

S 8 KR 222/05

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
SG Düsseldorf (NRW)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
8
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 8 KR 222/05
Datum
14.10.2008
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 21/08
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Klage wird abgewiesen. Die Verfahrenskosten werden der Klägerin auferlegt. Die Sprungrevision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über einen Erstattungsanspruch in Höhe von 339,70 Euro und insbesondere über die Frage, ob der Erstattungsanspruch von der Klägerin frist- und formgerecht gegenüber der Beklagten geltend gemacht worden ist.

Die gesetzlich Krankenversicherte T X war in der Zeit vom 27.05.2003 bis zum 01.02.2004 bei der Beklagten familienversichert. In diesem Zeitraum hatte sie noch Leistungen von der Klägerin erhalten, u.a. durch die Vergütung von Arzneimitteln.

Am 16.08.2004 erhielt die Klägerin Kenntnis von der Familienversicherung der Versicherten bei der Beklagten. Die Beklagte hatte die Voraussetzungen der Familienversicherung am 18.08.2004 erfasst, geprüft und bejaht. Eine Versicherungskarte ist der Versicherten nicht ausgestellt worden.

Mit Schreiben vom 20.09.2004 wandte sich die Klägerin zur Geltendmachung eines Erstattungsanspruchs gemäß [§ 105 SGB X](#) an die Beklagte. Sie formulierte das Schreiben wie folgt: "Nach unseren Informationen war Frau T X vom 27.05.2003 bis 01.02.2004 bei Ihrer Kasse versichert. Es wurden jedoch weiterhin Leistungen durch uns zur Verfügung gestellt. Hiermit melden wir vorsorglich den Erstattungsanspruch nach [§ 105 SGB X](#) an. Wir bitten um kurze Bestätigung, dass Sie unseren Erstattungsanspruch erhalten haben." Mit Schreiben vom 18.01.2005, 11.03.2005 und 08.07.2005 gab die Klägerin gegenüber der Beklagten die entstandenen und beanspruchten Kosten konkret an und schränkte ihre Forderung auf die Erstattung von Kosten für die folgende Versorgung mit Arzneimitteln ein:

Arzneimittelverordnung vom 10.10.2003: 28,91 Euro, Arzneimittelverordnung vom 02.12.2003: 172,85 Euro, Arzneimittelverordnung vom 12.12.2003: 137,94 Euro, insgesamt: 339,70 Euro.

Die Beklagte lehnte die Erstattung des geltend gemachten Betrages mit Schreiben vom 19.01.2005 mit der Begründung ab, dass der Erstattungsanspruch nicht innerhalb der Ausschlussfrist des [§ 111 SGB X](#) wirksam geltend gemacht worden sei. Ein außergerichtlicher Schriftwechsel der Beteiligten führte zu keiner Einigung. Die Klägerin hat Klage erhoben, mit der sie die Erstattung der 339,70 Euro geltend macht. Die mit Schreiben vom 20.09.2004 erfolgte Anmeldung sei fristgerecht und auch ausreichend konkret erfolgt. Höhere Anforderungen an das Geltendmachen würden nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nicht gestellt und würden dem Ziel der schnellen Abwicklung von Erstattungsansprüchen entgegenstehen. Auch seitens der Beklagten seien bereits Anmeldungen ohne weitere konkrete Angaben erfolgt.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin im Wege des Erstattungsanspruchs gemäß [§ 105 SGB X](#) einen Betrag in Höhe von insgesamt 339,70 Euro zu zahlen, hilfsweise die Sprungrevision zuzulassen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Der Erstattungsanspruch sei mangels hinreichender Konkretisierung nicht wirksam innerhalb der Ausschlussfrist des [§ 111 SGB X](#) geltend gemacht worden.

Zur weiteren Sachdarstellung wird auf die zu den Gerichtsakten gereichten Schriftsätze und Unterlagen sowie Verwaltungsakten der Beteiligten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist unbegründet.

Die Klägerin hat keinen Anspruch auf die geltend gemachte Zahlung von 339,70 Euro. Denn der zwischen den Beteiligten unstreitige Erstattungsanspruch gemäß [§ 105](#) des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuches (SGB X) ist gemäß [§ 111 Satz 1 SGB X](#) ausgeschlossen. Die Klägerin hatte den Erstattungsanspruch nicht innerhalb der 12-Monats-Frist nach Leistungserbringung, d.h. bis spätestens zum 12.12.2004 im Sinne des [§ 111 SGB X](#) wirksam geltend gemacht. Die Ausschlussfrist ist mit den Zeitpunkten der Leistungserbringung (10.10.2003, 02.12.2003, 12.12.2003) in Gang gesetzt worden; auch unter Berücksichtigung von [§ 111 Satz 2 SGB X](#) und dem Umständen, dass die Beklagte die Familienversicherung offensichtlich erst im Sommer 2004 dem Grunde nach anerkannt hat und dass das damit verbundene Nicht-Ausstellen einer Versicherungskarte innerhalb der Zeit der Mitgliedschaft möglicherweise Veranlassung dazu gegeben hat, dass die Versicherte ihre alte Versicherungskarte der Klägerin weiterhin benutzt hat. Unter Zurückstellung von Bedenken, ob die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) der Intention des Gesetzgebers zur Schaffung des [§ 111 Satz 2 SGB X](#) gerecht wird, ist die erkennende Kammer dieser in wiederholten Entscheidungen entwickelten ständigen Rechtsprechung gefolgt (Urteile vom 28.02.2008 - [B 1 KR 13/07 R](#) -, 10.05.2005 - [B 1 KR 20/04 R](#) - und 10.05.2007 - [B 10 KR 1/05 R](#) -). Sie akzeptiert die grundsätzliche Wertung des Bundessozialgerichts, dass die Schaffung schneller Rechtssicherheit anstelle materieller Einzelfallgerechtigkeit zur Erreichung einer beschleunigten Klärung der Erstattungsverhältnisse in Kauf genommen werden muss, und dass Erstattungsgläubiger in Fällen, in denen die Ermittlung des Erstattungsanspruchs Schwierigkeiten bereitet, keinen Finanzausgleich erhalten (BSG, Urteil vom 28.02.2008 - [B 1 KR 13/07](#) - m.w.N.).

Unter Berücksichtigung dieser Rechtsprechung und der ursprünglichen Intention des Gesetzgebers zu [§ 111 SGB X](#) (BT-Drucks. 9/95, Seite 26) ist es erforderlich, dass der Erstattungsanspruch derart geltend gemacht wird, dass für den Erstattungsverpflichteten zumindest ersichtlich ist, in welcher ungefähren Größenordnung Erstattungsansprüche auf ihn zukommen.

Insofern war vorliegend für die Klägerin geboten, im Rahmen der Geltendmachung zumindest anzugeben, ob der Erstattungsanspruch auf Ausgaben bezüglich einer stationären Behandlung, Krankengeld, ambulanten Behandlungen/Untersuchungen, Hilfs-/Heilmitteln oder Arzneimittelausgaben beruht. Denn die Angabe einer solchen Leistungsart, insbesondere mit einer Differenzierung z.B. zwischen stationärer Behandlung oder hausärztlicher Behandlung bzw. Arzneimittelausgaben ermöglicht der Erstattungsverpflichteten einen Einblick in die ungefähre Größenordnung der zu erwartenden Erstattung. Insofern wären sicherlich auch Angaben z.B. zur Dauer einer stattgehabten stationären Behandlung sinnvoll. Ob sie zur Erhaltung des Erstattungsanspruchs notwendig sind, kann vorliegend dahingestellt bleiben. Mit dieser Anforderung wird von der Erstattungsberechtigten auch kein unmöglich oder nur schwer möglich umzusetzendes Verhalten verlangt, da insbesondere Krankenhauskosten, aber auch z.B. kostenintensive Hilfsmittel direkt mit der Krankenkasse abgerechnet werden und diese Kostenfaktoren damit auch frühzeitig bekannt sind. Nach Auffassung des Gerichts ist der Erstattungsanspruch dagegen nicht zahlenmäßig korrekt innerhalb der Ausschlussfrist geltend zu machen. Eine solche Entscheidung kann jedoch unter Berücksichtigung der ausgeführten Gründe dahingestellt bleiben.

Das Erfordernis eines zumindest groben Umreißen der zu erstattenden Kosten durch die Angabe der Leistungsart ergibt sich entgegen dem Standpunkt der Klägerin bereits aus der Gesetzesintention einer schnellen Klarstellung der Verhältnisse. Denn einer schnellen Klarstellung der Verhältnisse dient nicht nur die nach außen erkennbare Entscheidung des Erstattungsberechtigten, rechtssichernd einen Anspruch anzumelden, sondern darüber hinaus auch eine nähere Konkretisierung dieses Anspruchs. Anderenfalls gäbe es keine Bestimmung mehr, innerhalb welcher Frist nach der Anmeldung eines Erstattungsanspruchs die Konkretisierung zu erfolgen hat. Auch nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts dient [§ 111 SGB X](#) der schnellen Klarstellung der Verhältnisse unter Berücksichtigung einer rechtzeitigen Haushaltsplanung des Erstattungsverpflichteten (BSG, Urteil vom 28.02.2008 - [B 1 KR 13/07 R](#) - m.w.N., [BSGE 65, 27, 31](#)). So hat das Bundessozialgericht in seiner Entscheidung vom 28.02.2008 ausgeführt: "Entscheidend für die Auslegung des [§ 111 SGB X](#) ist vielmehr, dass der Erstattungsverpflichtete kurze Zeit nach der Leistungserbringung wissen soll, welche Ansprüche auf ihn zukommen und dass er ggf. für die zu erwartenden Belastungen entsprechende Rückstellungen bilden kann;" Eine derartige Finanzplanung ist jedoch nur möglich, wenn der Erstattungsverpflichtete rechtzeitig über die Größenordnung des zu erwartenden Erstattungsanspruchs fristgemäß informiert worden ist.

Anders sind auch nicht die von der Klägerin zitierten Urteile des Bundessozialgerichts zu verstehen. Denn in diesen Entscheidungen hat das Bundessozialgericht nicht nur eine definitiv rechtssichernde Anmeldung gefordert, sondern darüber hinaus ausgeführt, dass für den erstattungspflichtigen Leistungsträger erkennbar sein muss, "wegen welcher Leistungen" er in Anspruch genommen wird. Er muss sich "ein Bild über Art und Umfang der in Rede stehenden Leistungen machen" können (Urteil vom 24.02.2004 - [B 2 U 29/03 R](#) -).

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197 a](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) i.V.m. [§ 154 Abs. 2](#) der Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Die Sprungrevision war wegen der grundsätzlichen Bedeutung der zwischen den Beteiligten streitigen Frage, die in dieser Konstellation vom Bundessozialgericht noch nicht entschieden werden musste, zuzulassen.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2008-11-20