

## L 5 KR 143/06

Land  
Nordrhein-Westfalen  
Sozialgericht  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
5  
1. Instanz  
SG Köln (NRW)  
Aktenzeichen  
S 9 KR 986/04  
Datum  
20.06.2006  
2. Instanz  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Aktenzeichen  
L 5 KR 143/06  
Datum  
15.03.2007  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
B 1 KR 13/07 R  
Datum  
-  
Kategorie  
Urteil  
Bemerkung  
Rev. d.Kl.

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Köln vom 20. Juni 2006 wird zurückgewiesen. Der Kläger trägt die Kosten auch des Berufungsverfahrens. Die Revision wird zugelassen.

### Tatbestand:

Der Kläger verlangt von der Beklagten im Wege eines Erstattungsanspruchs nach den §§ 102 ff des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB X) die Übernahme von Kosten für eine stationäre Krankenhausbehandlung der Frau P N in Höhe von 22.110,59 EUR.

Die im Jahre 1980 geborene P N wurde wegen einer paranoiden Psychose und akuter Suizidalität in den Zeiten vom 30.03.2001 bis 06.04.2001 und 03.05.2001 bis 08.08.2001 in den S Kliniken F stationär behandelt. Das Sozialamt der Stadt F erstattete als örtlicher Träger der Sozialhilfe der Klinik die entstandenen Kosten in Höhe von 22.110,59 EUR und teilte dem Kläger mit Schreiben vom 15.08.2002 (eingegangen am 22.08.2002) mit, dass Frau P N rückwirkend zum 01.10.2000 bei der Beklagten durch ihre Mutter, U N, familienversichert worden sei. Der Kläger solle die vorgeleisteten Behandlungskosten in der angegebenen Höhe von der Beklagten zurückfordern.

Der Kläger meldete daraufhin mit Schreiben vom 29.08.2002 (bei der Beklagten eingegangen am 04.09.2002) einen Erstattungsanspruch nach den §§ 102 ff SGB X für die Behandlungszeiträume vom 30.03.2001 bis 06.04.2001 und 03.05.2001 bis 08.08.2001 in Höhe von 22.110,59 EUR an und beantragte die Erstattung der vom Sozialhilfeträger gewährten Leistungen. Mit Schreiben vom 05.05.2003 bejahte die Beklagte zwar die medizinische Notwendigkeit für die Übernahme der Krankenhauskosten. Dem Anspruch des Klägers stehe jedoch die Ausschlussfrist des § 111 SGB X entgegen, wonach eine Erstattung ausgeschlossen sei, wenn sie der Erstattungsberechtigte nicht spätestens 12 Monate nach Ablauf des letzten Tages, für den die Leistung erbracht wurde, geltend mache. In der weiteren Korrespondenz der Beteiligten teilte die Beklagte nicht die Auffassung des Klägers, dass der Erstattungsanspruch fristgerecht geltend gemacht worden sei, weil der Kläger eine Kenntnis von der Leistungspflicht der Beklagten erst durch das Schreiben des Sozialamtes der Stadt F vom 15.08.2002 zur rückwirkenden Familienversicherung erhalten habe. Der Kläger machte geltend, frühester Beginn der Ausschlussfrist sei nicht der Zeitpunkt der Entstehung des Anspruchs, sondern derjenige der Kenntniserlangung von der Entscheidung des erstattungsberechtigten Leistungsträgers. Er habe erst mit dem Schreiben des Sozialamtes der Stadt F vom 15.08.2002 erfahren, dass Frau P N rückwirkend zum 01.10.2000 über ihre Mutter versichert worden sei und sodann innerhalb von einer Woche seinen Erstattungsanspruch angemeldet (Schreiben des Klägers vom 15.05.2003/22.09.2004).

Der Kläger hat mit einem am 12.11.2004 bei dem Sozialgericht Köln eingegangenen Schriftsatz Klage erhoben. Die Empfängerin der Sozialhilfeleistungen, Frau P N, habe einen vorrangigen Anspruch auf Übernahme der Krankenhausbehandlungskosten gegen die Beklagte nach § 27 Abs. 1 Nr. 5 i.V.m. § 39 des Sozialgesetzbuches - Gesetzliche Krankenversicherung - SGB V. Der Erstattungsanspruch sei auch nicht gemäß § 111 SGB X ausgeschlossen. Mit der Neufassung des § 111 Satz 2 SGB X durch das 4. Euro-Einführungsgesetz vom 21.12.2000 (BGBl. I Seite 1983) werde klargestellt, dass frühester Beginn der Ausschlussfrist nicht mehr der Zeitpunkt der Entstehung des Erstattungsanspruchs, sondern derjenige der Kenntniserlangung von der Entscheidung des erstattungsberechtigten Leistungsträgers von seiner Erstattungspflicht sei. Die Absicht des Gesetzgebers gehe dahin, nicht mehr an das Entstehen des Anspruchs, sondern an die Kenntnis des erstattungsberechtigten Leistungsträgers von den seinen Anspruch begründenden Umständen einschließlich des erstattungsverpflichteten Leistungsträgers anzuknüpfen. Die Beklagte habe durch die rückwirkende Einräumung der Familienversicherung nachträglich einen weiteren Sozialleistungsanspruch zuerkannt, der gegenüber der Sozialhilfe subsidiär sei. Auch wenn die Beklagte wegen der Kostenübernahme durch den Kläger keinen Anlass gehabt habe, eine konkrete Entscheidung über die stationären Behandlungen der

Versicherten zu treffen, habe sie gleichwohl durch die rückwirkende Einräumung der Familienversicherung eine Entscheidung über ihre grundsätzliche Leistungspflicht getroffen.

Die Beklagte hat ausgeführt, ihre statusrechtliche Entscheidung über das Bestehen einer Familienversicherung sei nicht einer Entscheidung des erstattungspflichtigen Leistungsträgers über seine Leistungspflicht im Sinne des [§ 111 Satz 2 SGB X](#) gleichzustellen. Diese Vorschrift erfasse ausschließlich Sachverhaltskonstellationen, bei denen eine Entscheidung des erstattungspflichtigen Leistungsträgers über einen Leistungsanspruch im Einzelfall zu erwarten sei bzw. anstehe. Hieran fehle es in den Erstattungsangelegenheiten des [§ 105 SGB X](#), denen der geltend gemachte Erstattungsanspruch zuzuordnen sei.

Das Sozialgericht hat die Klage mit Urteil vom 20.06.2006 abgewiesen. Auf die Gründe der angefochtenen Entscheidung wird Bezug genommen.

Gegen das ihm am 31.08.2006 zugestellte Urteil hat der Kläger am 06.09.2006 Berufung eingelegt. Er macht geltend, es könne nicht darauf ankommen, dass über die konkreten Zeiträume der Krankenhausbehandlung nicht erneut durch die beklagte Krankenkasse entschieden worden sei. Eine derartige Entscheidung für die bereits abgeschlossenen Krankenhausbehandlungen sei im Nachhinein nicht mehr zu erwarten gewesen, weil er als Sozialhilfeträger die Leistungen bereits erbracht habe. Auch wenn die Beklagte aufgrund der Kostenübernahme durch den Kläger keinen Anlass gehabt habe, gegenüber der Versicherten eine konkrete Entscheidung über die stationären Behandlungen zu treffen, habe sie gleichwohl durch die rückwirkende Einräumung der Familienversicherung eine Entscheidung über ihre grundsätzliche Leistungspflicht getroffen. Der Änderung des [§ 111 Satz 2 SGB X](#) lasse sich der Wille des Gesetzgebers entnehmen, dem Ziel materieller (Ausgleichs-)Gerechtigkeit gegenüber dem bisher geltenden Ziel rascher Rechtssicherheit den Vorrang einzuräumen.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Köln vom 20.06.2006 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, ihm 22.110,59 EUR zuzüglich 4 % Zinsen seit dem 05.03.2003 zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte führt aus, der Begriff der Kenntnis in [§ 111 Satz 2 SGB X](#) meine nicht die Kenntnis bzw. das Kennenmüssen des erstattungsberechtigten Leistungsträgers von dem Bestehen eines ihm zukommenden Erstattungsanspruchs, sondern - worauf bereits der Wortlaut der gesetzlichen Regelung des [§ 111 Satz 2 SGB X](#) n.F. einschränkend hinweise - die Kenntnis bzw. die Kenntnisnahme von der "Entscheidung des erstattungspflichtigen Leistungsträgers" über seine (richtig: dessen) Leistungspflicht. Allenfalls insofern lasse sich ein Wille des Gesetzgebers ermitteln, dem Ziel materieller (Ausgleichs-)Gerechtigkeit gegenüber dem bisher geltenden Ziel rascher Rechtssicherheit den Vorrang einzuräumen. Es müsse die Möglichkeit bestehen, dass der Erstattungsverpflichtete eine Entscheidung über Leistungen, wie sie der Erstattungsberechtigte bereits erbracht habe, überhaupt noch treffen könne und dürfe. Dies sei hier nicht der Fall.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie der Verwaltungsakte Bezug genommen. Diese Unterlagen haben vorgelegen und sind Gegenstand der Entscheidung gewesen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte über die Berufung durch Urteil ohne mündliche Verhandlung entscheiden, weil die Beteiligten sich hiermit einverstanden erklärt haben, [§ 124 Abs. 2 SGG](#).

Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen, weil der Kläger nicht die Erstattung der ihm für die stationäre Krankenhausbehandlung der P N entstandenen Kosten i.H.v. 22.110,59 Euro beanspruchen kann.

Zwar gehen die Beteiligten übereinstimmend davon aus, dass dem Kläger der geltend gemachte Erstattungsanspruch nach den [§§ 102ff SGB X](#) zusteht. Der Anspruch kann jedoch nicht geltend gemacht werden, weil seit seiner Entstehung mehr als zwölf Monate verstrichen sind. Der für die Erstattungsansprüche nach den [§§ 102 SGB X](#) bis [105 SGB X](#) geltende [§ 111 Satz 1 SGB X](#) bestimmt, dass der Anspruch auf Erstattung ausgeschlossen ist, wenn der Erstattungsberechtigte ihn nicht spätestens zwölf Monate nach Ablauf des letzten Tages, für den die Leistung erbracht wurde, geltend macht.

Der Lauf der Frist ist auch nicht nach [§ 111 Satz 2 SGB X](#) hinausgeschoben worden.

Nach dieser mit Wirkung vom 01.01.2001 durch das 4. Euro-Einführungsgesetz vom 21.12.2000 ([BGBl. I 1983](#)) geänderten Regelung beginnt der Lauf der Frist (für die Geltendmachung des Erstattungsanspruchs) frühestens mit dem Zeitpunkt, zu dem der erstattungsberechtigte Leistungsträger von der Entscheidung des erstattungspflichtigen Leistungsträgers über seine Leistungspflicht Kenntnis erlangt hat. Mit der Neufassung des [§ 111 Satz 2 SGB X](#) wollte der Gesetzgeber klarstellen, welcher Zeitpunkt für den Beginn der Frist zum Ausschluss des Erstattungsanspruchs des erstattungsberechtigten Leistungsträgers gegenüber dem zur Erstattung verpflichteten Sozialleistungsträger maßgebend ist ([BT-Drs. 14/4375, S. 60](#)). Damit sollte - entsprechend der ursprünglichen Intention der Regelung - berücksichtigt werden, dass Erstattungsansprüche auch Leistungen des Erstattungsberechtigten und - verpflichteten für Zeiträume erfassen können, deren Ende länger als 12 Monate zurückliegt. In solchen Fällen auf die möglicherweise mehrere Jahre zurückliegende Entstehung des Erstattungsanspruchs abzustellen, sei nicht sach-gerecht, weil der erstattungsberechtigte Träger in solchen Fällen keine Möglichkeit habe, seinen Erstattungsanspruch fristgerecht geltend zu machen ([BT-Drs. 14/4375, S. 60](#)).

Wie aus dem in der Gesetzgebung aufgeführten Beispielsfall ersichtlich (rückwirkende Bewilligung von Verletztenrente für die über ein Jahr zurückliegende Zeit des Bezugs von Arbeitslosenhilfe), wollte der Gesetzgeber typische Sachverhalte regeln, in denen eine Entscheidung des erstattungsverpflichteten Sozialleistungsträgers noch aussteht, grundsätzlich also noch möglich ist. Dagegen scheidet eine Kenntnisnahme von "der Entscheidung des erstattungsverpflichteten Leistungsträgers über seine Leistungspflicht" iS des [§ 111 Satz 2](#)

[SGB X](#) für einen späteren Lauf der Frist aus, wenn der Erstattungsverpflichtete eine Entscheidung über Leistungen, wie sie der Erstattungsberechtigte bereits erbracht hat, überhaupt nicht treffen kann und darf. In Fallgestaltungen, in denen der erstattungspflichtige Leistungsträger eine Entscheidung über seine Leistungspflicht nicht trifft, kann der erstattungsberechtigte Leistungsträger auch keine Kenntnis von dieser Entscheidung erlangen und die Frist des [§ 111 Satz 2 SGB X](#) nicht zu laufen beginnen.

Entsprechend hat das Bundessozialgericht (BSG) für einen hinausgeschobenen Beginn des Laufs der Frist nach [§ 111 Satz 2 SGB X](#) darauf abgestellt, dass eine sachliche Entscheidung des erstattungspflichtigen Leistungsträgers gegenüber dem leistungsberechtigten Versicherten in der Sache bereits vorliegt oder zumindest in Betracht kommt (BSG, Urt. v. 10.05.2005 - [B 1 KR 20/04 R](#) - [SozR 4-1300 § 111 Nr. 3](#)). Eine derartige materiell-rechtliche Entscheidung sei in aller Regel ausgeschlossen, wenn es um Erstattungsansprüche von Krankenkassen untereinander, also Träger desselben Versicherungszweiges wegen vorgeleisteter Sachleistungen, gehe und der Versicherte die Sachleistung bereits erbracht habe. Da der Bedarf des Versicherten - wenn auch durch einen unzuständigen Träger - bereits gedeckt worden sei, habe der zuständige Leistungsträger keine Befugnis mehr, gegenüber dem Versicherten nochmals eine materiell-rechtliche Entscheidung über den Anspruch auf Gewährung gerade dieser Leistungen zu treffen und die Leistung zu bewilligen (BSG aaO).

Diese Erwägungen führen zur Überzeugung des Senats auch bei dem vorliegenden Sachverhalt zum Ausschluss der Geltendmachung des Erstattungsanspruchs. Die Beklagte musste nach der Erfüllung des stationären Behandlungsanspruchs der nunmehr familienversicherten P N keine weitere Entscheidung über den in der Vergangenheit liegenden Leistungsanspruch auf Krankenbehandlung nach [§ 27 SGB V](#) treffen. Der Anspruch der P N ist sowohl faktisch als auch rechtlich kraft der Fiktion des [§ 107 SGB X](#) erfüllt. Eine Klärung der krankensicherungsrechtlichen Kostenbelastung erfolgt nur zwischen den Leistungserbringern bzw. Kostenträgern und der betroffenen Krankenkasse (vgl. BSG, Urt. v. 10.05.2005 - [B 1 KR 20/04 R](#) - [SozR 4-1300 § 111 Nr. 3](#)). Eine Entscheidung über die Leistungspflicht gegenüber der Versicherten i.S. des [§ 111 Satz 2 SGB X](#) wird in diesen Fallgestaltungen grundsätzlich nicht getroffen. Sie liegt nicht in der Ablehnung der Erstattungspflicht durch den erstattungspflichtigen Leistungsträger (vgl. OVG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 15.01.2004 - [12 A 11823/03.OVG](#) - FEVS 55,424-429).

Auch in der rückwirkenden Durchführung der Familienversicherung der P N kann keine Entscheidung über die Leistungspflicht i.S. des [§ 111 Satz 2 SGB X](#) gesehen werden. Vielmehr handelt es sich bei der Feststellung der Familienversicherung um eine nur von dem Versicherten zu erwirkende Statusentscheidung als einzelne Rechtsposition (BSG, Urt. v. 17.06.1999 - [B 12 KR 11/99 R](#) - [SozR 3-5910 § 91a Nr. 6](#)), die von der von weiteren Voraussetzungen abhängigen Leistungspflicht eines Sozialleistungsträgers zu trennen ist.

[§ 111 Satz 2 SGB X](#) erfasst nach seiner Neufassung Sachverhalte von parallel bestehenden Zuständigkeiten zweier Sozialleistungsträger bei der Erbringung von sich gegenseitig ausschließenden Sozialleistungen, in denen eine Entscheidung des erstattungspflichtigen Leistungsträgers noch ergehen kann. Auf krankensicherungsrechtliche Sachleistungsansprüche trifft dies regelmäßig nicht zu. Eine Verschiebung des Beginns der Frist findet also nicht statt. Vielmehr greift der Grundgedanke der Ausschlussfrist des [§ 111 SGB X](#), der darin zu sehen ist, dass der Erstattungspflichtige zwecks schneller Klärung der Verhältnisse kurze Zeit nach der Leistungserbringung wissen soll, welche Ansprüche auf ihn zukommen und ggf. für die zu erwartenden Belastungen entsprechende Rücklagen bilden kann. Im Sinne einer klaren und eindeutigen Anknüpfung für den Beginn der Ausschlussfrist des [§ 111 Satz 2 SGB X](#) scheidet die Annahme einer Analogie oder Gleichstellung einer Statusfeststellung mit einer "Entscheidung des erstattungsberechtigten Leistungsträgers über seine Leistungspflicht" aus. Um die von [§ 111 SGB X](#) beabsichtigte Beschleunigung der Feststellung von Ausgleichsforderungen zu erreichen, wird grundsätzlich in Kauf genommen, dass Erstattungsgläubiger in Fallgestaltungen, in denen die Ermittlung des Erstattungsanspruchs schwierig ist, keinen Finanzausgleich erhalten können (von Wulffen in SGB X, 5. Auflage, § 111 Rdnr. 2f). Letztlich bedürfte es auch bei dem vorliegenden Sachverhalt weiterer Sachaufklärung, ob die Verantwortung für die verspätete Feststellung der Familienversicherung bei der Beklagten liegt oder eine grob fahrlässige Unkenntnis auf Seiten des Klägers gegeben ist.

Vor dem Hintergrund der Intention des Gesetzgebers bei Einführung des [§ 111 Satz 1 SGB X](#) ist in Fällen, in denen keine Entscheidung des erstattungspflichtigen Leistungsträgers über dessen Leistungspflicht ergeht, im Ergebnis alleine die Frist des [§ 111 Satz 1 SGB X](#) maßgebend (Böttiger in LPK-SGB X, 1. Auflage 2004, § 111 Rdnr. 21; VGH München, Beschluss vom 22.8.2001 - [12 B 99.889](#) - FEVS 53, 165).

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 und 3 SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 1 VwGO](#).

Der Senat hat die Revision gemäß [§ 160 Abs. 2 Nr. 1](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) zugelassen.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2007-08-09