

Anwendbarkeit von § 111 Satz 2 SGB X n F. - Entscheidung des erstattungspflichtigen Leistungsträgers über seine Leistungspflicht hier: Nicht rechtskräftiges Urteil des LSG Nordrhein-Westfalen vom 25. April 2002 - L 16 KR 117/98 - (Revisionsverfahren: - BSG B 1 KR 24/02 R)

Zur Frage, inwieweit § 111 Satz 2 SGB X i. d. F. des 4. Euro-Einführungsgesetzes auf Erstattungsansprüche der UV-Träger gegenüber der KV anzuwenden ist, hat das Bayerische LSG in seinem Urteil vom 04.02.2003 - L 3 U 239/02 - (HVBG-INFO 2000, 2511-2517) die Revision zugelassen. Mit dem in der Begründung der Revisionszulassung angeführten Urteil vom 25.04.2002 hat das LSG Nordrhein-Westfalen - L 16 KR 117/98 - wie folgt entschieden (nachfolgend auszugsweise - beschränkt auf die Ausführungen zur Ausschlussfrist - abgedruckt):

Tatbestand (Auszug)

Der Kläger begehrt von der Beklagten Erstattung von Kosten, die er anlässlich einer stationären Behandlung der Beigeladenen getragen hat. (...) Vom 14.05.1990 bis zum 11.01.1991 und vom 13.04.1991 bis zum 03.05.1991 war sie in stationärer Behandlung in der Klinik für (...). Die Kosten dieser Behandlung übernahm die Beklagte im Rahmen einer über den Vater der Beigeladenen bestehenden Familienversicherung (§ 10 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch -- SGB V --). (...) Am 05.02.1994 wurde sie erneut in der genannten Klinik (...) aufgenommen. An die (...) Behandlung schloß sich eine weitere Behandlung im selben Krankenhaus vom 21.07.1994 bis 28.02.1995 (...) an. Die Kosten dieser beiden stationären Behandlungen trug der Kläger als zuständiger Sozialhilfeträger. Im April 1994 meldete der Kläger bei der Beklagten einen Erstattungsanspruch an, weil die Beigeladene familienversichert sei. Beigefügt war ein Kostenübernahmeantrag des Bertha-Krankenhauses vom 07.02.1994, in dem die voraussichtliche Behandlungsdauer mit 60 Tagen angegeben worden ist. Mit Schreiben vom 03. und 30.05.1994 lehnte die Beklagte eine Kostenerstattung ab, weil die Beigeladene am 05.07.1993 das 25. Lebensjahr vollendet habe (...). Unter dem 19.08.1994 meldete der Kläger erneut einen Erstattungsanspruch ab dem 21.07.1994 -- Aufwendungen monatlich ca. 8.000,-- DM -- an.

Der Kläger hat am 29.08.1996 vor dem Sozialgericht -- SG -- Köln Klage auf Erstattung der Kosten für die stationäre Behandlung der Beigeladenen in der Zeit vom 05.02.1994 bis 18.07.1994 und 21.07.1994 bis 28.02.1995 erhoben, die er auf 138.774,02 DM beziffert hat.

(...)

Mit Urteil vom 30.06.1998 hat das SG die Klage abgewiesen.

(...)

Gegen das ihm am 18.08.1998 zugestellte Urteil hat der Kläger am 27.08.1998 Berufung eingelegt. Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Köln vom 30.06.1998 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, an sie 138.774,12 DM zuzüglich 4 % Zinsen seit dem 01.08.1996 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Entscheidungsgründe (Auszug)

(...)

Das SG hat die Klage zu Unrecht abgewiesen, denn dem Kläger steht der geltend gemachte Erstattungsanspruch zu.

Nach § 104 Abs. 1 Satz 1 SGB X (Sozialverfahren und Sozialdatenschutz) ist, wenn ein nachrangig verpflichteter Leistungsträger Sozialleistungen erbracht hat, ohne dass die Voraussetzungen von § 103 Abs. 1 vorliegen, 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 Satz 2 SGB X ein Leistungsträger, soweit dieser bei rechtzeitiger Erfüllung der Leistungsverpflichtung eines anderen Leistungsträgers selbst nicht zur Leistung verpflichtet gewesen wäre. Diese Voraussetzungen sind erfüllt.

(...)

Der Erstattungsanspruch ist auch nicht gemäss § 111 Satz 1 SGB X ausgeschlossen. Nach dieser Vorschrift ist der Anspruch ausgeschlossen, wenn der Erstattungsberechtigte ihn nicht spätestens zwölf Monate nach Ablauf des letzten Tages, für den die Leistung erbracht wurde, geltend macht. Nach der durch das 4. EURO-Einführungsgesetz vom 21.12.2000 (BGBl. I 1983) geänderten und hier aufgrund der Übergangsregelung des § 120 Abs. 2 SGB X anzuwendenden Fassung des § 111 Satz 2 SGB X beginnt der Lauf der Frist frühestens mit dem Zeitpunkt, zu dem der erstattungsberechtigte Leistungsträger von der Entscheidung des erstattungspflichtigen Leistungsträgers über seine Leistungspflicht Kenntnis erlangt hat. Es kann dahinstehen, inwieweit § 111 Satz 2 SGB X den Fristbeginn auch für den hier vorliegenden und vom Gesetzgeber nach der Begründung der Neuregelung durch das 4. EURO-Einführungsgesetz (vgl. BT-Drucks. 14/4375 S. 60) offensichtlich nicht bedachten Fall einer fehlenden Entscheidung des zuständigen Versicherungsträgers gegenüber dem Versicherten bei formloser Mitteilung an den Erstattungsberechtigten über die Ablehnung dessen Ansprüche hinausschiebt. Ebenso auf sich beruhen kann die Frage, ob die Leistung im Sinne des § 111 Satz 1 SGB X schon mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten, die Kostenzusage gegenüber dem Krankenhaus durch den Erstattungsberechtigten -- hier erstmals erfolgt am 29.03.1994 -- oder erst mit der Bezahlung des Krankenhausrechnungen durch den Erstattungsgläubiger erbracht wurde (zu den unterschiedlichen Auffassungen vgl. BSG SozR 3-1300 § 111 Nr. 7 S. 23; Kater, Kasseler Kommentar, Rdnr. 27 ff. zu § 111 SGB X). Denn auch wenn man hier auf den frühestmöglichen Zeitpunkt der stationären Aufnahme der Beigeladenen im Bertha-Krankenhaus am 05.02.1994 abstellt, ist der Anspruch innerhalb der Jahresfrist des § 111 Satz 1 SGB X angemeldet worden. Der Kläger hat seinen Erstattungsanspruch erstmals durch Schreiben vom 25.04.1994, bei der Beklagten am 28.04.1994 eingegangen, angemeldet. Diese Anmeldung enthielt die Angaben, dass Krankenhilfe in Höhe von monatlich ca. 8.000,-- DM für die Beigeladene seit dem 05.02.1994 übernommen wurde, welche bei der Beklagten über ihren Vater, H. B., geboren ... 1931, familienversichert sei. Beigefügt war ein Kostenübernahmeantrag des Bertha-Krankenhauses unter Nennung der Diagnose einer psychovegetativen Dekompensation bei Angstneurose. Dieser Antrag genügte einer formwirksamen Anmeldung des Erstattungsanspruchs im Sinne des § 111 SGB X. Diese setzt das unbedingte Einfordern der Erstattungsleistung voraus, welches auch mit Wirkung für die Zukunft erfolgen kann (vgl. BSG SozR 1300 § 111 Nr. 3; SozR 3-1300 § 111 Nr. 9 S. 37; Kater a.a.O. Rdnr. 22 zu § 111 SGB X), sowie die hinreichend konkrete Mitteilung der Umstände, die im Einzelfall für die Entstehung des Erstattungsanspruchs maßgeblich sind, sowie den Zeitraum, für den die Sozialleistung erbracht worden ist (BSG SozR 3-1300 § 111 Nr. 9 S. 37). Die Anmeldung der Beklagten im April 1994 enthielt die unmissverständliche Erklärung der Erstattungsforderung, sie nannte die Gründe der Einstandspflicht der Beklagten (Familienversicherung) und sie umschrieb im Wesentlichen die Leistungen, die als nachrangige Sozialleistung durch Übernahme der Krankenhausbehandlungskosten erbracht wurden. Aufgrund dieser Angaben konnte die Beklagte ohne weitere Umstände ihre Einstandspflicht prüfen und war, da ihr auch die allgemeinen Pflegesätze der Krankenhäuser bekannt sein mußten, ohne weiteres in der Lage, sich einen Überblick über die Erstattungsforderung zu verschaffen.

Allerdings enthielt das Anmeldungsschreiben noch keine Angaben über den gesamten Behandlungszeitraum. Jedoch war der Beginn der stationären Behandlung vermerkt und der beigefügte Kostenübernahmeantrag des Bertha-Krankenhauses enthielt die Angabe, dass die Behandlung voraussichtlich 60 Tage dauere. Da keine überspannten Anforderungen an die Anzeige zu stellen sind, für die das Gesetz formelle Besonderheiten nicht vorgesehen hat (vgl. BSG wie vor, S. 38), und die Versicherungsträger ohnehin zur engen Zusammenarbeit verpflichtet sind (§ 86 SGB X), war damit die Geltendmachung des Erstattungsanspruchs jedenfalls für den Zeitraum dieser ersten 60 Tage der Behandlung und damit bis Anfang April (06.04.1994) ordnungsgemäss erfolgt.

Da der Antrag keine ausdrückliche Beschränkung auf diesen Zeitraum enthielt und die Dauer der Behandlung auch zu diesem Zeitpunkt noch nicht angegeben werden konnte, muss es für die fristgerechte Anmeldung des weiteren Anspruchs ausreichend sein, dass der nachfolgende Zeitraum noch innerhalb eines Jahres nach Inanspruchnahme der Krankenhausbehandlung durch die Versicherte der Beklagten entsprechend bekanntgegeben wurde. Dies ist aber innerhalb der Jahresfrist am 15.03.1995 dadurch geschehen, dass der Beklagten der durch den Kläger dem von der Beklagten zur Prüfung der Voraussetzungen der Familienversicherung eingeschalteten MDK im Februar 1995 übersandten Mitteilung bezüglich des Behandlungsverlaufs zugegangen ist. Dieses Schreiben des Klägers enthielt die Angaben, dass die Beigeladene seit dem 05.02.1994 mit Ausnahme einer kurzfristigen Unterbrechung in stationärer Behandlung sei und diese auch noch andauere, so dass der Beklagten auch für die Folgezeit ab dem

07.04.1994 hinreichend konkret vor Augen geführt worden ist, für welche weiteren Zeiten der stationären Behandlung der Kläger Erstattung begehrte, zumal im Juli 1994 die erneute Anmeldung der Erstattungsforderung zugegangen war.

(...)

Der Senat hat wegen der grundsätzlichen Bedeutung des Rechtsstreits die Revision zugelassen (§ 160 Abs. 2 SGG).