

B 1 KR 20/13 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Dresden (FSS)
Aktenzeichen
S 18 KR 577/10
Datum
22.05.2013
2. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 20/13 R
Datum
18.11.2014
Kategorie
Urteil

Auf die Revision der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 22. Mai 2013 aufgehoben und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Sächsische Landessozialgericht zurückverwiesen. Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 115 309,16 Euro festgesetzt.

Gründe:

I

1

Die Beteiligten streiten über die Rückerstattung des vom klagenden Landkreis geleisteten Aufwendungsersatzes für die Krankenbehandlung von drei Sozialhilfeempfängern.

2

Der SGB II-Leistungsträger gewährte A (im Folgenden: Berechtigte R.) im Jahr 2005 Arbeitslosengeld II, stellte aber mit Wirkung zum 1.1.2006 die Leistungen ein. Der Kläger als zuständiger Sozialhilfeträger bewilligte ihr und ihren beiden damals minderjährigen Söhnen anschließend Leistungen der Grundsicherung bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII. Er beauftragte die beklagte Krankenkasse (KK), für die Berechtigte R. und ihre Söhne als nicht krankenversicherte Sozialhilfeempfänger die Krankenbehandlung von 2006 bis 2009 zu übernehmen. Hierfür leistete der Kläger der Beklagten zunächst Aufwendungsersatz und meldete bei ihr einen Erstattungsanspruch - zuletzt über 115 423,04 Euro - an (am 7.6.2006 (Schreiben vom 2.6.2006), am 21.1.2010 (Schreiben vom 19.1.2010) und am 2.2.2010 (Schreiben vom 29.1.2010)). Die Beklagte erkannte nach einem Rechtsstreit das Bestehen einer freiwilligen Versicherung der Berechtigten R. rückwirkend zum 1.1.2006 an (22.12.2009), weigerte sich aber, den gesamten geleisteten Aufwendungsersatz zurückzuzahlen. Der Kläger hat unter Berücksichtigung eines "umgebuchten" Betrages von 113,88 Euro am 1.12.2010 Klage auf Erstattung von 115 309,16 Euro erhoben. Das SG hat die Beklagte antragsgemäß verurteilt: Dem Kläger stehe ein nicht verjährter öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch zu. Der Erstattungsanspruch richte sich nicht nach den §§ 102 ff SGB X. Die einjährige Ausschlussfrist des § 111 SGB X finde keine Anwendung. Die Krankenbehandlung sei ausschließlich eine Sozialleistung der Beklagten gewesen. Maßgeblich sei die Sicht der Leistungsberechtigten. Sie hätten nur Ansprüche auf Krankenbehandlung gegen die KK, nicht aber gegen den Sozialhilfeträger (Urteil vom 22.5.2013).

3

Mit ihrer Sprungrevision rügt die Beklagte die Verletzung der §§ 102 ff SGB X, insbesondere des § 111 SGB X. Sie habe die Krankenbehandlung zwar tatsächlich der Berechtigten R. und ihren Söhnen zugewendet. Die Leistungen seien aber nach der Rechtsprechung des BSG dem Kläger als von ihm erbrachte Sozialleistungen zuzurechnen. Der hierfür nur nachrangig verpflichtete Kläger habe seinen Erstattungsanspruch mit Schreiben vom 2.6.2006 und 19.1.2010 nicht hinreichend konkret geltend gemacht.

4

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 22. Mai 2013 aufzuheben und die Klage abzuweisen,

hilfsweise,

das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 22. Mai 2013 aufzuheben und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Sächsische Landessozialgericht zurückzuverweisen.

5

Der Kläger beantragt, die Revision zurückzuweisen.

6

Er hält das SG-Urteil für zutreffend.

II

7

Die zulässige Sprungrevision der beklagten KK ist im Sinne der Aufhebung und Zurückverweisung an das LSG zur anderweitigen Verhandlung und Entscheidung begründet ([§ 170 Abs 2 S 2, Abs 4 S 1 SGG](#)). Das angefochtene Urteil ist aufzuheben, weil es auf der Verletzung materiellen Rechts beruht und sich auch nicht aus anderen Gründen als richtig erweist. Der erkennende Senat macht von seinem Ermessen Gebrauch, die Sache an das LSG zurückzuverweisen ([§ 170 Abs 4 S 1 SGG](#)). Es wird die erforderlichen ergänzenden Feststellungen zu treffen haben.

8

Der erkennende Senat ist prozessual an einer Entscheidung nicht gehindert (dazu 1.). Der klagende Sozialhilfeträger kann wegen der rückwirkenden Feststellung des Bestehens einer freiwilligen Versicherung der Berechtigten R. ab Jahresbeginn 2006 von der Beklagten Erstattung der Leistungen beanspruchen, die er für die Berechtigte R. vom 21. bis 31.1. und vom 2.2. bis 31.12.2009 erbrachte. Der erkennende Senat kann hierüber aber wegen fehlender Tatsachenfeststellungen zur Höhe des Anspruchs nicht abschließend entscheiden (dazu 2.). Es kommt zudem in Betracht, dass der Kläger als nachrangig verpflichteter Leistungsträger von der Beklagten Erstattung der Leistungen beanspruchen kann, die er für die beiden Söhne der R. vom 2.2. bis 31.12.2009 erbrachte. Der erkennende Senat kann auch hierüber nicht abschließend entscheiden, denn die hierfür erforderlichen Feststellungen zum Versichertenstatus der beiden Söhne der R. und zum Umfang der für sie erbrachten Leistungen fehlen (dazu 3.).

9

1. Im Revisionsverfahren fortwirkende Umstände, die einer Sachentscheidung des Senats entgegenstehen könnten, liegen nicht vor. Die Berechtigte R. und ihre Söhne waren nicht notwendig beizuladen. Einer notwendigen Beiladung nach [§ 75 Abs 2 Alt 1 SGG](#) bedarf es im Erstattungsstreit nur dann, wenn sich die Erfüllungsfiktion nach [§ 107 SGB X](#) auf weitere Rechte des Leistungsempfängers auswirkt (vgl. Leitherer in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 11. Aufl 2014, § 75 RdNr 10a mwN). Hat der Berechtigte die Leistung aber bereits erhalten, kann er diese nicht noch einmal beanspruchen. Hat die Entscheidung über die Erstattungsforderung keine Auswirkung auf seine Rechtsposition, ist eine notwendige Beiladung nicht erforderlich (vgl. BSG [SozR 4-1300 § 111 Nr 5](#) RdNr 9; Leitherer aaO). Das gilt auch im Verhältnis zwischen Sozialhilfe- und Sozialversicherungsträger (missverständlich insoweit BSG [SozR 3-1300 § 111 Nr 7](#) S 20). So liegt der Fall hier. Die Berechtigte R. und ihre Söhne erhielten vom Kläger bereits Sozialleistungen (näher dazu unter II. 2. und 3.). Sie können diese Leistungen - unabhängig vom Ausgang des vorliegenden Erstattungsrechtsstreits - weder nochmals von den Beteiligten beanspruchen noch kommt wegen [§ 107 SGB X](#) in Betracht, dass sie der Beklagten die erbrachten Leistungen erstatten müssen (vgl. BSG [SozR 4-1300 § 111 Nr 3](#) RdNr 10 mwN). Vorliegend geht es lediglich noch um die Verteilung leistungsrechtlicher Verpflichtungen zwischen Leistungsträgern (vgl. ähnlich BSG [SozR 4-2500 § 39a Nr 1](#) RdNr 9 mwN).

10

2. Der Kläger hat wegen der rückwirkenden Feststellung des Bestehens einer freiwilligen Versicherung der Berechtigten R. lediglich als nachrangig verpflichteter Leistungsträger gegen die Beklagte als vorrangig verpflichteter Leistungsträger Anspruch auf Erstattung der Leistungen, die er für die Berechtigte R. vom 21. bis 31.1. und vom 2.2. bis 31.12.2009 erbrachte. Rechtsgrundlage des Anspruchs ist die Regelung des [§ 104 Abs 1 SGB X](#) (dazu a). Die Anspruchsvoraussetzungen sind dem Grunde nach ab Beginn der freiwilligen Versicherung der Berechtigten R. 2006 erfüllt (dazu b). Der Anspruch erlosch jedoch für bis zum 20.1.2009 und am 1.2.2009 erbrachten Leistungen wegen fruchtlosen Ablaufs der Ausschlussfrist des [§ 111 S 1 SGB X](#) (dazu c). Es fehlt an Feststellungen, um über die Höhe des Anspruchs zu entscheiden (dazu d). Andere Anspruchsgrundlagen kommen für den geltend gemachten Anspruch nicht in Betracht (dazu e).

11

a) [§ 104 Abs 1 SGB X](#) (idF der Bekanntmachung der Neufassung des SGB X vom 18.1.2001, [BGBl I 130](#)) regelt Folgendes: Hat ein nachrangig verpflichteter Leistungsträger Sozialleistungen erbracht, ohne dass die Voraussetzungen von [§ 103 Abs 1 SGB X](#) vorliegen, ist der Leistungsträger erstattungspflichtig, gegen den der Berechtigte vorrangig einen Anspruch hat oder hatte, soweit der Leistungsträger nicht bereits selbst geleistet hat, bevor er von der Leistung des anderen Leistungsträgers Kenntnis erlangt hat. Nachrangig verpflichtet ist gemäß [§ 104 Abs 1 S 2 SGB X](#) ein Leistungsträger, soweit dieser bei rechtzeitiger Erfüllung der Leistungsverpflichtung eines anderen Leistungsträgers selbst nicht zur Leistung verpflichtet gewesen wäre. Nach [§ 104 Abs 1 S 3 SGB X](#) besteht kein Erstattungsanspruch, soweit der nachrangige Träger seine Leistung auch bei Leistung des vorrangig verpflichteten Trägers hätte erbringen müssen.

12

b) Der Kläger erbrachte nach den den erkennenden Senat bindenden, im Revisionsverfahren nicht angreifbaren Feststellungen des SG ([§ 161 Abs 4 SGG](#)) in der Zeit vom 1.1.2006 bis 31.12.2009 der Berechtigten R. Krankenbehandlung mittels Beauftragung der Beklagten (dazu aa). Der Kläger war für die Gewährung von Krankenbehandlung nur nachrangig zuständig. Vorrangig zuständiger Leistungsträger war die Beklagte (dazu bb). Auch die übrigen Voraussetzungen für das Entstehen des Erstattungsanspruchs waren erfüllt (dazu cc).

13

aa) Der Kläger erbrachte für die Zeit von 2006 bis Ende 2009 Sozialleistungen an die Berechtigte R., nämlich Krankenbehandlung. Wie der erkennende Senat bereits mit Urteil vom 17.6.2008 entschieden hat, erbringen die KKn die Krankenbehandlung von nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versicherten Sozialhilfeempfängern nach [§ 264 SGB V](#) aufgrund gesetzlichen Auftrags iS des [§ 93 SGB X](#) (vgl ausführlich [BSGE 101, 42 = SozR 4-2500 § 264 Nr 1](#); siehe auch BSG Urteil vom selben Tage - [B 1 KR 12/14 R](#) - RdNr 11 mwN, für SozR vorgesehen; dem folgend BSG SozR 4-2500 § 175 Nr 3 RdNr 31 (12. Senat); so auch: Huck in Hauck/Noftz, SGB V, Stand August 2014, K § 264 RdNr 14; Böttiger in Wagner/Knittel, Soziale Krankenversicherung Pflegeversicherung, Stand September 2013, § 264 RdNr 42; Marburger, WzS 2004, 289, 291; Peters in Kasseler Komm, Stand Oktober 2014, [§ 264 SGB V](#) RdNr 4; Baierl in jurisPK-SGB V, 2. Aufl 2012, § 264 RdNr 32; Flint in Grube/Wahrendorf, SGB XII, 5. Aufl 2014, [§ 48 SGB XII](#) RdNr 47; aA BSG Urteil vom 27.5.2014 - [B 8 SO 26/12 R](#) - Juris RdNr 20, vorgesehen für BSGE und SozR 4-2500 § 264 Nr 5; Sunder, Gutachten Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, NDV 2004, 320, 323; H. Schellhorn in Schellhorn/Schellhorn/Hohm, SGB XII, 18. Aufl 2010, [§ 48 SGB XII](#) RdNr 10; Zink/Lippert in Mergler/Zink, Handbuch der Grundsicherung und Sozialhilfe, [§ 48 SGB XII](#) RdNr 43 ff, Stand April 2014; wohl auch: Zeitler, NDV 2004, 45, 46; Schlette in Hauck/Noftz, SGB XII, Stand April 2014, K § 48 RdNr 5; noch offen lassend, ob ein gesetzlicher Auftrag oder ein auftragsähnliches Verhältnis anzunehmen ist: [BSGE 102, 10 = SozR 4-2500 § 264 Nr 2](#), RdNr 23 (8. Senat)). Insoweit überträgt [§ 264 SGB V](#) den KKn in Abstimmung mit dem SGB XII die den Sozialhilfeträgern dem Grunde nach obliegende Aufgabe, die den Regelungen der GKV entsprechenden Leistungen zu gewähren (vgl [§ 48 SGB XII](#)). Auf diese Weise wird nach [§ 264 Abs 2 SGB V](#) die Krankenbehandlung der nicht versicherten Leistungsberechtigten nach dem SGB XII von der KK "übernommen" (vgl zum Ganzen [BSGE 101, 42 = SozR 4-2500 § 264 Nr 1](#)).

14

Der erkennende Senat muss bei dieser Auslegung nicht wegen Divergenz beim 8. Senat des BSG im Hinblick auf dessen Rechtsprechung (BSG SozR 4-2500 § 264 Nr 5, auch für BSGE vorgesehen) anfragen ([§ 41 Abs 3 SGG](#)). Dort waren nicht Erstattungsansprüche zwischen Leistungsträgern betroffen, sondern das Bestehen einer sog "Quasiversicherung" nach [§ 264 Abs 2 SGB V](#). Soweit der 8. Senat des BSG in seiner Entscheidung ausführt, dass der Sozialhilfeträger in das unmittelbare krankensicherungsrechtliche Leistungsgeschehen in keiner Weise eingebunden ist, ihm lediglich Meldeverpflichtungen und die Verpflichtung zur Einziehung der Krankenversichertenkarte für die KK ([§ 264 Abs 5 und Abs 3 S 3 SGB V](#)) obliegen und keinen Statusbescheid über eine "Quasiversicherung" erlassen darf, folgt dem auch der erkennende Senat. Aber selbst wenn man ein Auftragsverhältnis ablehnen und lediglich ein "auftragsähnliches Verhältnis" bejahen wollte (vgl bereits BSG SozR 4-2500 § 264 Nr 5 RdNr 20), änderte dies im Übrigen nichts. Denn auch dann wären Sozialleistungen im Zuständigkeitsgefüge des SGB allein dem Aufgabenbereich des Sozialhilfeträgers zuzurechnen und die zwischen Sozialleistungsträgern geltenden Erstattungsregelungen der [§§ 102 ff SGB X](#) entsprechend anzuwenden (vgl auch BSG Urteil vom selben Tage - [B 1 KR 12/14 R](#) - RdNr 12 mwN, für SozR vorgesehen).

15

bb) Vorrangig zuständig für die Krankenbehandlung war die Beklagte. Die Berechtigte R. hatte gegen die Beklagte als freiwillig versichertes Mitglied ab 1.1.2006 einen Anspruch auf Krankenbehandlung nach [§ 27 SGB V](#). Die Leistungspflicht der Beklagten entstand nicht erst ex nunc mit ihrem von der Berechtigten R. angenommenen Anerkenntnis über den Beginn der freiwilligen Versicherung ab 1.1.2006 am 22.12.2009, sondern von Anbeginn der freiwilligen Versicherung an. Der Kläger war nur nachrangig zuständig für die Erbringung der Krankenbehandlung. Nach [§ 2 Abs 1 SGB XII](#) erhält Sozialhilfe nicht, wer sich selbst helfen kann oder wer die erforderliche Hilfe von anderen, besonders von Angehörigen oder von Trägern anderer Sozialleistungen, erhält (sog Nachranggrundsatz, Selbsthilfeobliegenheit). Die Norm regelt keinen eigenständigen Ausschlusstatbestand ([BSGE 104, 219 = SozR 4-3500 § 74 Nr 1, RdNr 20](#); [BSGE 110, 301 = SozR 4-3500 § 54 Nr 8, RdNr 25](#); BSG Urteil vom 2.2.2010 - [B 8 SO 21/08 R](#) - Juris RdNr 13). Wenn tatsächlich keine anderen Leistungen erbracht werden, stellt die Erfüllung der Selbsthilfeobliegenheit in [§ 2 Abs 1 SGB XII](#) deshalb kein ungeschriebenes (negatives) Tatbestandmerkmal eines Sozialhilfeanspruchs dar. So liegt der Fall hier. Die vorrangig zuständige Beklagte erbrachte nach den Feststellungen des SG keine Leistungen.

16

cc) Der Erstattungsanspruch scheidet nicht an [§ 104 Abs 1 S 3 SGB X](#). Danach besteht kein Erstattungsanspruch, soweit der nachrangige Träger seine Leistung auch bei Leistung des vorrangig verpflichteten Trägers hätte erbringen müssen. Dies ist - wie zuvor dargelegt (vgl II. 2. b bb) - gerade nicht der Fall. Hätte die Beklagte Krankenbehandlung erbracht, hätte der Kläger nicht leisten müssen. Die nach [§ 104 SGB X](#) erforderliche Kongruenz (Gleichartigkeit) der Leistungen liegt vor.

17

c) Der Anspruch des Klägers auf Erstattung erlosch für die im Zeitraum bis zum 20.1.2009 und für den 1.2.2009 erbrachten Leistungen nach [§ 111 SGB X](#) (idF der Bekanntmachung der Neufassung des SGB X vom 18.1.2001, [BGBl I 130](#)) wegen Ablaufs der Ausschlussfrist. Gemäß [§ 111 S 1 SGB X](#) ist der Anspruch auf Erstattung ausgeschlossen, wenn der Erstattungsbeauftragte ihn nicht spätestens zwölf Monate nach Ablauf des letzten Tages, "für" den die Leistung erbracht wurde, geltend macht.

18

Der Tag, "für" den eine Leistung erbracht wird, entspricht bei bestehender Leistungsbeziehung, wenn der erstattungsberechtigte Träger von

Anfang an - wie hier der Kläger aufgrund seines Vorgehens nach [§ 264 Abs 2 SGB V](#) - in die Leistungserbringung eingebunden war, dem Tag, an dem die Leistung dem Berechtigten tatsächlich zugutekommt (vgl nur [BSGE 65, 31](#), 38 = SozR 1300 § 111 Nr 6 S 24; BSG Urteil vom 28.11.1990 - [5 RJ 50/89](#) - Juris RdNr 25 = USK 90174; anders dagegen bei rückwirkender Leistungsbewilligung bzw Zahlung aufgrund einer Leistungserbringerforderung ohne zuvor mit dem Leistungsgeschehen befasst gewesen zu sein: BSG [SozR 3-1300 § 111 Nr 7 S 21 f](#); [BSGE 99, 102](#) = [SozR 4-2500 § 19 Nr 4](#), RdNr 9). Auf den Tag, "an" dem die Leistung vergütet wurde, kommt es demgegenüber nicht an (vgl [BSGE 65, 27](#), 30 = SozR 1300 § 111 Nr 4 S 15 sowie [BSGE 65, 31](#), 37 f = SozR 1300 § 111 Nr 6 S 24; BSG Urteil vom 28.2.2008 - [B 1 KR 13/07 R](#) - Juris RdNr 12 = USK 2008-6). Unerheblich ist deswegen, dass die Beklagte Krankenbehandlungsleistungen, die im Jahr 2008 erfolgten, ggf teilweise erst im Jahr 2009 den Leistungserbringern bezahlte.

19

Der Kläger wahrte die Frist des [§ 111 S 1 SGB X](#) hinsichtlich seiner Leistungen für die Berechtigte R. erst mit seinen Schreiben vom 19. und 29.1.2010 für die Zeiträume vom 21. bis 31.1.2009 und vom 2.2. bis 31.12.2009. Das Schreiben vom 2.6.2006 genügte dagegen nicht den Anforderungen an die wirksame "Geltendmachung" des Erstattungsanspruchs für die Zeiträume von 2006 bis 20.1.2009 und für den 1.2.2009. Der Begriff des "Geltendmachens" meint im Zusammenhang mit [§ 111 S 1 SGB X](#) keine gerichtliche Geltendmachung und keine Darlegung in allen Einzelheiten, sondern das Behaupten oder Vorbringen. Allerdings muss der Wille erkennbar werden, zumindest rechtssichernd tätig zu werden. Eine bloß "vorsorgliche" Anmeldung reicht dagegen nicht aus. Unter Berücksichtigung des Zwecks der Ausschlussfrist, möglichst rasch klare Verhältnisse darüber zu schaffen, ob eine Erstattungspflicht besteht, muss der in Anspruch genommene Leistungsträger bereits beim Zugang der Anmeldung des Erstattungsanspruchs ohne weitere Nachforschungen beurteilen können, ob die erhobene Forderung ausgeschlossen ist. Dies kann er ohne Kenntnis des Forderungsbetrages feststellen, wenn die Umstände, die im Einzelfall für die Entstehung des Erstattungsanspruches maßgeblich sind, und der Zeitraum, für den die Sozialleistungen erbracht wurden ([§ 111 S 1 SGB X](#)), hinreichend konkret mitgeteilt sind. Da der Erstattungsanspruch iS des [§ 111 S 1 SGB X](#) bereits geltend gemacht werden kann, bevor die Ausschlussfrist zu laufen begonnen hat, können allgemeine Angaben genügen, die sich auf die im Zeitpunkt des Geltendmachens vorhandenen Kenntnisse über Art und Umfang künftiger Leistungen beschränken (zum Ganzen BSG [SozR 4-1300 § 111 Nr 5](#) RdNr 15 mwN).

20

Der Kläger wies in dem Schreiben vom 2.6.2006 nicht auf die Leistungsart "Krankenbehandlung" hin und machte nicht deutlich, dass es ihm um die Erstattung dieser von ihm bereits durch die Beklagte erbrachten und zukünftig noch zu erbringenden Leistungen ging. Die Schreiben vom 19. und 29.1.2010 genühten dagegen den dargelegten Anforderungen an ein fristwahrendes "Geltendmachen". Die Beklagte musste beim Zugang dieser Anmeldungen der Erstattungsansprüche von einem rechtssichernden Willen des Klägers ausgehen. Sie konnte im Zugangszeitpunkt jeweils ohne weitere Nachforschungen beurteilen, ob die erhobenen Forderungen ausgeschlossen waren. Das Schreiben vom 19.1.2010 verweist nämlich auf den Zeitraum (1.2.2006 bis 31.1.2009), die Art der Leistungen ("Hilfe bei Krankheit") und bezieht sich auf die Fortsetzung der Mitgliedschaft der Berechtigten R. bei der Beklagten aufgrund angenommenen Anerkenntnisses (Rechtsstreit SG Dresden - S 39 KR 191/08). Das Schreiben vom 29.1.2010 informiert nicht nur über die Leistungsempfänger (Berechtigte R. und ihre beiden genau bezeichneten Söhne), den Leistungszeitraum (1.1.2006 bis 31.12.2009) und die Art der Leistungen ("Krankenhilfe"), sondern auch über den geltend gemachten Betrag, aufgelistet nach Personen und Quartalen.

21

Zu Recht ziehen die Beteiligten nicht in Zweifel, dass der Lauf der Frist zur Geltendmachung des Erstattungsanspruchs nicht gemäß [§ 111 S 2 SGB X](#) auf einen späteren Zeitpunkt als den nach [§ 111 S 1 SGB X](#) maßgeblichen Zeitpunkt der Leistungserbringung hinausgeschoben war. Die Regelung lautet: "Der Lauf der Frist beginnt frühestens mit dem Zeitpunkt, zu dem der erstattungsberechtigte Leistungsträger von der Entscheidung des erstattungspflichtigen Leistungsträgers über seine Leistungspflicht Kenntnis erlangt hat". Nach der Rechtsprechung des erkennenden Senats kann bei Erstattungsansprüchen von Sozialleistungsträgern untereinander eine solche, den Fristenlauf hinauschiebende Kenntnisnahme von der "Entscheidung des erstattungspflichtigen Leistungsträgers über seine Leistungspflicht" nicht vorliegen, wenn der Erstattungsverpflichtete eine materiell-rechtliche Entscheidung über Leistungen, wie sie der Erstattungsbeneficiäre bereits erbracht hat, überhaupt nicht mehr treffen kann und darf (BSG [SozR 4-1300 § 111 Nr 3](#) LS 1 und RdNr 15 f; dem folgend [BSGE 98, 238](#) = [SozR 4-1300 § 111 Nr 4](#), RdNr 16 f; ebenso BSG Urteil vom 28.2.2008 - [B 1 KR 13/07 R](#) - Juris RdNr 15 ff = USK 2008-6). Das ist in aller Regel der Fall, wenn - wie hier - der Versicherte die Sachleistung bereits erhalten hat. Der Bedarf des Versicherten ist insoweit - wenn auch durch einen nachrangig zuständigen Träger - bereits gedeckt. Der (vorrangig) zuständige Leistungsträger - hier die Beklagte - hat keine Befugnis mehr, gegenüber der Berechtigten R. nochmals eine materiell-rechtliche Entscheidung über den Anspruch auf Gewährung gerade dieser Leistungen zu treffen und die Leistung zu bewilligen. Für einen entsprechenden Antrag der Versicherten würde es von vornherein an der dafür erforderlichen rechtlichen Betroffenheit fehlen. Denn ihr Anspruch gegenüber dem zuständigen Leistungsträger, der Beklagten, ist sowohl faktisch als auch rechtlich kraft der Fiktion des [§ 107 SGB X](#) erfüllt (BSG [SozR 4-1300 § 111 Nr 3](#) RdNr 18).

22

Der Grundsatz von Treu und Glauben ([§ 242 BGB](#)) hindert die Beklagte entgegen der Ansicht des Klägers nicht, sich auf den Fristablauf zu berufen. Die in [§ 111 S 1 SGB X](#) normierte Frist ist nämlich eine materielle Ausschlussfrist, die von Amts wegen zu beachten ist ([BT-Drucks 9/95 S 26](#) f). Sie unterliegt als solche grundsätzlich nicht dem Einwand der unzulässigen Rechtsausübung. Eine Ausnahme hiervon gilt nur, wenn die Versäumung der Ausschlussfrist auf ein grob rechtswidriges, zB vorsätzliches Verhalten dessen zurückzuführen ist, der durch die Ausschlussfrist begünstigt wird (vgl zum Ganzen [BSGE 98, 238](#) = [SozR 4-1300 § 111 Nr 4](#), RdNr 20). Hierfür fehlt es aber nach den Feststellungen des SG an jeglichem Anhaltspunkt.

23

d) Es fehlt für den erkennenden Senat an hinreichend getroffenen Feststellungen des SG, um über die Höhe des Anspruchs abschließend zu entscheiden. Der Umfang des Erstattungsanspruchs richtet sich nach den für die Beklagte, den vorrangig verpflichteten Leistungsträger geltenden Rechtsvorschriften ([§ 104 Abs 3 SGB X](#)). Der Erstattungsanspruch ist insoweit in zweierlei Weise begrenzt: Der

erstattungsberechtigte Träger - hier: der Kläger - darf nicht mehr erhalten, als er selbst dem Leistungsempfänger an Leistungen erbracht hat. Der erstattungspflichtige Leistungsträger - hier: die Beklagte - soll nicht mehr erstatten müssen, als er nach dem für ihn maßgebenden Recht zu leisten gehabt hätte (vgl. [BSGE 58, 128](#), 133 = SozR 1300 § 103 Nr 4; zustimmend BSG [SozR 4-2500 § 44 Nr 15](#) RdNr 35-36; Kater in Kasseler Komm, Stand Oktober 2014, [§ 104 SGB X](#) RdNr 36). Verwaltungskosten sind nicht zu erstatten (vgl. näher [§ 109 SGB X](#)).

24

Das SG hat schon nicht festgestellt, welchen Aufwendungsersatz ohne Verwaltungskosten ([§ 264 Abs 7 S 2 SGB V](#)) der Kläger für seine Leistungen an die Berechtigte R. für die Zeit vom 21. bis 31.1.2009 und vom 2.2. bis 31.12.2009 gezahlt hat. Soweit das SG die vom Kläger als "Pauschalen gemäß [§ 264 SGB V](#) für 3 Personen" für die Zeit vom 1.1.2006 bis 31.12.2009 geltend gemachten Beträge von 15 600 Euro als "Verwaltungspauschalen" bezeichnet, kann es sich schon rechnerisch nicht um Verwaltungskosten iS des [§ 264 Abs 7 S 2 SGB V](#) handeln. Denn die in der Forderungsaufstellung ausgewiesenen Pauschalen von insgesamt 15 600 Euro können nicht die in [§ 264 Abs 7 S 2 SGB V](#) auf höchstens 5 vH der abgerechneten Leistungsausgaben begrenzten Verwaltungskosten sein, die der Kläger berechnen durfte (5 vH aus 99 823,04 Euro = 4991,152 Euro). Diese Diskrepanz hat das SG auch nicht durch ergänzende Tatsachenfeststellungen plausibilisiert.

25

Der erkennende Senat kann auch nicht beurteilen, ob es sich - was nahe liegt - bei den "Pauschalen" um die in § 9 der "Vereinbarung zur Umsetzung der Leistungserbringung und Abrechnung nach [§ 264 SGB V](#)" zwischen den Rechtsvorgängern der Beklagten und der IKK Classic einerseits sowie dem Sächsischen Städte- und Gemeindetag e.V. und dem Sächsischen Landkreistag e.V. andererseits geregelten Abschlagszahlungen der Sozialhilfeträger (390 Euro je Leistungsempfänger und Quartal) handelt. In diesem Falle käme in Betracht, dass die gezahlten Pauschalen als Abschlagszahlungen mit Aufwendungsersatzansprüchen der Beklagten für durch Behandlungsmaßnahmen entstandene Kosten verrechnet wurden und der Kläger insgesamt deutlich weniger für die Leistungen an die Berechtigte R. ohne Verwaltungskosten an die Beklagte zahlte, als er bisher geltend macht. Der erkennende Senat kann mangels Feststellungen des SG auch nicht nachvollziehen, ob und ggf welche Forderung des Klägers die Beklagte mit der zugunsten des Klägers vorgenommenen "Umbuchung" von 113,88 Euro tilgte.

26

e) Der Kläger hat wegen der rückwirkenden Feststellung des Bestehens einer freiwilligen Versicherung der Berechtigten R. ab 2006 keinen Zahlungsanspruch aus einer anderen Rechtsgrundlage als [§ 104 SGB X](#), insbesondere weder aufgrund des allgemeinen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs noch aus Geschäftsführung ohne Auftrag oder aus einem Schadenersatzanspruch wegen einfacher Pflichtverletzung eines öffentlich-rechtlichen Rechtsverhältnisses entsprechend [§ 280 Abs 1 BGB](#). Denn die Regelung der Erstattungsansprüche der Leistungsträger untereinander im zweiten Abschnitt des dritten Kapitels SGB X durch die [§§ 102 ff SGB X](#) ist insoweit bewusst abschließend. Sie ist in ihrem Anwendungsbereich erschöpfend. Sie erlaubt keinen Rückgriff auf allgemeine Rechtsinstitute wie den öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch, die Regeln der Geschäftsführung ohne Auftrag oder auf Schadenersatzansprüche entsprechend [§ 280 Abs 1 BGB](#) aufgrund der Rechtsbeziehung von Leistungsträgern untereinander, die den Regelungsgehalt der [§§ 102 ff SGB X](#) zu unterlaufen drohen (vgl. zur Geschäftsführung ohne Auftrag [BSGE 85, 110](#) = [SozR 3-2500 § 60 Nr 4](#) = Juris RdNr 19, unter Hinweis insbesondere auf [BGHZ 140, 102](#), 109 = [NJW 1999, 858](#), 860; zur öffentlich-rechtlichen Erstattung BSG Urteil vom 29.5.1991 - [9a RV 10/90](#) - Juris RdNr 9 = USK 9183; Böttiger in LPK-SGB X, 3. Aufl 2011, Vor §§ 102-114, RdNr 17; Kater in Kasseler Komm, Stand Oktober 2014, [§ 104 SGB X](#) RdNr 36; ähnlich BSG Urteil vom 26.1.2000 - [B 6 KA 59/98 R](#) - zum abschließenden Charakter öffentlich-rechtlicher ärztlicher Gebührenordnungen). Die Begründung im Gesetzentwurf der Bundesregierung eines Sozialgesetzbuchs (SGB) - Zusammenarbeit der Leistungsträger und ihre Beziehungen zu Dritten - zum Entwurf der späteren [§§ 102 ff SGB X](#) ([BT-Drucks 9/95 S 24](#), vor §§ 108 ff des Entwurfs) spricht in diesem Sinne von einer "geschlossene(n) Lösung".

27

Der allgemeine öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch kommt - soweit hier von Interesse - lediglich bei Fehlern im gesetzlichen Auftragsverhältnis zwischen Sozialhilfeträger und KK nach [§ 264 SGB V](#) in Betracht, etwa bei unwirksamer Auftragserteilung oder Überzahlung. Der Kläger hat solches bisher nicht geltend gemacht.

28

3. Der erkennende Senat kann auch nicht darüber entscheiden, ob der Kläger wegen des Bestehens einer Versicherung der beiden Söhne der Berechtigten R. als nachrangig verpflichteter Leistungsträger gegen die Beklagte als vorrangig verpflichteter Leistungsträger Anspruch auf Erstattung der Leistungen hat, die er für die beiden Söhne der Berechtigten R. von 2006 bis Ende 2009 erbrachte. Entsprechend den oben dargelegten Anforderungen (vgl. II. 2. a, b) fehlt es schon an Feststellungen dazu, dass die beiden Söhne der Berechtigten R. in dieser Zeit oder einem Teilbereich hiervon bei der Beklagten versichert waren. Ein Erstattungsanspruch kommt wegen fruchtlosem Ablauf der Ausschlussfrist ([§ 111 S 1 SGB X](#); vgl. oben, II. 2. c) lediglich hinsichtlich der Leistungen des Klägers für den Zeitraum vom 2.2. bis 31.12.2009 in Betracht. Denn das Schreiben vom 19.1.2010 wirkte nicht fristwährend. Es führte in identifizierbarer Form lediglich die Berechtigte R. als Leistungsempfängerin auf, nicht aber ihre beiden Söhne. Den oben genannten Anforderungen genügte erst das Schreiben vom 29.1.2010. Soweit danach die Voraussetzungen des Erstattungsanspruchs erfüllt sind, wird das LSG auch Feststellungen zur Höhe des Erstattungsumfangs entsprechend den oben dargelegten Anforderungen (vgl. II. 2. d) zu treffen haben.

29

4. Die Kostenentscheidung bleibt dem LSG vorbehalten. Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf § 197a Abs 1 Teils 1 SGG iVm [§ 63 Abs 2](#), [§ 52 Abs 1](#) und 3 sowie [§ 47 Abs 1 GKG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

BRD
Saved
2015-03-26