

L 8 KR 201/07

Land

Hessen

Sozialgericht

Hessisches LSG

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

8

1. Instanz

SG Frankfurt (HES)

Aktenzeichen

S 8 U 3362/99

Datum

22.07.2004

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

L 8 KR 201/07

Datum

25.06.2009

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 22. Juli 2004 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

Die Klägerin hat die Kosten des Berufungsverfahrens mit Ausnahme der außergerichtlichen Kosten des Beigeladenen zu tragen.

Der Streitwert wird auf 11.309,74 EUR festgesetzt.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist ein Anspruch der Klägerin gegen die Beklagte auf Erstattung der Kosten der Behandlung einer Meniskuserkrankung des beigeladenen Versicherten vom 05.02.1997 bis zum 30.06.1999 streitig.

Der Beigeladene, geboren im Jahr 1938, war vom 01.09.1953 – 13.01.1997 als Dachdecker versicherungspflichtig tätig. Er ist bei der Klägerin kranken- und bei der Beklagten unfallversichert.

Seit 1995 klagte der Beigeladene über rezidivierende, belastungsabhängige Schmerzen im rechten Knie. Ab dem 14.01.1997 war der Beigeladene arbeitsunfähig erkrankt. Die Klägerin zahlte dem Beigeladenen ab 05.02.1997 Krankengeld. Eine am 27.02.1997 durchgeführte Arthroskopie ergab eine mediale Gonarthrose des rechten Kniegelenks, eine Hinterhornläsion des medialen Meniskus sowie eine laterale Meniskusläsion. Zu Lasten der Klägerin wurden stationäre Behandlungen und ambulante Behandlungen des Versicherten durchgeführt. Der Beigeladene wurde im Jahr 1998 verrentet.

Die Klägerin zeigte mit Schreiben vom 05.02.1998, eingegangen bei der Beklagten am 11.02.1998 das Vorliegen einer Berufskrankheit (BK) an und machte einen Erstattungsanspruch geltend. Dazu legte sie ein Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung in Hessen (MDK) vom 09.07.1997 vor. Dieser empfahl eine medizinische Reha im Hinblick auf die Erkrankung des Beigeladenen am rechten Kniegelenk und das Schulterarmsyndrom sowie eine Begutachtung wegen einer Verrentung des Beigeladenen.

Die Beklagte zog eine Stellungnahme des Beigeladenen zu seiner Tätigkeit als Dachdecker und Unterlagen des MDK bei. Sie teilte der Klägerin mit Schreiben vom 02.03.1998 die Prüfung einer Berufskrankheit mit und bat um Vorlage ihrer Unterlagen zu Vorerkrankungen des Beigeladenen. Die Beklagte veranlasste eine Stellungnahme des Technischen Aufsichtsdienstes (TAD) vom 27.04.1998. Der TAD stellte in dieser fest, nach der Arbeitsanamnese sei eine mehrjährige überdurchschnittliche Kniegelenksbelastung und damit eine BK nach Nr. 2102 der Anlage 1 der Berufskrankheitenverordnung (BKV, Meniskusschäden nach mehrjährigen andauernden oder häufig wiederkehrenden, die Kniegelenke überdurchschnittlich belastende Tätigkeiten) nicht wahrscheinlich.

Die Beklagte legte den Vorgang dem Landesgewerbearzt mit dem Hinweis vor, sie beabsichtige auf der Grundlage der Stellungnahme des TAD den Antrag auf Anerkennung einer BK nach Nr. 2102 der Anlage 1 BKV abzulehnen.

Der Landesgewerbearzt wies in seiner Stellungnahme vom 27.05.1998 darauf hin, dass nach dem Merkblatt des Bundesministeriums für Arbeit der Beruf des Dachdeckers zu den gefährdeten Tätigkeiten der BK nach Nr. 2102 Anlage 1 BKV zähle. Dies stehe im Widerspruch zu den Angaben des TAD. Auch nach einer Arbeitsmedizinischen Studie zähle der Beruf des Dachdeckers zu den Tätigkeiten, die mit einer

Meniskusbelastung einhergehe. Der Landesgewerbearzt empfahl eine weitere Abklärung der Meniskuserkrankung des Beigeladenen und bat um Vorlage des Operationsberichtes einer am 27.02.1997 erfolgten Außen- und Innenmeniskusteilresektion und des histologischen Befundes.

Die Beklagte lehnte ohne weitere Ermittlungen mit Bescheid vom 03.07.1998 gegenüber dem Beigeladenen die Anerkennung des Knieleidens als BK nach [§ 9 Abs. 1](#) Sozialgesetzbuch Siebtes Buch (SGB VII) in Verbindung mit der BKV und die Zahlung einer Entschädigung ab. Dazu führte die Beklagte aus, eine überdurchschnittliche Belastung des Meniskus sei biomechanisch gebunden an eine Dauerzwangshaltung, insbesondere bei Belastung durch Hocken oder Knien bei gleichzeitiger Kraftaufwendung oder bei Tätigkeiten unter besonders beengten Raumverhältnissen. Diese Dauerbelastung müsse während eines wesentlichen Teiles der täglichen Arbeitszeit und mindestens über einen Zeitraum von 2 Jahren oder mehr belegt sein. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts sei nicht ausreichend, dass nur hin und wieder in einer solchen Zwangshaltung gearbeitet worden sei. Die vom Versicherten ausgeübte Tätigkeit als Dachdecker sei nicht mit einer überdurchschnittlichen Meniskusbelastung verbunden.

Dieser Bescheid wurde bestandskräftig.

Die Beklagte teilte der Klägerin mit Schreiben vom 06.07.1998 das Ergebnis ihrer Prüfung mit.

Daraufhin zeigte die Klägerin mit Schreiben vom 20.07.1998 bei der Beklagten erneut eine BK an und machte einen Erstattungsanspruch in Höhe von 47.286,25 DM (24.177,07 EUR) geltend und legte eine Stellungnahme des MDK (Dr. GE.) vom 13.11.1998 vor. Dieser kam zu dem Ergebnis, der TAD habe bei seiner Stellungnahme den Zeitraum nicht berücksichtigt, in dem der Beigeladene eine Tätigkeit als Dachdecker ausgeübt habe. Er habe die Mindestexpositionszeit von 2 Jahren sowie die Regelexpositionszeit von 10 Jahren aufgrund seiner 44-jährigen Tätigkeit als Dachdecker erfüllt. Zwar lägen keine histologischen Befunde zur Abgrenzung eines chronischen Meniskusschadens gegenüber einem traumatischen Ereignisses vor. Der zeitliche Verlauf der Erkrankung des Versicherten lasse jedoch den Schluss auf einen chronischen Meniskusschaden zu. Auch seien konkurrierende Ursachen wie eine frühere Kniegelenksverletzung, die Ausübung eines das Kniegelenk belastenden Sports oder eine anlagebedingte Ursache nicht angegeben worden. Es sei somit davon auszugehen, dass eine BK nach Nr. 2102 der Anlage 1 zur BKV vorliege.

Die Beklagte teilte der Klägerin mit Schreiben vom 16.02.1999 mit, sie bleibe bei ihrer ablehnenden Auffassung.

Die Klägerin hat am 24.08.1999 Klage vor dem Sozialgericht Frankfurt am Main erhoben und gegen die Beklagte einen Anspruch auf Erstattung nach [§ 105 SGB X](#) zunächst in Höhe von insgesamt 43.281,72 DM (22.129,59 EUR) geltend gemacht.

Das Sozialgericht hat den Beigeladenen im Erörterungstermin vom 22.05.2001 persönlich zu seiner Tätigkeit als Dachdecker angehört. Der Beigeladene hat ausgeführt, er habe etwa zu 70 % auf Schrägdächern und zu 30 % auf Flachdächern gearbeitet. Des weiteren hat das Sozialgericht einen Operationsbericht bei dem behandelnden Orthopäden Dr. BT. vom 02.07.1998 und den histologischen Bericht vom 03.07.1998 beigezogen sowie ein fachorthopädisches Gutachten von Amts wegen bei Dr. FN. vom 07.04.2003 eingeholt. Dr. FN. kommt in seinem Gutachten zu dem Ergebnis, bei dem Beigeladenen liege ein fortgeschrittener Meniskusschaden am rechten Knie vor. Die Anamnese und die radiologischen Befunde sprächen für einen beginnenden degenerativen Schaden am linken Kniegelenk des Beigeladenen. Sowohl die individuell anamnestischen Kriterien als auch die überdurchschnittlich belastende Tätigkeit lägen vor, so dass mit Wahrscheinlichkeit die berufliche Belastung für den Meniskusschaden des Beigeladenen am rechten Knie ursächlich gewesen sei. Zwar habe die das Knie belastende Tätigkeit lediglich 15 bis 20 % der täglichen Arbeitsbelastung umfasst. Zu berücksichtigen sei jedoch, dass der Beigeladene seine Tätigkeit als Dachdecker mehr als 40 Jahre ausgeübt habe. In der Zeit von 1996 bis 1997 habe eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von 20 % vorgelegen, nunmehr betrage diese 30 %.

Gestützt auf dieses Gutachten hat die Klägerin den geltend gemachten Erstattungsanspruch weiter aufrechterhalten, jedoch im Hinblick auf [§ 111](#) Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) auf 11.309,74 EUR reduziert.

Die Beklagte hat die Auffassung vertreten, die Rechtskraft des Bescheides vom 03.07.1998 bewirke nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, dass sie zur Erstattung der von der Klägerin getragenen Behandlungskosten nur verpflichtet sei, wenn ihre Entscheidung offensichtlich fehlerhaft gewesen sei. Dies sei nicht der Fall. Die arbeitstechnischen Voraussetzungen lägen nach der Stellungnahme des TAD nicht vor. Da das Sozialgericht zudem ein Gutachten in Auftrag gegeben habe, stehe dies der Annahme einer offensichtlichen Fehlerhaftigkeit ihrer Entscheidung entgegen.

Das Sozialgericht hat mit Urteil vom 22.07.2004 die Beklagte zur Zahlung von 11.309,74 EUR an die Klägerin verurteilt. Das Sozialgericht hat zur Begründung ausgeführt, die Klägerin besitze gegen die Beklagte aus [§ 105 SGB X](#) den geltend gemachten Erstattungsanspruch. Die Beklagte sei als Sozialleistungsträger für die Erbringung der von der Klägerin gewährten Sozialleistungen im Zusammenhang mit der Knieerkrankung des Beigeladenen zuständig, da es sich hierbei um eine Berufskrankheit handle. Der Umfang des Erstattungsanspruchs richte sich gemäß [§ 105 Abs. 2 SGB X](#) nach den für den zuständigen Leistungsträger geltenden Rechtsvorschriften. Auch hindere die Regelung des [§ 102 SGB X](#) die Klägerin nicht an der Geltendmachung eines Erstattungsanspruchs. Danach könnte ein Erstattungsanspruch nicht geltend gemacht werden, wenn der Leistungsträger nach den gesetzlichen Regelungen eine vorläufige Sozialleistung erbracht habe. Eine Vorleistung in diesem Sinne setze voraus, dass in Kenntnis einer Vorleistung geleistet worden sei. Die Regelung des [§ 102 SGB X](#) greife jedoch nicht ein, wenn – wie vorliegend – der Leistungsträger vermeintlich in originärer Zuständigkeit geleistet habe. Die Beklagte sei zur Leistungserbringung zuständig gewesen, da die Behandlungskosten Folge eines Versicherungsfalles der gesetzlichen Unfallversicherung, hier einer Berufskrankheit nach [§ 11 Abs. 4 SGB V](#) gewesen sei. Der Auffassung der Beklagten, der bindend gewordene Bescheid vom 03.07.1998 sei auch rechtsverbindlich im Verhältnis zur Klägerin, könne nicht zugestimmt werden. So habe das Bundessozialgericht (Urteil vom 30. April 1991, Az.: [2 RU 78/90](#)) für den Bereich der Unfallversicherung entschieden, dass der Entschädigungsanspruch eines Versicherten gegen den Träger der Unfallversicherung und der Erstattungsanspruch einer gesetzlichen Krankenversicherung gegen den Unfallversicherungsträger zwei verschiedene Sachverhalte darstellten. Dies gelte selbst unter dem Gesichtspunkt, dass beiden Rechtsverhältnissen ein und derselbe Unfall zugrunde liege. Die ablehnende Entscheidung des Unfallversicherungsträgers gegenüber dem Versicherten sei für den Erstattungsanspruch einer gesetzlichen Krankenversicherung nicht bindend nach [§ 77](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG). Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung und der Arbeitslosenversicherung, die eine

Bindungswirkung eines ablehnenden Bescheides angenommen habe, könne auf das Aufgabengebiet des gesetzlichen Unfallversicherungsträgers nicht übertragen werden. Diese Entscheidung sei zwar noch auf der Grundlage des § 1504 Abs. 1 Rentenversicherungsordnung (RVO) ergangen. Das Bundessozialgericht habe für den Bereich der Unfallversicherung seine Auffassung nicht geändert. Weiter hat das Sozialgericht ausgeführt, Berufskrankheit sei eine Krankheit, welche die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates als Berufskrankheit bezeichne und an der ein Versicherter in Folge einer den Versicherungsschutz begründenden Tätigkeit leide. Die Bundesregierung sei ermächtigt, in der Rechtsverordnung solche Krankheiten als Berufskrankheit zu bezeichnen, die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft durch besondere Einwirkungen verursacht seien, denen bestimmte Personengruppen durch ihre versicherte Tätigkeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt seien ([§ 9 Abs. 1 SGB VII](#)). Gemäß Nr. 2102 der Anlage 1 zur BKV gehören zu den BKen auch Meniskusschäden nach mehrjährigen andauernden oder häufig wiederkehrenden, die Kniegelenke überdurchschnittlich belastenden Tätigkeiten. Vorliegend seien die haftungsbegründenden und die haftungsausfüllenden Voraussetzungen erfüllt. Nach dem Merkblatt über die ärztliche Untersuchung im Bezug auf Nr. 2102 der Anlage 1 zur BKV in der Bekanntmachung des BMA vom 11.10.1989 sei eine überdurchschnittliche Belastung der Kniegelenke im Sinne der genannten BK biomechanisch gebunden an eine Dauerzwangshaltung, insbesondere bei Belastungen durch Hocken oder Knien bei gleichzeitiger Kraftaufwendung oder häufig wiederkehrenden erheblichen Bewegungseinschränkungen, insbesondere Laufen oder Springen mit häufigen Knick-, Scher- oder Drehbewegungen auf grob unebener Unterlage. Diese Voraussetzungen seien vorliegend erfüllt. Der Beigeladene habe seit 1953 eine Tätigkeit als Dachdecker ausgeübt. Nach den Ausführungen des Beigeladenen im Erörterungstermin am 22.05.2001 habe er zu 70 % Arbeiten auf Schrägdächern und zu 30 % auf Flachdächern ausgeübt. Soweit der TAD der Beklagten von einer das Knie belastender Tätigkeit von lediglich 20 bis 30 % ausgehe, so widerspreche dies zum einem der herrschenden Anschauung. Danach erfülle gerade die Tätigkeit eines Dachdeckers die arbeitstechnischen Voraussetzungen für die Entstehung der BK nach Nr. 2102 der Anlage 1 zur BKV. Dem stehe nicht entgegen, dass das Merkblatt die Tätigkeit eines Dachdeckers nicht ausdrücklich nenne. Die dort aufgeführten Tätigkeiten seien nur beispielhaft aufgezählt wie die Abkürzung "z. B." zeige (Hinweis auf die Rechtsprechung des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 19.06.1996, Az.: [L 17 U 79/95](#)). Zum anderen habe der Sachverständige Dr. FN. in seinem fachorthopädischen Gutachten vom 07.04.2003 das Vorliegen einer ausreichenden den Meniskus belastenden Tätigkeit des Beigeladenen in Kenntnis der vom TAD vorgelegten Bildermappe und den typischen Arbeiten eines Dachdeckers bejaht. Diese überdurchschnittlich belastende Tätigkeit sei auch mehrjährig gewesen. Der Beigeladene habe die Tätigkeit über 40 Jahre ausgeübt. Nach dem Gutachten von Dr. FN. sei auch erwiesen, dass mit Wahrscheinlichkeit die Schädigung des rechten Kniegelenks auf die berufliche Tätigkeit des Klägers zurückzuführen sei. Die Beklagte habe der Klägerin die ab 22.07.1997 angefallene Kosten in Höhe von 11.309,74 EUR zu erstatten. Aufgrund der einvernehmlichen Erklärung der Klägerin und der Beklagten sei von einem Zugang des Anmeldeschreibens vom 20.07.1998 am 22.07.1998 bei der Beklagten auszugehen. Die Höhe des geltend gemachten Erstattungsanspruchs sei unstreitig.

Gegen das am 13.08.2004 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 17.08.2004 Berufung eingelegt.

Sie vertritt die Auffassung, beim Beigeladenen liege eine BK nach Nr. 2102 der Anlage 1 zur BKV liege nicht vor. Dazu legt sie eine Stellungnahme von Prof. Dr. AR. vom 21.08.2005 und vom 29.01.2006 vor. Danach sprächen mehr Gründe gegen als für einen Zusammenhang zwischen dem Meniskusschaden und der beruflichen Tätigkeit des Beigeladenen. Im Übrigen ist sie weiterhin der Überzeugung, der bestandskräftige Bescheid vom 3. Juli 1998 stehe dem geltend gemachten Erstattungsanspruch der Klägerin entgegen. Die frühere Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu § 1504 RVO könne nicht mehr herangezogen werden.

Die Beklagte beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt vom 22. Juli 2004 aufzuheben und die Klage abzuweisen,
hilfsweise,
die Revision zuzulassen.

Die Klägerin beantragt,
die Berufung zurückzuweisen,
hilfsweise,
die Revision zuzulassen.

Die Klägerin vertritt dem gegenüber die Auffassung, das Sozialgericht habe zutreffend entschieden. Sie verweist auf die Stellungnahme des MDK (Dr. PM.) vom 27.10. 2005 und vom 02.11.2006.

Der Beigeladene beantragt,
die Berufung der Beklagten zurückzuweisen und ihnen als Bevollmächtigten die außergerichtlichen Kosten für die Vertretung des Beigeladenen zu erstatten.

Der Senat hat die Verwaltungsakte der Beklagten beigezogen. Wegen der Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakte und die beigezogene Akte ergänzend verwiesen, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist zulässig und begründet.

Der Rechtsweg zu den Sozialgerichten ist für den geltend gemachten Erstattungsanspruch eröffnet. Dieser richtet sich gemäß [§ 114 SGB X](#) im Grundsatz nach der Rechtswegzuständigkeit des zugrundeliegenden Sozialleistungsanspruchs gegen den erstattungspflichtigen Leistungsträger.

Auch wurde der Erstattungsanspruch zutreffend durch reine Leistungsklage ([§ 54 Abs. 5 SGG](#)) geltend gemacht.

Auf die im Übrigen form- und fristgerecht erhobene und damit zulässige Berufung war das Urteil des Sozialgerichts aufzuheben, da der Klägerin die eingeklagte Erstattungsforderung nicht zusteht.

Anspruchsgrundlage für den geltend gemachten Erstattungsanspruch der Klägerin ist [§ 105 SGB X](#). Diese Norm begründet einen Erstattungsanspruch des unzuständigen Leistungsträgers, der ohne Kenntnis von der kongruenten Verpflichtung des zuständigen Trägers in der irrigen Annahme seiner Leistungskompetenz und in der Absicht endgültig (und nicht vorläufig, vgl. [§ 102 SGB X](#)) zu leisten, Sozialleistungen erbracht hat. Die Regelung bezweckt durch einen nachträglichen Ausgleich zwischen den Leistungsträgern im Interesse der Vermeidung von Leistungskumulationen den Zustand herzustellen, wie er bei einer von Anfang an der gesetzlichen Zuständigkeit entsprechenden Leistungserbringung bestanden hätte. Der Anspruch richtet sich gegen den Leistungsträger, der für die Sozialleistung sachlich-rechtlich zuständig ist. Dies ist der Träger, der hinsichtlich der begehrten Leistung nach materiellem und formellen Recht richtigerweise von dem Leistungsberechtigten, hier dem Versicherten, auf Leistung in Anspruch nehmen ist. Für die Erstattung nach [§ 105 SGB X](#) ist somit charakteristisch, dass die erbrachten Sozialleistungen – im Gegensatz zu den von den [§§ 102 bis 104 SGB X](#) erfassten Fällen – nicht rechtmäßig, sondern wegen Unzuständigkeit des Leistungsträgers aufgrund einer rechtswidrigen Bewilligungsentscheidung des Leistungsträgers erbracht worden sind. Unzuständigkeit bedeutet in diesem Zusammenhang, dass für den Leistungsträger, der Erstattung fordert, von Anfang an weder eine eigene Leistungspflicht noch eine Leistungspflicht im Auftrag eines anderen vorgelegen haben darf; maßgebend ist demnach die rechtliche Sachbefugnis im Sinne der Passivlegitimation im Verhältnis zu dem Leistungsempfänger, hier dem Versicherten, der unter anderem von der Klägerin Krankenhausbehandlung und Versorgung mit Medikamenten erlangt hatte. Dagegen muss ein einziger (anderer) Leistungsträger zuständig und dem Leistungsempfänger gegenüber zur Leistungserbringung verpflichtet sein.

Hier steht im Raum, ob für die von der Klägerin erbrachte Leistungen die Beklagte sachlich zuständig gewesen wäre, wobei sich aus der sachlichen Zuständigkeit ergibt, welcher Sozialleistungsbereich und damit welche Art von Leistungsträger zuständig ist. Einer der Hauptanwendungsfälle des [§ 105 SGB X](#) ist der Fall der Erbringung von Leistungen aus der Gesetzlichen Krankenversicherung, wenn die zur Leistungspflicht führende Erkrankung erst später als Berufskrankheit ([§ 9 SGB XII](#)) anerkannt wird und damit zur grundsätzlich ausschließenden Leistungszuständigkeit der Gesetzlichen Unfallversicherung führt. Nach [§ 11 Abs. 4 Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung \(SGB V\)](#) in der hier maßgeblichen und bis zum 31.03.2007 geltenden Fassung (durch Art. 1 Nr. 7 GKV-WSG vom 26.03.2007, [BGBl. I, 378](#) ist der bisherige Abs. 4 dieser Norm zu Abs. 5 geworden) besteht aus der Gesetzlichen Krankenversicherung kein Anspruch auf Leistungen, wenn sie als Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der Gesetzlichen Unfallversicherung zu erbringen sind. Diese Vorschrift schließt somit bei Berufskrankheiten einen Anspruch aus der Gesetzlichen Krankenversicherung zugunsten der Zuständigkeit des Unfallversicherungsträgers aus, das heißt, wenn der gesundheitliche Schaden durch einen unfallversicherungsrechtlichen Tatbestand verursacht worden ist.

Nach [§ 105 Abs. 2 SGB X](#) sind für den Umfang des Erstattungsanspruches die für den zuständigen – erstattungspflichtigen – Leistungsträger im Zeitpunkt der Entstehung der Kosten geltenden Vorschriften maßgeblich. Das bedeutet, dass zu erstatten ist, was der zuständige Leistungsträger nach den von ihm anzuwendenden Vorschriften zu leisten gehabt hätte.

Den Erstattungsansprüchen des Zweiten Abschnittes des Dritten Kapitels des SGB X ist gemeinsam, dass sie Ausgleichslagen im Mehr-Personen-Verhältnis unter Beteiligung von (wenigstens) zwei Leistungsträgern und dem Leistungsberechtigten regeln. An die Stelle der Leistungsverpflichtung gegenüber dem Bürger, die aufgrund von [§ 107 SGB X](#) erlischt, tritt eine neue und eigenständige Verpflichtung des letztverantwortlichen Leistungsträgers zum Ausgleich gegenüber dem erstattungsberechtigten Leistungsträger. Dabei soll allerdings der erstattungspflichtige Träger nicht mehr erstatten müssen, als er selbst nach dem für ihn maßgebendem Recht zu leisten gehabt hätte. Bei der Abwicklung des Ausgleichsverhältnisses haben die Leistungsträger die Rechtspflicht, wegen der Interdependenzen zwischen den Sozialleistungen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben eng zusammenzuarbeiten und bei widerstreitenden Interessen die Belange des anderen Leistungsträgers angemessen zu berücksichtigen (vgl. Bundessozialgericht, SozR 1300, [§ 103 Nr. 2 und 3](#); Bundessozialgericht, SozR 3-1300, [§ 111 Nr. 9](#)). Dies folgt allgemein aus [§ 86 SGB X](#) (so Bundessozialgericht, SozR 3-2600, [§ 99 Nr. 2](#); Bundessozialgericht, SozR 4100, [§ 105b Nr. 6](#)). Vor dem Hintergrund des Kooperationsgebotes stellt sich somit die Grundfrage, ob und inwieweit ein Leistungsträger Entscheidungen eines anderen Leistungsträgers, die dieser im Sozialrechtsverhältnis zum Bürger getroffen hat, hinnehmen muss (vgl. hierzu Klattenhoff, in: Hauck/Noftz, Vorbemerkungen zu [§§ 102 bis 114](#), Rdnr. 13, Loseblattausgabe Stand 2/05) bzw. inwieweit er Einwendungen aus dem Sozialleistungsverhältnis zu dem Versicherten geltend machen kann. Sie kann nur beantwortet werden unter Einbeziehung der Grundsätze und Normen zur Tatbestandswirkung bestandskräftiger Verwaltungsakte, zu den eigenständigen Verfahrensrechten systemsubidiärer Leistungsträger sowie des Sachverhalts der Zuweisung jeweils eigenständiger Aufgaben an die Versicherungsträger in dem gegliederten System der sozialen Sicherung. Es bedarf einer rechtsdogmatischen Harmonisierung der aus diesen Prinzipien folgenden unterschiedlichen Interessenlagen unter Einbeziehung pragmatischer Gesichtspunkte zur Handhabbarkeit der Erstattungsbeziehungen und Beschränkung von Erstattungsstreitigkeiten auf ein angemessenes Maß.

Gegen eine Einbeziehung der gegenüber dem Versicherten ergangenen Entscheidung über dessen Leistungsanspruch in das Erstattungsverfahren spricht zunächst, dass durch die Regelungen der [§§ 102 bis 114 SGB X](#) – anders als beim Forderungsübergang – eigenständige, originäre Ansprüche auf Erstattung begründet werden (BSG, SozR 3 5670, [§ 3 Nr. 4](#); [BVerwGE 89, 39, 46](#)). Ein Leistungsträger ist nicht befugt, an der Entscheidung eines anderen Leistungsträgers mitzuwirken oder dessen Leistungsbescheid anzufechten, es sei denn, es besteht hierfür eine ausdrückliche gesetzliche Ermächtigung, wie etwa in [§ 51 Abs. 1](#) und 2 SGB V. Daraus wurde früher abgeleitet, der Leistungsbescheid des einen Leistungsträgers entfalte keine Bindungswirkung gegenüber dem anderen nach [§§ 39, 77 SGG](#) und habe keine Tatbestandswirkung in dem Sinn, dass sein Inhalt vom anderen Träger als gegeben hinzunehmen wäre (Kater in Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, Band 2, [§ 103 SGB X](#), Rn. 45, 54). Die frühere Rechtsprechung des BSG zu [§ 1531 RVO](#) und anfänglich auch zu den [§§ 102 bis 105 SGB X](#) ist deshalb davon ausgegangen, dass verwaltungsverfahrenrechtliche Einwendungen aus dem Sozialleistungsverhältnis, insbesondere die im Sinne des [§ 77 SGG](#) bindende Versagung der Leistung, dem Erstattungsbegehren nicht entgegengesetzt werden könne (vgl. Kater in Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, Band 2, [§ 103 SGB X](#), Rn. 55 m. w. N.). Sie ist aber zu Recht nicht konsequent fortgeführt worden, wenn auch das Bundessozialgericht vereinzelt weiterhin hierauf zurückgreift (so BSG, Urteil vom 28. September 1999, [B 2 U 36/98 R](#), SozR 3 – 5670 [§ 3 Nr. 4](#) unter Hinweis auf Urteil vom 30. April 1991, [2 RU 78/90](#)).

Die Eigenständigkeit des Erstattungsanspruches hebt nämlich die inhaltliche Abhängigkeit und untrennbare Verknüpfung vom und mit dem Anspruch des (vermeintlich) Leistungsberechtigten nicht auf (vgl. BSG, SozR 1300, [§ 104 Nr. 7](#); [BVerwGE 60, 236](#)). In der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (vgl. Urteil vom 13. September 1984, Az.: [4 RJ 37/83](#), [BSGE 57, 146](#); Urteil vom 22. Mai 1985, [1 RA 33/84](#), [BSGE 58, 119](#); s. aber auch noch Urteil vom 27. August 1987, Az.: [2 RU 49/86](#), [BSGE 62, 118](#); vgl. Kater in Kasseler Kommentar, Sozialversicherungsrecht, [§ 103 SGB X](#) Rdnr. 44 ff. und [§ 104 SGB X](#) Rdnr. 38) und des Bundesfinanzhofs (Urteil vom 14.05.2002, Az.: [VIII R 88/01](#)) ist dieser Gesichtspunkt zunehmend in den Vordergrund gegenüber der formalen Eigenständigkeit der Erstattungsansprüche nach

den 105 SGB X gerückt worden. Deshalb führe die (formale) Selbständigkeit der Erstattungsansprüche nicht dazu, dass der Leistungsbescheid des vorrangig leistungspflichtigen Trägers für die Erstattung unbeachtlich wäre; vielmehr bestehe eine wechselseitige Abhängigkeit und Verknüpfung hinsichtlich Grund und Höhe mit der Folge, dass der auf Erstattung in Anspruch genommene Leistungsträger grundsätzlich diejenigen Einwendungen, die ihm gegenüber dem Leistungsberechtigten zustünden, auch gegenüber dem Erstattungsanspruch erheben könne (Kater in Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, Band 2, § 103 SGB X, Rn. 46; BSG, Urteil vom 06.02.1992 – Az.: [12 RK 15/90](#) – juris; BSG, Urteil vom 01.09.1999 – Az.: [B 13 RJ 49/98 R](#) – juris; BSG, Urteil vom 23.06.1993 – Az.: [9/9a RV 35/91](#) – juris). Darf der auf Erstattung in Anspruch genommene Leistungsträger diejenigen Einwendungen, die ihm gegen den Sozialleistungsanspruch zustehen, auch gegen den Erstattungsanspruch erheben, so ist es nur folgerichtig, dies auch hinsichtlich des Einwandes anzunehmen, dass über den Sozialleistungsanspruch des (vermeintlich) Berechtigten bereits rechtskräftig ablehnend entschieden ist. Die Einwendung beruht dabei nicht auf der Rechtskraft des im Verfahren des Leistungsberechtigten ergangenen Urteils; das Geltendmachen der Einwendung hat vielmehr zur Folge, dass aus sachlichrechtlichen Gründen kein Erstattungsanspruch gegeben ist. Wie auf die rechtskräftige Entscheidung kann sich der Träger auf die bindende Entscheidung (§ 39, § 77 SGG) einschließlich ihrer Tatbestandswirkung berufen (Kater in Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, Band 2, § 103 SGB X, Rn. 56 m. w. N. zur Rechtsprechung des BSG). Die Bindungswirkung gilt insbesondere auch für den Rückerstattungsstreit (vgl. BSG, Urteil vom 23.06.1993 – Az.: [9/9a RV 35/91](#) – juris). Nach der aktuellen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts kann somit der auf Erstattung in Anspruch genommene Leistungsträger nicht nur einwenden, über den Sozialleistungsanspruch sei bereits rechtskräftig ablehnend entschieden worden ([BSGE 58, 119](#)), sondern auch geltend machen, eine beantragte Leistung sei bestandskräftig abgelehnt worden (Bundessozialgericht, Urteil vom 12. Mai 1999, Az.: [B 7 AL 74/98 R](#), [BSGE 84, 80](#)) oder es sei entschieden worden, dass diese erst ab einem bestimmten Zeitpunkt zu gewähren sei (Bundessozialgericht, Urteil vom 1. September 1999, Az.: [B 13 RJ 49/98 R](#), SozR 3-1300 [§ 86 SGB X](#) Nr. 3).

Damit ist aber noch nicht geklärt, ob dies auch dann gilt, wenn der die Leistung bewilligende oder versagende Bescheid fehlerhaft ist bzw. in welchem Umfang eine Überprüfung eines Verwaltungsaktes auf eine eventuelle von dem Erstattungsberechtigten geltend gemachte Fehlerhaftigkeit geboten ist. Hierfür ist von folgenden Gesichtspunkten auszugehen:

Liegt bereits im Sozialleistungsverhältnis eine Entscheidung des Leistungsträgers vor, soll über Grund und Höhe der Leistung zum Zwecke der Erstattung nicht noch einmal entschieden werden (BSG, SozR 3-2600, § 99 Nr. 2; BSG, SozR 3-1300, § 112 Nr. 2). Die Entscheidung des letztverantwortlichen Leistungsträgers hat der nachrangige oder unzuständige Leistungsträger unterhalb der Schwelle der Nichtigkeit dieser Entscheidung im Interesse der Funktionsfähigkeit des gegliederten Systems sozialer Sicherheit grundsätzlich hinzunehmen (BSG, SozR 3-1200, § 48 Nr. 1; BSG, SozR 3-2200, § 310 Nr. 1; BSG, SozR 1300, § 103 Nr. 2 und 3; BSG, SozR 1300, § 104 Nr. 7; BSG, SozR 3 2200, § 183 Nr. 6; BSG, SozR 3-1300, § 104 Nr. 15). Dies bedeutet, dass sich der auf Erstattung in Anspruch genommene Leistungsträger in der Regel auf die bindende Entscheidung einschließlich ihrer Tatbestandswirkung berufen kann, und zwar grundsätzlich auch dann, wenn der die Leistung bewilligende oder ablehnende Verwaltungsakt fehlerhaft ist. Allerdings ist es dem in Anspruch genommenen Leistungsträger aufgrund der Pflicht zur engen Zusammenarbeit nach [§ 86 SGB X](#) dann versagt, auf der getroffenen Entscheidung zu beharren, wenn sich diese als offensichtlich fehlerhaft erweist und sich dies zum Nachteil des anderen Leistungsträgers auswirkt. Hierbei ist zu prüfen, ob die getroffene Entscheidung objektiv unter Berücksichtigung der verfügbaren Entscheidungsgrundlagen dem materiellen Recht deutlich widerspricht (vgl. BSG, SozR 3-1300, § 86 Nr. 3; BSG, SozR 1300, § 103 Nr. 2 und 3; BSG, SozR 3-1300, § 103 Nr. 4). Liegen diese Voraussetzungen vor, so hat der erstattungspflichtige Leistungsträger die Fehlentscheidung im Erstattungsstreit zu korrigieren bzw. kann sie der Erstattungsforderung nicht entgegenhalten (BSG, SozR 3-1300, § 103 Nr. 4; BSG, SozR 3-2600, § 99). Offensichtlich ist eine Fehlerhaftigkeit in der Regel nur dann, wenn sie sozusagen "auf der Hand" liegt, die Rechtsanwendung des die Leistung bewilligenden oder versagenden Leistungsträgers aufgrund der gegebenen Sach- und Rechtslage mithin offenkundig nicht vertretbar ist. In der Regel wird daher bei Streitfragen, die nicht eindeutig durch Gesetz oder Rechtsprechung geklärt sind und für die beide Seiten gute Argumente haben, nicht von einer offensichtlichen Fehlerhaftigkeit ausgegangen werden können, wenn der auf Erstattung in Anspruch genommene Leistungsträger gegenüber dem Versicherten anders entscheidet als es der Erstattung beanspruchende Leistungsträger für richtig erachtet.

Im Rahmen eines Erstattungsverfahrens – wie vorliegend – ist bei der Prüfung der offensichtlichen Fehlerhaftigkeit eines Bescheides lediglich auf bereits vorhandene tatsächliche Feststellungen abzustellen. Diese sind unter Zugrundelegung objektiver Gesichtspunkte zu beurteilen. Weitere Ermittlungen sind nicht durchzuführen (Bundessozialgericht, Urteil vom 16.06.2008, Az.: [B 12 R 37/07 R](#); Urteil vom 13.09.1984, SozR 1300 § 103 Nr. 3 Seite 12; Urteil vom 28.11.1985, USK 85142; Urteil vom 01.09.1999, [SozR 3-1300 § 86 Nr. 3](#) Seite 8f. und Urteil vom 26.07.2007, [SozR 4-2600 § 116 Nr. 1](#) Rdnr. 18).

Der anzulegende Maßstab der "offensichtlichen Fehlerhaftigkeit" in diesem Sinne ist nicht gleichbedeutend mit der Nichtigkeit eines Bescheides ([§ 40 SGB X](#)), die einen "besonders schwerwiegenden Fehler" des Verwaltungsaktes voraussetzt und "bei verständiger Würdigung der in Betracht kommenden Umstände offensichtlich ist". Denn der nichtige Verwaltungsakt ist von vornherein unwirksam ([§ 39 Abs 3 SGB X](#)), während sich die Problematik der Bindungswirkung eines offensichtlich fehlerhaften Bescheides im Erstattungsverfahren stellt, da dieser grundsätzlich wirksam ist.

Ziel der Beschränkung der Durchbrechung der Bindungswirkung auf Fälle offensichtlicher Fehlerhaftigkeit ist es zu verhindern, dass der einen Erstattungsanspruch geltend machende Leistungsträger schon dann eine Überprüfung erzwingen kann, wenn er lediglich eine andere Rechtsauffassung vertritt. Insofern muss und soll die Rechtsanwendungsprärogative weiterhin bei dem für das jeweilige Leistungsrecht zuständigen Leistungsträger verbleiben – nicht zuletzt um Erstattungsstreitigkeiten zwischen Leistungsträgern auf ein angemessenes Maß zu begrenzen (Bundessozialgericht, Urteil vom 01.09.1999, Az.: [B 13 RJ 49/98 R](#) – juris). Dies entspricht auch der grundsätzlichen Eigenständigkeit der Erstattungsansprüche und der allgemeinen Zielsetzung der [§§ 102 ff.](#) SGB X, die Erstattungsbeziehungen möglichst einfach zu regeln.

Diesen Grundsätzen folgend ist im vorliegenden Fall davon auszugehen, dass die Klägerin einen Erstattungsanspruch nur dann hat, wenn die Beklagte mit Bescheid vom 03.07.1998 offensichtlich fehlerhaft im obigen Sinne die Feststellung einer BK des Beigeladenen nach Nr. 2102 der Anlage 1 zu BKV abgelehnt hat.

Eine offensichtliche Unrichtigkeit der ablehnenden Entscheidungen der Beklagten kann der Senat nicht erkennen. Es hätte der vom Sozialgericht durch Einholung eines gerichtlichen Sachverständigengutachten durchgeführten medizinischen Sachermittlung nicht bedurft, da nach den oben dargelegten Grundsätzen im Rahmen eines Erstattungsverfahrens bei der Prüfung der offensichtlichen Fehlerhaftigkeit

eines Bescheides lediglich die bereits vorhandenen tatsächlichen Feststellungen die Erkenntnisgrundlage bilden. Somit sind die im Verwaltungsverfahren zur Frage des Vorliegens einer Berufserkrankung oder eines beruflich bedingten Unfallschadens gewonnenen Ermittlungsergebnisse Bezugspunkt der in inhaltlicher Hinsicht wegen des Maßstabes der offensichtlichen Fehlerhaftigkeit deutlich reduzierten Prüfung.

Zwischen den Beteiligten ist ausschließlich die medizinische Beurteilung des ursächlichen Zusammenhangs zwischen dem Unfallereignis und der Verletzung strittig. Dass in diesem Zusammenhang die medizinische Beurteilung des beratenden Arztes der Beklagten nach objektiven Gesichtspunkten als offensichtlich fehlerhaft zu beurteilen ist, ist für den Senat nicht ersichtlich. So handelt es sich bei den von der Beklagten vorgetragenen Argumenten ebenfalls lediglich um medizinische Auffassungen. Medizinische Gutachten oder Stellungnahmen, die sich in der Phase des Entscheidungsfindungsprozesses der Beklagten, der mit dem Erlass des nicht angefochtenen Bescheides vom 03.07.1998 seinen Abschluss fand, für die Anerkennung einer Berufserkrankung aussprachen, liegen nicht vor. Für die vorgenommene Kausalitätsbeurteilung lagen hinreichende Anknüpfungstatsachen vor.

Die dann erst im Rahmen des Erstattungsverfahrens zwischen den Beteiligten gewechselten medizinischen Expertisen münden in Detail- und Grundsatzfragen der Kausalitätsbeurteilung bei der Berufserkrankung nach Nr. 2102 der Anlage 1 BKV. Diese Diskussion ist dann im Rahmen des Gerichtsverfahrens durch das Gutachten des Dr. FN. und die hierzu durch die Stellungnahme des MDK (Dr. PM.) für die Klägerin und der Beklagten (unter Bezug auf die Stellungnahme von Prof. Dr. AR.) erweitert und vertieft worden. Auch dabei wird deutlich, dass die divergierenden Beurteilungen Folge einer unterschiedlichen Abwägung der für und gegen die wesentliche Ursächlichkeit der Meniskuserkrankung des Versicherten sprechenden Argumente sind. Schon die Ausführlichkeit und Tiefe der Argumentationen spricht gegen eine "offensichtliche" Fehlerhaftigkeit des bestandskräftig gewordenen Bescheides vom 03.07.1998.

Die Beurteilung, welche von diesen voneinander abweichenden medizinischen Lehrmeinungen richtig ist, ist nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nicht Aufgabe des Gerichts (Bundessozialgericht, Urteil vom 11.05.1999 – Az.: [B 13 RJ 39/97 R](#) – juris). Kann eine Entscheidung demnach auf Grundlage jeder dieser beiden medizinischen Ausführungen getroffen werden, ist die Entscheidung der Beklagten, sich auf die medizinische Beurteilung eines Gutachters zu stützen, nicht offensichtlich fehlerhaft, da eine solche Entscheidung jedenfalls vertretbar ist.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 1 VwGO](#), da die Berufung am 17.08.2004 und damit nach in Kraft treten des Sechsten Gesetzes zur Änderung des Sozialgerichtsgesetzes (6. SGGÄndG zum 02.01.2002 bzw. nach in Kraft treten des Gesetzes zur Modernisierung des Kostenrechts (KostRMoG zum 01.07.2004) eingelegt worden ist.

Auch wenn der Beigeladene mit seinem Antrag unterlag, trifft ihn auf der Grundlage der Regelung des [§ 183 SGG](#) keine Pflicht zur Tragung von Kosten (Leitherer in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 9. Aufl., § 197a Rdnr. 13). Ebenso sind ihm keine Kosten zu erstatten, da er mit seinem Antrag unterlag.

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2009-12-30