin zur Gewährung der Krankenhauspflege verpflichtet war.

Zutreffend sind die Beteiligten und das SG zunächst davon ausgegangen, daß die der Beigeladenen zu 2.) von der Klägerin gewährte Kassenleistung "Entbindungsanstaltspflege" (§ 199 RVO) nur die durch den Aufenthalt und die Betreuung des Neugeborenen in der Entbindungsanstalt entstandenen Kosten miteinschließt und die bei C. aufgetretene Hauterkrankung mit stationärer Behandlung in der Kinderklinik einen neuen selbständigen Versicherungsfall ausgelöst hat (BSG SozR 2200 § 205 Nr. 7). Dieser Versicherungsfall begründete hier Ansprüche auf Familienkrankenpflege in Form der Krankenhauspflege (§ 205 Abs. 1 Satz 1 i.V.m. § 184 RVO) für beide beigeladene Elternteile gegenüber ihrer Krankenkasse, da C. beiden gegenüber unterhaltsberechtigter im Sinne von § 205 Abs. 1 Satz 1 RVO i.V.m. §§ 1601 ff. Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) war; auf den Umfang der Unterhaltsberechtigung kommt es hierbei nicht an (BSGE 6, 197; 12, 38). Das ist zwischen den Beteiligten auch unstrittig. Da Krankenpflege nur einmal zu gewähren ist (§ 205 Abs. 4 Satz 1 RVO), war deshalb die leistungspflichtige Kasse zu bestimmen. Das ist seit Inkrafttreten des Gesetzes vom 15. Dezember 1981 (BGBl. I Seite 1390) am 1. Januar 1982 gemäß § 205 Abs. 4 Satz 2 RVO die Krankenkasse des Versicherten, für den im letzten Monat vor Eintritt des Leistungsfalls der höhere Beitrag zu entrichten war. Nach dem im vorliegenden Fall noch anzuwendenden § 205 Abs. 4 Satz 2 RVO a.F. war die Bestimmung der leistungspflichtigen Kasse hingegen noch dem Versicherten selbst überlassen. Denn nach dieser Vorschrift ist leistungspflichtig die Kasse, die zuerst in Anspruch genommen worden ist. Für die Beurteilung der Frage, ob und gegenüber welcher Kasse im vorliegenden Fall eine Inanspruchnahme im Sinne des Gesetzes vorliegt, ist dabei davon auszugehen, daß Träger des Anspruchs der Familienkrankenpflege der Versicherte ist (§§ 188, 205 Abs. 1 Satz 1 RVO). Demgemäß kann auch nur der Versicherte und nicht z.B. die Stelle, die – wie das Krankenhaus – die Leistung im Auftrag der Kassen erbringt, den Anspruch gegen die Krankenkasse geltend machen. Zu dieser Geltendmachung bedarf es entweder einer ausdrücklichen Erklärung oder doch zumindest eines schlüssigen Verhaltens des Versicherten gegenüber seiner Kasse oder der die Versicherungsleistung unmittelbar erbringenden Stelle (Krankenhaus), aus dem der Wille, eine Leistung zu beanspruchen, erkennbar wird (§ 1545 Abs. 1 Nr. 2 RVO; BSG SozR 2200 § 205 Nrn. 6, 7, 25). Diese Erklärung kann ferner weder im voraus, d.h. vor Eintritt des Versicherungsfalles, noch nach Beendigung des Versicherungsfalles bzw. der Leistungen – hier der Krankenhauspflege wirksam abgegeben werden (BSG SozR 2200 § 205 Nrn. 6, 7, 25). Letzteres hat das BSG überzeugend mit dem Sinn und Zweck des § 205 Abs. 4 Satz 2 RVO begründet, der eine möglichst klare und einfache Zuständigkeitsabgrenzung und Anspruchsabwicklung unter Verzicht auf einen Ausgleich zwischen den Kassen untereinander anstrebt (BSG a.a.O. und BSGE 25, 222). In diesem Zusammenhang ist andererseits aber auch eindeutig klargestellt worden, daß die Inanspruchnahme nicht nur bei Eintritt des Versicherungsfalles oder vor Beginn der Leistung, sondern von diesem Zeitpunkt an "längstens" bis zu dem jeweiligen Ende der in Frage stehenden Sachleistung erfolgen kann. Gegen die Auffassung der Beklagten, daß es sich hier um eine versehentliche "Ausdehnung" der Antragsfrist durch das BSG, bedingt durch die Besonderheiten der zu entscheidenden Fälle, handle, sprechen nicht nur die vom BSG für das Fristende angeführten speziellen Erwägungen. Dagegen steht vor allem auch, daß Sachleistungen, wie die Krankenhauspflege, beim Versicherungsträger zwar grundsätzlich im voraus zu beantragen sind (BSG SozR 2200 § 182 Nr. 32; BSGE 19, 21), der Antrag andererseits aber keine materiellrechtliche Anspruchsvoraussetzung ist, so daß die Kasse normalerweise und vor allem in dringenden Fällen eine von einem Kassenarzt vorgenommene Einweisung in ein Krankenhaus u.a. mit Rücksicht auf § 368 Abs. 2 Satz 2 RVO grundsätzlich gegen sich gelten lassen muß, auch wenn sie vom Versicherten vorher nicht eingeschaltet wurde und dieser seine Kasse erst während oder sogar erst nach dem Krankenhausaufenthalt in Anspruch nimmt (vgl. Peters, Handbuch der Krankenversicherung, Teil II/1, Anm. 5 b) bb) zu § 184, S. 17/385 – 2 – und Anm. 5 a zu § 184, S. 17/385; Brackmann, Handbuch der Sozialversicherung, 9. Auflage, Band II, S. 441 a und 400 h). Bei der von der Beklagten angenommenen "Ausdehnung" der Antragsfrist handelt es sich insoweit im Gegenteil eher um eine zeitliche Begrenzung dieser Frist für den Fall konkurrierender gleichwertiger Ansprüche, weil hier mit der Antragstellung zugleich ein Wahlrecht ausgeübt wird, das mit Rücksicht auf die Zielsetzung des § 205 Abs. 4 Satz 2 RVO nicht unbegrenzt bestehen kann. Aus alledem folgt außerdem, daß es abweichend von der Ansicht der Beklagten auch keinen aus dem Gesetz oder der Rechtsprechung abzuleitenden Grundsatz gibt, wonach in Fällen der vorliegenden Art regelmäßig oder jedenfalls bei fehlender Inanspruchnahme der anderen Kasse vor Beginn der Leistungen immer die Leistungspflicht derjenigen Kasse gegeben ist, die bereits die Entbindungsanstaltspflege zu gewähren hatte. Nur wenn bis zum Ende der Leistungen keine der in Betracht kommenden Kassen ausdrücklich oder konkludent in Anspruch genommen worden ist, kann die Zuständigkeit dieser Kasse mit Rücksicht darauf, daß Leistungen nur einmal erbracht werden dürfen, im Wege der Lückenausfüllung wegen des engeren Sachzusammenhangs angenommen werden (BSG SozR 2200 § 205 Nrn. 7, 25).

Unter Anwendung dieser Grundsätze war die Leistungspflicht der Beklagten gegeben. Ihre ausdrückliche Inanspruchnahme wegen der nach der Entbindung aufgetretenen und eine stationäre Behandlung in der Kinderklinik erforderlich machenden Krankheit des C. durch den bei ihr versicherten Beigeladenen zu 1.) erfolgte mit der von diesem am 27. März 1981 unterschriebenen und bei der Beklagten am 30. März 1981 eingegangenen Erklärung. Diese erfüllte die Voraussetzungen für eine Antragstellung bei der Beklagten gemäß § 1545 Abs. 2 und § 1551 Abs. 1 RVO. Darin wurden unter der Nr. 2 Leistungen der Familienkrankenpflege für den nach Eintritt der Entbindung "eingetretenen" Versicherungsfall von der Krankenkasse des Vaters – des Beigeladenen zu 1.) – begehrt. Das ist für sich gesehen eindeutig. Die sonstigen, bei der Auslegung von Willenserklärungen entsprechend [§ 133 BGB](#) mitzuberücksichtigenden Umstände lassen bei verständiger Würdigung eine andere Deutung des Inhalts der Erklärung nicht zu, insbesondere nicht die, daß tatsächlich oder möglicherweise Leistungsansprüche für zukünftige Versicherungsfälle angemeldet werden sollten. In dem insoweit heranzuziehenden und auf der Vorderseite der Erklärung abgedruckten Anschreiben der Klägerin vom 26. März 1981 wurde zunächst zwar darauf hingewiesen, daß das Wahlrecht bei mehrfachen Ansprüchen auf Familienkrankenhilfe bei jedem neuen Leistungsfall erneut zulässig und möglich sei. Zur Abgabe der umseitig abgedruckten Erklärung wurde indes nach den weiteren Ausführungen des Schreibens "unter der Voraussetzung" aufgefordert, daß das Kind nach der Entbindung aufgrund einer Krankheit "sofort" selbst ärztlich oder stationär behandelt werden muß, und es wurde gebeten, sich frei zu entscheiden, welche Krankenkasse "in diesem Versicherungsfall" Leistungen gewähren soll. Auch von daher konnte es für die Beklagte nicht zweifelhaft sein, daß mit dem in der Erklärung bezeichneten "eingetretenen" Versicherungsfall ein aktueller, konkreter und nicht irgendein möglicher zukünftiger Versicherungsfall gemeint war. Einer genauen Bezeichnung der Krankheit, ihres Beginns und der behandelnden Krankenanstalt bedurfte es zur Wirksamkeit der Anspruchsanmeldung nicht. Erforderliche Ergänzungen hätten von der Beklagten – wie auch sonst – gemäß § 16 Abs. 3 SGB – Allgemeiner Teil – (SGB 1) veranlaßt werden können. Die Erklärung wurde schließlich auch gegenüber der Beklagten abgegeben und war nicht eine bloße Absichtserklärung gegenüber der Klägerin, wenngleich sie an diese übersandt wurde. Schon aus der Inanspruchnahme der Leistungen der Kasse des Vaters gemäß der Nr. 2 der Erklärung ergibt sich ein bestimmter Rechtsfolgswille in bezug auf die Beklagte. Außerdem war unter der Nr. 3 der vom Beigeladenen zu 1.) mit ihrem vollen Inhalt unterschriebenen Gesamterklärung festgehalten, daß die Erklärung gegenüber der gewählten Kasse als Leistungsantrag nach § 1545 Abs. 1 Nr. 2 RVO gelten solle. Ob der Eingang der Erklärung bei der Klägerin bis zum Ende des Krankenhausaufenthalts am 9. April 1981 in Anwendung des [§ 16 Abs. 1](#) und 2 SGB 1 für eine wirksame Inanspruchnahme nach § 205 Abs. 4 RVO ausgereicht hätte, kann offenbleiben, da noch innerhalb dieser Frist am 30. März 1981 auch der Zugang an die Beklagte bewirkt wurde.

Die danach von ihrem objektiven Erklärungswert her eindeutige und grundsätzlich rechtzeitige Inanspruchnahme der Beklagten durch den bei ihr versicherten Beigeladenen zu 1.) könnte die in § 205 Abs. 4 Satz 2 RVO vorgesehene Rechtsfolge der Leistungspflicht der Beklagten und ihre Erstattungspflicht im Verhältnis zur Klägerin nur dann nicht begründen, wenn schon zuvor die Klägerin in Anspruch genommen worden war oder die Inanspruchnahme der Beklagten rückwirkend wieder beseitigt wurde oder die Klägerin sich im Verhältnis zur Beklagten jedenfalls nicht darauf berufen könnte, daß diese zuerst in Anspruch genommen wurde. Davon kann jedoch nicht ausgegangen werden. Vor allem lag keine zeitlich frühere – erste – Inanspruchnahme der Klägerin durch die bei ihr versicherte Beigeladene zu 2.) vor. Zutreffend hat das SG dargelegt, daß eine solche Inanspruchnahme nicht allein darin gesehen werden kann, daß mit dem am 27. März 1981 eingegangenen Schreiben vom 26. März 1981 seitens der Kinderklinik ein Ersuchen um Kostenübernahme an die Klägerin gerichtet wurde, weil daraus eine entsprechende Entschließung der Beigeladenen zu 2.) nicht hervorgeht. Es ist auch weder vorgetragen noch ersichtlich, daß die Beigeladene zu 2.) gegenüber der Klägerin oder der Krankenanstalt in irgendeiner Form ihren Willen bekundet hat, die Klägerin wegen der erforderlich gewordenen Krankenhauspflege für ihr neugeborenes Kind in Anspruch zu nehmen bzw. mit der Kostenübernahme durch ihre Kasse einverstanden zu sein. Die Beigeladenen selbst haben dazu in ihrer späteren Erklärung vom 11. Juni 1981 nur ausgeführt, daß die Beigeladene zu 2.) bei ihrer Aufnahme in der Universitäts-Frauenklinik zur Entbindung die Klägerin als zuständige Krankenkasse angegeben habe und damit habe zum Ausdruck bringen wollen, daß die Kosten der stationären Behandlung des Kindes in der Kinderklinik zu Lasten dieser Kasse gehen sollten. Daraus kann aus den schon dargestellten Gründen aber bereits deshalb keine Inanspruchnahme der Klägerin für den streitigen Versicherungsfall abgeleitet werden, weil dieser Versicherungsfall bei der Aufnahme zur Entbindung noch gar nicht feststand und eventuelle Vorstellungen der Beigeladenen zu 2.) für den Fall seines Eintritts allein durch die Angabe ihrer Krankenkasse bei der Aufnahme in die Klinik keinen objektiven Niederschlag gefunden haben. Auch unter dem vom SG angenommenen Gesichtspunkt einer stillschweigenden Zustimmung der Beigeladenen zu 2.) zur Gewährung der Krankenhauspflege durch die Klägerin ist deren erste Inanspruchnahme nicht begründbar. Dabei kann offenbleiben, ob eine stillschweigende Zustimmung oder ein stillschweigendes Einverständnis überhaupt als Inanspruchnahme im Sinne des § 205 Abs. 4 Satz 2 RVO ausreicht (unentschieden BSG SozR 2200 § 205 Nr. 7) oder ob für diese Annahme zumindest bestimmte konkrete Anhaltspunkte hinzutreten müssen (vgl. dazu auch [BSGE 6, 197](#) und BSG SozR RVO § 205 Nr. 23). Für ein stillschweigendes Einverständnis mit der Inanspruchnahme einer Kasse oder für eine stillschweigende Zustimmung zur Leistungsgewährung durch diese Kasse ist jedenfalls kein Raum, wenn ausdrückliche entgegenstehende Erklärungen innerhalb der nach § 205 Abs. 4 Satz 2 RVO zulässigen Frist abgegeben werden, wie es hier mit der Erklärung vom 27. März 1981 auch seitens der Beigeladenen zu 2.) in der Weise geschehen ist, daß nicht ihre Kasse, sondern die Beklagte für den nach der Entbindung eingetretenen Versicherungsfall Leistungen erbringen sollte.

Diese am 27. März 1981 erklärte und am 30. März 1981 mit Eingang bei der Beklagten wirksam gewordene – erste – Inanspruchnahme bzw. der Antrag des Beigeladenen zu 1.) an seine Kasse auf Leistungsgewährung, ist auch bindend. Die von der Beklagten vorgelegte Erklärung der beiden Beigeladenen vom 11. Juni 1981 ändert daran nichts, selbst wenn die dortigen Ausführungen, die Erklärung vom 27. März 1981 sei zukunftsbezogen gesehen und für spätere Leistungsfälle gedacht gewesen, als Rücknahme des Antrags bzw. als Anfechtung der Wahlentscheidung gewertet werden würde. Als Willenserklärung ist ein Antrag grundsätzlich zwar jederzeit zurücknehmbar, solange über ihn noch nicht entschieden ist (Peters, a.a.O., Teil II/1, Anm. 2 e zu § 179, S. 17/226 – 1 –), und es ist auch an eine entsprechende Anwendung der [§§ 119 ff. BGB](#) über die Irrtumsanfechtung zu denken. Der beschriebene Sinn und Zweck des § 205 Abs. 4 Satz 2 RVO, der es verbietet, noch nach Beendigung der Leistungen die zuständige Kasse zu bestimmen, schließt hier jedoch auch die Möglichkeit der Rücknahme eines einmal gestellten Antrags aus, weil damit in gleicher Weise das nach dem Gesetz nicht erwünschte Ergebnis einer nachträglichen abweichenden Neubestimmung der Zuständigkeit herbeigeführt würde; grundsätzlich muß es bei der ersten Inanspruchnahme bleiben (vgl. dazu auch BSG SozR RVO § 205 Nr. 16; BSGE 25, 222). Aus diesen Erwägungen heraus kann auch eine Anfechtung allenfalls ausnahmsweise in Betracht gezogen werden, zumal die Überlegungen des Versicherten, die zu der – ersten – Inanspruchnahme führten, grundsätzlich unerheblich sind; die "zufällige erste Inanspruchnahme" soll entscheidend sein (BSGE 25, 222). Wird – wie hier – ein Erklärungsirrtum bei der Antragstellung geltend gemacht, so wird sich außerdem im Nachhinein kaum zuverlässig feststellen lassen, ob es sich nicht möglicherweise nur um eine nachträgliche Sinnesänderung handelt. Vor allem ist nicht ersichtlich, daß der Versicherte die Erklärung bei Kenntnis der Sachlage und bei verständiger Würdigung des Falles nicht abgegeben hätte ([§ 119 Abs. 1 BGB](#)), weil es für ihn persönlich in der Regel völlig unerheblich ist, ob seine Kasse oder diejenige seines Ehepartners leistet. Sein Interesse

geht in erster Linie dahin, daß eine der beiden Kassen rechtzeitig zur Verfügung steht. Für eine regelmäßig fehlende Anfechtungsmöglichkeit spricht insoweit auch, daß ein Anfechtungsrecht für eine Willenserklärung allgemein zu verneinen ist, wenn der Irrrende durch die irrice Erklärung im Ergebnis nicht schlechter gestellt ist als bei Kenntnis der Sachlage (vgl. Palandt, Kommentar zum BGB, 42. Auflage, Anm. 8 zu § 119). Damit überein stimmt im vorliegenden Fall der Rechtsgedanke aus [§ 46 Abs. 2 SGB 1](#), wonach der Verzicht auf – festgestellte Sozialleistungsansprüche unwirksam ist, soweit durch ihn u.a. andere Leistungsträger belastet werden. Ob in den Fällen, in denen die Inanspruchnahme der einen Kasse durch Täuschung oder Drohung des Versicherten seitens der anderen Kasse herbeigeführt wurde, etwas anderes gilt, oder ob es zumindest im Verhältnis der Versicherungsträger untereinander dem Verursacher einer solchen Erklärung nach dem auch im öffentlichen Recht geltenden Grundsatz von Treu und Glauben versagt bleiben muß, sich auf die – wirksame – Inanspruchnahme des anderen Versicherungsträgers zu berufen, bedarf hier keiner Entscheidung. Denn ein solcher Sachverhalt liegt nicht vor. Insbesondere hat – was hier allein zu diskutieren ist – eine Täuschung der Beigeladenen seitens der Klägerin nicht stattgefunden; diese haben den Sinn ihrer Erklärung trotz ausreichender Hinweise allenfalls nicht verstanden. Auf die Möglichkeit, entweder die Krankenkasse der Mutter oder des Vaters in Anspruch zu nehmen, hat die Klägerin korrekt und ohne unterschiedliche Bewertung und Gewichtung hingewiesen. Für eine unlautere und rechtlich unzulässige Beeinflussung des Willens der Beigeladenen ist insoweit nichts ersichtlich. Der Einwand der Beklagten hierzu, daß durch das Vorgehen der Klägerin bzw. durch die von ihr versandten Briefe und Erklärungen Zuständigkeiten nachträglich abgeändert werden könnten, geht schon deshalb fehl, weil eine bei Erhalt des Schreibens tatsächlich schon erfolgte – erste – Inanspruchnahme einer Kasse durch eine aufgrund des Schreibens veranlaßte – weitere – Inanspruchnahme der anderen Kasse ihre Wirkung im Sinne von § 205 Abs. 4 Satz 2 RVO nicht mehr verlieren könnte, wie ausgeführt wurde. Zwar kann der eigentliche Sinn und Zweck der Anschreiben der Klägerin nicht darin gesehen werden, ihre Versicherten über ihre Rechte aufzuklären und zu belehren. Denn durch eine Nichtaufklärung und Nichtausübung des Wahlrechts bis zum Ende der Sachleistung erleiden die Versicherten regelmäßig keinen Nachteil, weil in diesem Fall dann von der Zuständigkeit der Kasse auszugehen ist, die die Entbindungsanstaltspflege gewährt hat, hier also von der Zuständigkeit der Klägerin.

Ihr mußte demzufolge aus naheliegenden Gründen daran gelegen sein, die Versicherten auf ihre Wahlmöglichkeit hinzuweisen, den Wahlentschluß durch die beigefügte vorformulierte Erklärung zu erleichtern und deren rechtzeitigen Zugang der Erklärung an die in Betracht kommende andere Kasse durch das gewählte Zuleitungsverfahren zu gewährleisten. Dies alles sowie der Inhalt des Anschreibens und der vorgedruckten Erklärung hält sich jedoch im Rahmen des hier noch anzuwendenden Gesetzes, das die Leistungspflicht der Versicherungsträger als gleichwertig betrachtet und die Bestimmung der Zuständigkeit der Entscheidung des Versicherten bis zum Ende der Leistung überläßt. Der Umstand, daß nur die Klägerin "Aufklärungsarbeiten" in der gewählten Form betreiben konnte, weil allein sie als die für die Entbindungsanstaltspflege zuständige Kasse von der Geburt und damit von dem potentiellen Eintritt eines Versicherungsfalls Kenntnis hatte, berührt nicht die Zulässigkeit der Geltendmachung und Durchsetzung eines Erstattungsanspruchs im Einzelfall, sondern betrifft allein die Art und Weise der Zusammenarbeit der Versicherungsträger (vgl. [§ 17 Absatz 2 SGB 1](#)). Darüber war im vorliegenden Verfahren jedoch nicht zu befinden. Da der Erstattungsanspruch der Höhe nach unstreitig ist, war die Beklagte antragsgemäß zu verurteilen.

Die Entscheidung über die Kosten beruht auf [§ 193 SGG](#). Die Revision war nicht zuzulassen, da der Senat von der höchstrichterlichen Rechtsprechung nicht abgewichen ist ([§ 160 Abs. 2 Nr. 2 SGG](#)) und der Rechtssache mit Rücksicht darauf, daß die außer Kraft getretene Vorschrift des § 205 Abs. 4 Satz 2 RVO a.F. anzuwenden war und eine erhebliche Zahl gleichgelagerter Fälle nicht mehr zur Entscheidung steht, keine grundsätzliche Bedeutung zukommt ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2008-04-15