

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: B 1 KR 13/07 R

L 5 KR 143/06 (LSG Nordrhein-Westfalen)
S 9 KR 986/04 (SG Köln)

Landschaftsverband Rheinland, Rheinisches Sozialamt,
Herrmann-Pünder-Straße 1, 50679 Köln,

Kläger und Revisionskläger,

g e g e n

AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse,
Kasernenstraße 61, 40213 Düsseldorf,

Beklagte und Revisionsbeklagte.

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts hat ohne mündliche Verhandlung am 28. Februar 2008 durch den Präsidenten M a s u c h , die Richter Dr. K r e t s c h m e r und Dr. H a u c k sowie die ehrenamtliche Richterin G a b k e und den ehrenamtlichen Richter Dr. A n d r e s e n für Recht erkannt:

Die Revision des Klägers gegen das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 15. März 2007 wird zurückgewiesen.

Der Kläger trägt auch die Kosten des Revisionsverfahrens.

Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 22.110,59 Euro festgesetzt.

G r ü n d e :

I

- 1 Die Beteiligten streiten darüber, ob der klagende überörtliche Träger der Sozialhilfe von der beklagten Krankenkasse (KK) die Erstattung der Kosten für eine stationäre Krankenhausbehandlung beanspruchen kann.
- 2 Die 1980 geborene O. M. (M.) wurde in den Rheinischen Kliniken E. vom 30.3.2001 bis 6.4.2001 sowie vom 3.5.2001 bis 8.8.2001 stationär behandelt. Der überörtliche Sozialhilfeträger zahlte dafür an die Kliniken 22.110,59 Euro. Durch ein Schreiben des Sozialamts der Stadt E. (= örtlicher Träger der Sozialhilfe) vom 15.8.2002 erfuhr der Kläger am 22.8.2002, dass M. "rückwirkend zum 1.10.2000 ... durch ihre Mutter" bei der beklagten AOK familienversichert worden sei; der Kläger möge vorgeleistete Behandlungskosten von der Beklagten zurückfordern. Der Kläger meldete daraufhin mit Blick auf gewährte Eingliederungshilfe mit Schreiben vom 29.8.2002 bei der Beklagten (Eingang 4.9.2002) einen Erstattungsanspruch gemäß "§§ 102 ff SGB X" in Höhe der Behandlungskosten an. Die Beklagte hielt dem entgegen, unbeschadet der zu bejahenden medizinischen Notwendigkeit der Behandlung sei der Anspruch verspätet geltend gemacht worden, nämlich erst mehr als zwölf Monate nach Ablauf des letzten Tages der Leistungserbringung (§ 111 Satz 1 SGB X).
- 3 Die anschließende Zahlungsklage ist in erster Instanz ohne Erfolg geblieben (Urteil vom 20.6.2006). Das Landessozialgericht (LSG) hat die Berufung des Klägers zurückgewiesen: Er könne wegen Verstreichens der Ausschlussfrist des § 111 Satz 1 SGB X keine Erstattung verlangen. Der Lauf der Frist sei auf der Grundlage der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) nicht nach § 111 Satz 2 SGB X hinausgeschoben worden. Die Kenntnisnahme von einer "Entscheidung des erstattungsverpflichteten Leistungsträgers über seine Leistungspflicht" ist der Regelung scheidet aus, wenn der Erstattungsverpflichtete - wie hier - eine solche Entscheidung über Leistungen überhaupt nicht mehr treffen könne und dürfe; das sei der Fall, wenn der betroffene Versicherte die Sachleistung bereits erhalten habe, sein Behandlungsanspruch also faktisch und rechtlich erfüllt worden sei (§ 107 SGB X) und es nur noch um Erstattungsansprüche von Leistungsträgern untereinander gehe. Die dann allein zwischen Leistungserbringer bzw Kostenträger und der betroffenen KK erfolgende Klärung der Kostentragung sei nicht zugleich eine Entscheidung über die Leistungspflicht gegenüber dem Versicherten. Eine solche Entscheidung liege hier auch nicht in der rückwirkend durchgeführten Familienversicherung der M. (Urteil vom 15.3.2007).
- 4 Mit seiner Revision rügt der Kläger die Verletzung des § 111 SGB X. Der Lauf der Frist des § 111 Satz 2 SGB X habe erst mit Erlangung der Kenntnis vom Schreiben der Stadt E. vom 15.8.2002 begonnen. Auch wenn kein Anlass mehr bestanden habe, gegenüber M. eine

konkrete Entscheidung über die stationäre Behandlung zu treffen, habe die Beklagte mit der rückwirkenden Einräumung der Familienversicherung dennoch über ihre grundsätzliche Leistungspflicht entschieden. Es widerspreche Sinn und Zweck des § 111 Satz 2 SGB X, einen Erstattungsanspruch auszuschließen, der unmittelbar nach Kenntniserlangung einer solchen rückwirkenden Entscheidung geltend gemacht werde; die materielle Ausgleichsgerechtigkeit habe dann Vorrang vor der Erreichung rascher Rechtssicherheit. Die Urteile des 1. Senats des BSG vom 10.5.2005 (*SozR 4-1300 § 111 Nr 3*) und des 10. Senats vom 10.5.2007 (*B 10 KR 1/05 R = SozR 4-1300 § 111 Nr 4*) seien nicht einschlägig, weil es dort um den Erstattungsanspruch einer KK gegen eine andere gegangen sei, nicht aber denjenigen eines nachrangig verpflichteten Sozialhilfeträgers nach § 104 SGB X, dem ein Datenabgleich verschlossen sei.

- 5 Der Kläger beantragt sinngemäß,
die Urteile des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 15.3.2007 und des Sozialgerichts Köln vom 20.6.2006 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an ihn 22.110,59 Euro zuzüglich 4 % Zinsen seit dem 5.3.2003 zu zahlen.
- 6 Die Beklagte beantragt,
die Revision zurückzuweisen.
- 7 Sie hält das LSG-Urteil für zutreffend und verweist darauf, dass auch der 10. Senat des BSG die Rechtsprechung des 1. Senats bestätigt und bekräftigt habe.

II

- 8 Der Senat konnte im Einverständnis mit den Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entscheiden (§ 124 Abs 2 SGG).
- 9 Die zulässige Revision des klagenden Sozialhilfeträgers hat in der Sache keinen Erfolg.
- 10 Die Vorinstanzen haben zutreffend entschieden, dass er die Erstattung der ihm für die stationäre Krankenhausbehandlung der M. entstandenen Kosten von 22.110,59 Euro nicht beanspruchen kann. Ein Erstattungsanspruch des Klägers gegen die beklagte KK in Höhe des genannten Betrages ist nach § 111 Satz 1 SGB X wegen verspäteter Geltendmachung ausgeschlossen (dazu 1.). Ein Fall, in dem der Lauf der Frist zur Geltendmachung des Erstattungsanspruchs nach § 111 Satz 2 SGB X hinausgeschoben wird, liegt entgegen der Auffassung des Klägers nicht vor (dazu 2.).

- 11 1. Es kann dahinstehen, ob die Beklagte dem Kläger grundsätzlich nach § 104 Abs 1 Satz 1 SGB X - auf den er seinen Erstattungsanspruch ausdrücklich und allein gestützt hat - oder - wie die Beklagte meint - nach § 105 SGB X zur Erstattung von 22.110,59 Euro verpflichtet war. Denn der Erstattungsanspruch gegen die Beklagte ist jedenfalls ausgeschlossen, weil der Kläger ihn nicht rechtzeitig geltend gemacht hat.
- 12 a) Gemäß § 111 Satz 1 SGB X ist der Anspruch auf Erstattung ausgeschlossen, wenn der Erstattungsberechtigte ihn nicht spätestens zwölf Monate nach Ablauf des letzten Tages, für den die Leistung erbracht wurde, geltend macht. Diese Frist hat der Kläger nicht eingehalten. Nach den bindenden Feststellungen des LSG (vgl § 163 SGG) erfolgte die stationäre Behandlung der M. für Zeiträume bis 8.8.2001, während der Kläger den Erstattungsanspruch erst mit Schreiben vom 29.8.2002 (Eingang bei der Beklagten 4.9.2002) eingefordert hat, also nicht innerhalb von zwölf Monaten. Auf den Tag an, "an" dem die Leistung erbracht wurde, kommt es demgegenüber nicht an (*vgl BSGE 65, 27, 30 = SozR 1300 § 111 Nr 4 sowie BSG SozR aaO Nr 6*).
- 13 b) Es bestehen auch keinerlei Anhaltspunkte für das Vorliegen eines Falles, in dem der Fristablauf unbeachtlich ist, weil die Beklagte als erstattungspflichtiger Leistungsträger schwer gegen ihre Pflicht zu enger Zusammenarbeit verstoßen hat. Derartige Umstände hat der 10. Senat des BSG in seinem Urteil vom 10.5.2007 - B 10 KR 1/05 R (*SozR 4-1300 § 111 Nr 4, Leitsatz und RdNr 19 ff, auch zur Veröffentlichung in BSGE vorgesehen*) für möglicherweise erheblich erachtet. Nach dem Vorbringen der Beteiligten und dem Akteninhalt gibt es jedoch im vorliegenden Fall keine Hinweise darauf, dass Träger der Sozialhilfe im Vorfeld bzw im Zusammenhang mit der Leistungserbringung an M. überhaupt Kontakt mit der beklagten KK in Bezug auf den versicherungsrechtlichen Status der M. aufgenommen hatten; ebenso fehlen Anhaltspunkte dafür, dass die Beklagte vor Anmeldung des Erstattungsanspruchs Kenntnis von der Notwendigkeit von Leistungen an M. und Anlass zu Äußerungen zu einer krankensicherungsrechtlichen Leistungspflicht gegenüber dem Kläger hatte.
- 14 2. Entgegen der Ansicht des Klägers war der Lauf der Frist zur Geltendmachung des Erstattungsanspruchs auch nicht gemäß § 111 Satz 2 SGB X auf einen späteren Zeitpunkt als den nach § 111 Satz 1 SGB X maßgeblichen Zeitpunkt der Leistungserbringung hinausgeschoben.
- 15 a) Die Regelung lautet in der hier einschlägigen, ab 1.1.2001 geltenden Fassung des Art 10 Nr 8 des 4. Euro-Einführungsgesetzes vom 21.12.2000 (*BGBI I 1983*): "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 Senats kann bei Erstattungsansprüchen von KKn untereinander eine solche, den Fristenlauf hinausschiebende Kenntnisnahme von der "Ent-

scheidung des erstattungspflichtigen Leistungsträgers über seine Leistungspflicht" in aller Regel nicht vorliegen, wenn der Erstattungsverpflichtete eine materiell-rechtliche Entscheidung über Leistungen, wie sie der Erstattungsberechtigte bereits erbracht hat, überhaupt nicht mehr treffen kann und darf (*BSG, Urteil vom 10.5.2005 - B 1 KR 20/04 R = SozR 4-1300 § 111 Nr 3 LS 1 und RdNr 15 f*). Diese Rechtsprechung, der sich auch der 10. Senat des BSG angeschlossen hat (*Urteil vom 10.5.2007 - B 10 KR 1/05 R, SozR 4-1300 § 111 Nr 4 RdNr 16 f, auch zur Veröffentlichung in BSGE vorgesehen*), wirkt sich zu Lasten des Klägers aus.

16 b) Der Umstand, dass am Erstattungsverhältnis vorliegend auf Klägerseite ein Sozialhilfeträger beteiligt ist, rechtfertigt keine andere Beurteilung. Der 1. Senat hat schon in seinem Urteil vom 10.5.2005 (*aaO*) näher ausgeführt, dass der Erstattungsverpflichtete bei Sachleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, die dem Versicherten bereits zuteilgeworden sind, eine materiell-rechtliche Entscheidung über diese bereits erbrachten Leistungen nicht mehr treffen kann und darf. Weder der Versicherte noch ein anderer betroffener Leistungsträger können dann über die Gewährung von Sachleistungen für einen bereits befriedigten Bedarf - wie hier im Falle der M. - nochmals die materiell-rechtliche Entscheidung einer vermeintlich für die Leistungserbringung endgültig zuständigen und leistungspflichtigen KK herbeiführen. Für die Rechtslage ist es ohne Belang, ob der Leistungsträger, der Erstattung begehrt, ebenfalls eine KK ist oder ein anderer Leistungsträger: Der Senat hat insoweit maßgeblich auf die Sphäre der erstattungspflichtigen KK abgestellt sowie darauf, dass es für einen entsprechenden Antrag des Versicherten von vornherein an der dafür erforderlichen rechtlichen Betroffenheit fehlen würde, weil sein Anspruch gegenüber dem zuständigen Leistungsträger sowohl faktisch als auch rechtlich kraft der Fiktion des § 107 SGB X erfüllt ist; darüber hinaus ist eine sachliche Entscheidung in der gesetzlichen Krankenversicherung auch ausgeschlossen, weil nach ständiger Rechtsprechung kein Anspruch darauf besteht, die krankensicherungsrechtliche Leistungspflicht losgelöst von der tatsächlichen Kostenbelastung des Versicherten abstrakt klären zu lassen (*vgl zB BSGE 86, 66, 75 = SozR 3-2500 § 13 Nr 21 S 97; BSG SozR 3-2500 § 13 Nr 25 S 121; BSG SozR 4-2500 § 39 Nr 4 RdNr 9; BSG SozR 4-1300 § 111 Nr 3 RdNr 15 aE*).

17 aa) Dem Kläger kann auch nicht gefolgt werden, soweit er geltend macht, die Feststellung der Familienversicherung sei eine Entscheidung über die Leistung dem Grunde nach und enthalte auch eine Entscheidung der Beklagten über die Leistungspflicht. Denn selbst eine deklaratorische Entscheidung über das Bestehen von Versicherungspflicht kann nur ausnahmsweise zugleich als Entscheidung über die Leistung dem Grunde nach angesehen werden (*vgl demgegenüber die Fälle des § 130 Abs 1 Satz 1 SGG; vgl auch Böttiger in: Diering/Timme/Waschull, LPK-SGB X, 2004, § 111 RdNr 21, 25*). Wie der 10. Senat des BSG in seinem Urteil vom 10.5.2007 - B 10 KR 1/05 R (*SozR 4-1300 § 111 Nr 4 RdNr 16, auch zur Veröffentlichung in BSGE vorgesehen*) ausgeführt hat, ist dies nur der Fall, wenn sich aus der deklaratorischen Entscheidung über das Bestehen eines Sozialrechtsverhältnisses gerade auch die die Grund-

lage des Erstattungsstreits bildenden Leistungsansprüche für die Vergangenheit mit ableiten lassen; dieses trifft - wie dargelegt - für eine bereits vorgenommene, abgeschlossene Sachleistungsgewährung in der Krankenversicherung regelmäßig nicht zu.

18 bb) Aus der Kritik in der Literatur an der oa Rechtsprechung lässt sich zu Gunsten des Klägers ebenfalls nichts herleiten.

19 Zu dieser Rechtsprechung ist angemerkt worden, dass mit der "Entscheidung des erstattungspflichtigen Trägers über seine Leistungspflicht" iS von § 111 Satz 2 SGB X nicht die Leistungsentscheidung gegenüber dem Versicherten gemeint sein könne; "Entscheidung" könne auch eine Entscheidung des leistungspflichtigen Trägers sein, in der er sich für verpflichtet halte, für die Zeit der Erstattungslage "die Last einer Leistung nach seinem eigenen Leistungsrecht zu tragen, oder auch einfach nur, dass er (letztlich) eintreten werde" (so: *Kater, SGB 2007, 400, 401 f*). Eine solche leistungsrechtliche Entscheidung könnte im vorliegenden Fall auf der Grundlage der Feststellungen des LSG jedoch allenfalls in der Reaktion der Beklagten auf das Erstattungsbegehren des Klägers vom 29.8./4.9.2002 gesehen werden, weil sie damit erstmals mit den auf das Krankenversicherungsrecht gestützten Leistungen für M. befasst wurde. Der 1. Senat des BSG hat indessen bereits die Auffassung verworfen, dass die "Entscheidung" des in Anspruch genommenen Trägers über den behaupteten Erstattungsanspruch zugleich bzw mittelbar eine Entscheidung über seine Leistungspflicht iS von § 111 Satz 2 SGB X sei; denn anderenfalls verlöre die gesetzliche Ausschlussfrist ihren Sinn, weil ein möglicherweise erstattungspflichtiger Leistungsträger regelmäßig erst dann in derartige Erwägungen eintreten könnte, nachdem der Erstattungsanspruch an ihn bereits herangetragen worden ist. § 111 Satz 2 SGB X räumt dem erstattungsberechtigten Leistungsträger aber ab Verlautbarung des Ergebnisses dieser Erwägungen nicht nochmals generell ein Jahr ein, seinen (bereits geltend gemachten) Erstattungsanspruch weiterzuverfolgen. Daran hält der Senat fest. 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; die kurze Frist dient in diesem Sinne der raschen Abwicklung des Erstattungsverfahrens und damit (ähnlich wie zB die Regelungen über die Pauschalierung in § 110 SGB X oder über die eingeschränkte Berufung bei Erstattungsansprüchen in § 144 Abs 1 Satz 1 Nr 2 SGG) der Schaffung schneller Rechtssicherheit anstelle materieller Einzelfallgerechtigkeit; zur Erreichung des Beschleunigungseffekts muss in Kauf genommen werden, dass Erstattungsgläubiger in Fällen, in denen die Ermittlung des Erstattungsanspruchs Schwierigkeiten bereitet, keinen Finanzausgleich erhalten (*vgl schon BSG SozR 3-1300 § 111 Nr 4 S 10 f mwN sowie erneut BSG SozR 4-1300 § 111 Nr 3 RdNr 10; vgl auch von Wulffen in: ders, SGB X, 5. Aufl 2005, § 111 RdNr 2 f*).

20 3. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a SGG iVm § 154 Abs 1 und 2 Verwaltungsgerichtsordnung.