

L 4 KR 5152/14

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

4

1. Instanz

SG Mannheim (BWB)

Aktenzeichen

S 3 KR 407/14

Datum

19.08.2014

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 4 KR 5152/14

Datum

20.10.2015

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Beschluss

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 19. August 2014 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt die Kosten des Berufungsverfahrens.

Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird endgültig auf EUR 58.761,78 festgesetzt.

Gründe:

I.

Die Klägerin macht einen Erstattungsanspruch wegen Rehabilitations-, Heilbehandlungs-, Hilfsmittel- und Transportkosten in Höhe von EUR 58.761,78 geltend.

Die Klägerin ist Trägerin der gesetzlichen Unfallversicherung. Die Beklagte ist eine Krankenkasse. Die bei der Klägerin unfall- und bei der Beklagten krankenversicherte B. J. (im Folgenden: Versicherte) lieferte am 6. April 2009 gegen 21.00 Uhr bestellte Ware für eine Pizzeria mit einem Personenkraftwagen aus. Gegen 23.15 Uhr zog sie sich bei einem Verkehrsunfall auf einem Weg, der von der Pizzeria aus betrachtet hinter dem Lieferort lag, insbesondere ein offenes Schädelhirntrauma zu. Die mitgeführten Transportboxen im Kraftfahrzeug waren zum Unfallzeitpunkt leer.

Für die Zeit zwischen dem 6. April und dem 3. Dezember 2009 (Tag der Entlassung der Versicherten aus der H. Klinik H.) erbrachte die Klägerin der Versicherten Leistungen in Höhe von insgesamt EUR 58.761,78 (Transportkosten, stationäre Behandlung, stationäre Rehabilitation sowie Hilfsmittel). Mit Schreiben vom 8. Juni und 3. August 2009 bat die Klägerin die Beklagte, bis auf Weiteres Krankengeld an die Versicherte zu zahlen. Ein Versicherungsfall im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung sei fraglich. Die Ermittlungen dauerten noch an.

Mit Bescheid vom 7. Dezember 2009 lehnte die Klägerin gegenüber der Versicherten eine "Entschädigung" für das Ereignis vom 6. April 2009 ab. Nach Abschluss ihrer Ermittlungen ließen sich keine anspruchsbegründenden Tatsachen feststellen, nach denen sich die Versicherte zum Unfallzeitpunkt auf einem versicherten Weg befunden haben könnte.

Die Klägerin übersandte diesen Bescheid mit Schreiben vom 8. Dezember 2009 an die Beklagte zur Kenntnis. Das Schreiben enthielt den folgenden Satz: "Unseren Erstattungsanspruch melden wir vorsorglich an."

Nachdem die Versicherte Widerspruch gegen den Bescheid der Klägerin vom 7. Dezember 2009 erhoben hatte, wandte sich die Klägerin mit Schreiben vom 15. Januar 2010 an die Beklagte. Sie teilte mit, dass die Versicherte zu ihren Lasten behandelt werde. Es sei jedoch fraglich, ob ein Arbeitsunfall vorgelegen habe bzw. die Behandlungsbedürftigkeit eine Folge des Arbeitsunfalles sei. Behandlungsbedürftigkeit bestehe seit dem 6. April 2009. Behandelnde Krankenhäuser seien die Reha-Klinik H., die H. Klinik H. sowie die L.-Klinik B ... Verletzungsart sei eine "Offene Fraktur ohne nähere Angabe", Verletzungsort "mehrere der nachfolgenden Positionen (auch gesamter Kopf)" sowie Körperseite die "Körpermitte". Über das Ergebnis ihrer Ermittlungen werde sie die Beklagte unterrichten. Zur Wahrung der Ausschlussfrist nach § 111 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) mache sie vorsorglich einen Erstattungsanspruch nach §§ 102 ff. SGB X geltend. Sie verwies auf ihr Schreiben vom 8. Dezember 2009.

Den Widerspruch der Versicherten wies die Klägerin mit Widerspruchsbescheid vom 14. April 2010 zurück. Die hiergegen erhobene Klage der Versicherten wies das Sozialgericht Duisburg mit Urteil vom 8. Februar 2011 (S 26 U 226/10) ab. Es sei nicht hinreichend wahrscheinlich, dass zwischen der unfallbringenden Fahrt und der versicherten Tätigkeit ein sogenannter innerer Zusammenhang bestanden habe.

Mit Schreiben vom 14. April 2011 wandte sich die Klägerin erneut an die Beklagte. Sie gab an, dass ihre Leistungspflicht nicht gegeben sei und verwies auf ihren Bescheid vom 7. Dezember 2009. Sie bat gemäß [§ 105 Abs. 2 SGB X](#) um Erstattung des Betrages, den die Klägerin nach ihren Rechtsvorschriften hätte leisten müssen. Sie fügte Rechnungen, Mahnungen u. ä. über einen Betrag von insgesamt EUR 54.147,06 für stationäre Heilbehandlung, Hilfsmittel, Transportkosten bei.

Nachdem die Klägerin wiederholt die Erstattungsforderung gegenüber der Beklagten in Erinnerung gerufen hatte, lehnte diese die Erstattungsforderung mit Schreiben vom 13. September 2012 ab. Die Klägerin habe ihren Erstattungsanspruch erst mit Schreiben vom 14. April 2011 ihr gegenüber beziffert. Sie habe damit die von ihr zu Unrecht erbrachten Leistungen zu spät angemeldet bzw. abgerechnet. Die Beklagte wies ferner mit Schreiben vom 26. September 2012 darauf hin, dass auch im Schreiben vom 15. Januar 2010 lediglich ein vorsorglicher Erstattungsanspruch geltend gemacht worden sei.

Die Klägerin erhob daraufhin am 23. Dezember 2013 beim Sozialgericht Hannover Klage mit dem Ziel der Verurteilung der Beklagten zur Zahlung von EUR 54.147,06, später zur Zahlung von EUR 58.761,78. Das Sozialgericht Hannover erklärte sich mit Beschluss vom 14. Januar 2012 (S 22 U 302/13) für örtlich unzuständig und verwies den Rechtsstreit an das örtlich zuständige Sozialgericht Mannheim (SG). Zwar dürfte das Schreiben vom 8. Dezember 2009 zur ordnungsgemäßen Anspruchsanmeldung nicht geeignet gewesen sein, jedoch enthalte das Schreiben vom 15. Januar 2010 den Satz "Zur Wahrung der Ausschlussfrist nach [§ 111 SGB X](#) machen wir vorsorglich einen Erstattungsanspruch nach [§§ 102 ff. SGB X](#) geltend." Den vom Bundessozialgericht (BSG) geforderten Rechtssicherungswillen (Verweis auf BSG, Urteil vom 30. Juni 2009 – [B 1 KR 21/08 R](#) – in juris) enthalte dieses Schreiben, denn sowohl Erstattungsanspruch als auch Leistungszeitraum seien hinreichend konkret genannt worden. Es genüge zudem, wenn der Erstattungspflichtige sich ein Bild über Art und Umfang der in Rede stehenden Leistungen machen könne und in die Lage versetzt werde, seine eigene Leistungszuständigkeit zu prüfen. Insbesondere in Kombination der Schreiben vom 8. Dezember 2009 und vom 15. Januar 2010 sei der Beklagten die Anspruchsgrundlage des Erstattungsanspruchs hinreichend im Sinne der Rechtsprechung des BSG verdeutlicht worden. Auch die Leistungszuständigkeit der Beklagten sei unter Hinweis auf die ärztliche Behandlung in drei verschiedenen Einrichtungen wegen des Verkehrsunfalles klargestellt worden. Soweit das BSG zur erforderlichen Klarheit über die zu erwartenden Belastungen bezüglich Leistungen der Krankenbehandlung zumindest die Nennung der Diagnosen fordere, so sei dieses Erfordernis hier ebenfalls erfüllt worden. Die Diagnose (offene Fraktur bzw. Polytrauma mit offenem Schädelhirntrauma) werde sowohl im Bescheid vom 7. Dezember 2009 als auch im Schreiben vom 15. Januar 2010 ausdrücklich genannt. Insgesamt sei daher spätestens mit dem fristgerechten Schreiben vom 15. Januar 2010 der Erstattungsanspruch von ihr ordnungsgemäß und rechtswirksam geltend gemacht worden. Auch das Schreiben vom 14. April 2011 habe alle Anforderungen an eine ordnungsgemäße und rechtswirksame Geltendmachung erfüllt. [§ 111 Satz 2 SGB X](#) sei hier mangels Befugnis des erstattungspflichtigen Leistungsträgers zu einer Entscheidung über die Leistungspflicht nicht anwendbar. Daher beginne die Frist mit Ablauf des Tages, für den die zur Erstattung führende Leistung erbracht worden sei. Der Leistungszeitraum erstrecke sich auf die Zeit vom 6. April bis 2. Dezember 2009 (richtig: 3. Dezember 2009), so dass die Ausschlussfrist des [§ 111 Satz 1 SGB X](#) am 2. Dezember 2010 geendet haben dürfte. Die Frist sei mit dem Schreiben vom 15. Januar 2010 (Zugang am 19. Januar 2010) gewahrt worden. Der Beklagten hätten bereits aufgrund des mit Schreiben vom 8. Dezember 2009 übersandten Bescheides vom 7. Dezember 2009 grobe Kenntnisse über den Unfall und seine Folgen vorgelegen. Insofern habe die Beklagte bereits zu diesem Zeitpunkt auf ihre Erfahrungswerte zurückgreifen und sich ein Bild vom Umfang der auf sie zukommenden Ersatzleistungen machen können. Allein der unbedingte Wille, hier rechtssichernd tätig zu werden, fehle der Anspruchsanmeldung vom 8. Dezember 2009. Diesen Willen habe sie dann aber mit Schreiben vom 15. Januar 2010 deutlich formuliert. Unter Berücksichtigung des Ablehnungsbescheides vom 7. Dezember 2009 sei deutlich, dass sich der Leistungszeitraum zwischen dem Unfall vom 6. April 2009 und dem Ablehnungsbescheid vom 7. Dezember 2009 bewege. Da mit Schreiben vom 15. Januar 2010 auch mitgeteilt worden sei, dass sich die Versicherte in Behandlung in der Reha-Klinik H. befinde, habe die Beklagte davon ausgehen können, dass die stationären Maßnahmen weitgehend abgeschlossen sein dürften und nunmehr Reha-Maßnahmen durchgeführt würden. Eine ins Einzelne gehende Präzisierung oder Aufschlüsselung der Forderung sei nicht erforderlich (Verweis auf BSG, Urteil vom 24. Februar 2004 – [B 2 U 29/03 R](#) – in juris). Die Beklagte habe überdies gegen ihre Verpflichtung zur Zusammenarbeit nach [§ 86 SGB X](#) und die Grundsätze von Treu und Glauben verstoßen. Die Beklagte habe die aus ihrer Sicht erstattungsrechtlich unzureichenden Schreiben vom 8. Dezember 2009 und vom 15. Januar 2010 schlicht hingenommen und erst mit Schreiben vom 13. September 2012 auf die abschließende Geltendmachung vom 14. April 2011 reagiert. Wegen Verletzung der Pflicht zur Zusammenarbeit könne sie sich jedoch nicht wirksam auf die Ausschlussfrist berufen. Die Beklagte hätte die Verpflichtung gehabt, sie – die Klägerin – zur Präzisierung ihrer Erstattungsanmeldung aufzufordern und zwar vor Ablauf der Ausschlussfrist.

Die Beklagte trat der Klage entgegen. Mit Schreiben vom 15. Januar 2010 habe die Klägerin ihren Erstattungsanspruch bloß vorsorglich angemeldet. Darüber hinaus enthalte das Schreiben keinerlei Angaben zum Umfang der erbrachten Leistungen, so dass eine rechtswirksame Geltendmachung eines Erstattungsanspruches hierdurch nicht erfolgt sei. Auch die Angabe der Namen von behandelnden Ärzten und Kliniken gäben keine Hinweise auf die Art und den Zeitraum einer Leistung. Die erstmalige rechtswirksame Geltendmachung des Erstattungsanspruchs sei mit Schreiben vom 14. April 2011 erfolgt.

Das SG wies die Klage mit Urteil vom 19. August 2014 ab. Die Klägerin sei mit dem von ihr geltend gemachten Erstattungsanspruch gegen die Beklagte ausgeschlossen, weil die Voraussetzungen des [§ 111 Satz 1 SGB X](#) erfüllt seien. Den Anforderungen an eine Geltendmachung eines Erstattungsanspruches genüge das Schreiben vom 15. Januar 2010 nicht. Zwar könnten allgemeine Angaben genügen, die sich auf die im Zeitpunkt der Anmeldung des Erstattungsanspruchs vorhandenen Kenntnisse über Art und Umfang künftiger Leistungen beschränkten. Mit dem Schreiben vom 15. Januar 2010 und durch die darin vorgenommene Bezugnahme auf das vorangegangene Schreiben vom 8. Dezember 2009 und den beigelegten Bescheid vom 7. Dezember 2009 habe die Klägerin der Beklagten im Kern lediglich die Verletzungsart der Versicherten, also die Diagnose, den Beginn der Behandlung am 6. April 2009 und die Behandlungsorte mitgeteilt. Damit habe die Klägerin aber nicht bereits den jeweiligen abgeschlossenen Zeitraum hinreichend konkret benannt, für den die einzelne Sozialleistung erbracht worden sei. Die Leistungserbringung, für die der Klägerin Kosten entstanden seien und deren Erstattung begehrt werde, sei spätestens am 3. Dezember 2009 erfolgt, also vor Abfassung der maßgeblichen Schreiben. Damit seien der Beklagten nicht hinreichend konkrete Anhaltspunkte für den Umfang der gegenüber der Versicherten erbrachten Leistungen mitgeteilt worden. Ohne diese Angaben bestehe keine im Mindestmaß erforderliche Klarheit über die zu erwartenden Belastungen, die der Beklagten im Rahmen einer

ordnungsgemäßen Haushaltsführung etwa Anlass geben könnte, bei größeren Summen Rückstellungen zu bilden. Anhaltspunkte für eine Ausnahme wegen eines grob rechtswidrigen Verhaltens der Beklagten, das einen Verstoß gegen die Pflicht der Leistungsträger zueinander beinhalte, seien, insbesondere unter dem Gesichtspunkt von Treu und Glauben, nicht zu erkennen. Über die letzten noch fehlenden Daten, die der Beklagten in einem Mindestmaß Klarheit über die zu erwartenden Belastungen verschafft hätten, hätte die Klägerin spätestens mit der Schlussrechnung der H. Klinik H. vom 4. Dezember 2009 über den dortigen stationären Aufenthalt der Versicherten bis zum Tag ihrer Entlassung am 3. Dezember 2009 Kenntnis erlangt. Diese Daten hätte sie der Beklagten nur weiterreichen müssen, wie sie es im Übrigen mit dem Schreiben vom 14. April 2011 getan habe. In einer solchen Konstellation, bei der die maßgeblichen Daten der Leistungsträgerin, die den Erstattungsanspruch geltend mache, selbst zur Verfügung stünden, müsse die Anspruchsgegnerin nicht wegen etwaiger noch fehlender Daten nachfragen. Aus der Verletzung einer Pflicht der Leistungsträgerin, bei der Erfüllung ihrer Aufgaben eng zusammen zu arbeiten, könne schon deshalb kein anderes Ergebnis folgen, da der Normzweck allein darin liege, zum Schutz der Bürger die Effektivität der Sozialverwaltung zu erhöhen sowie Reibungsverluste und Nachteile zu vermeiden. Mit der Regelung werde demgegenüber nicht bezweckt, einen Rechtsverlust einer Leistungsträgerin zu vermeiden. Mangels Verwaltungsentscheidung der Beklagten über ihre Leistungspflicht lägen die Voraussetzungen des [§ 111 Satz 2 SGB X](#) nicht vor.

Gegen das ihr am 17. November 2014 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 15. Dezember 2014 Berufung eingelegt. Das BSG fordere lediglich ein Mindestmaß und keine ausführlichen Darlegungen für eine ordnungsgemäße Geltendmachung eines Erstattungsanspruches. Es gehe zunächst schlicht um eine fristgemäße Anspruchsanmeldung und nicht um eine konkret zu beziffernde Abrechnung. Mangelhafte Organisationsstrukturen bei der Beklagten dürften nicht zu ihrem Nachteil führen. Insbesondere müsste eine Krankenkasse aufgrund der unstreitig mitgeteilten Informationen (Diagnose, Beginn der Behandlung, Behandlungsorte etc.) eine zumindest grobe Kosten- bzw. Belastungsschätzung anstellen können. Der Beklagten dürfte die Feststellung, dass hier erhebliche Kosten im mittleren fünfstelligen Bereich auf sie zukämen, ohne größere Anstrengung möglich gewesen sein. Die beiden Schreiben vom 8. Dezember 2009 und 15. Januar 2010 erfüllten zumindest im Rahmen einer Gesamtschau im Ergebnis in Übereinstimmung mit den vom BSG aufgestellten Bedingungen das erforderliche Merkmal "geltend machen". Überdies habe das SG Inhalt und Reichweite der Pflicht zur Zusammenarbeit sowie der Grundsätze von Treu und Glauben offensichtlich verkannt. Die Beklagte habe sie sehenden Auges ins offene Messer laufen lassen. Die aus [§ 242](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) abgeleitete Aufklärungspflicht beinhalte die Pflicht, die andere Partei unaufgefordert über entscheidungserhebliche Umstände zu informieren. Entgegen der Auffassung des SG bezwecke [§ 86 SGB X](#) durchaus, einen Rechtsverlust einer Leistungsträgerin zu vermeiden. So gehe aus dem ebenfalls einschlägigen [§ 20 Abs. 2 SGB X](#) klar und deutlich hervor, dass auch die für die weiteren Beteiligten günstigen Umstände zu berücksichtigen seien.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 19. August 2014 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr insgesamt EUR 58.761,78 zu zahlen, hilfsweise, die Revision zuzulassen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte trägt vor, der Klägerin seien zum Zeitpunkt der Anmeldung des Erstattungsanspruchs sämtliche erforderlichen Informationen für eine rechtswirksame Geltendmachung bekannt gewesen. Ob die Klägerin aus Unkenntnis der Rechtslage oder nur zur Vereinfachung ihres Verwaltungsaufwandes keine Angaben zum Umfang der erbrachten Leistungen gemacht habe, könne dahingestellt bleiben. Die im Schreiben der Klägerin vom 15. Januar 2010 angegebenen Behandlungsorte gäben keine Auskünfte über die Art der erbrachten Leistungen. Darüber hinaus sei aus den Angaben nicht erkennbar, in welchen Zeiträumen welche Leistungen erbracht worden seien. Eine Einschätzung des Umfangs der angefallenen Leistungen wäre nicht möglich gewesen. Die Klägerin sei ihrer Pflicht zu einer engen und vertrauensvollen Zusammenarbeit im Rahmen des [§ 86 SGB X](#) nicht nachgekommen, weil sie die erforderlichen Angaben, die den erstattungspflichtigen Träger in die Lage versetzen sollten, ohne weitere Nachforschung beurteilen zu können, in welcher Höhe Belastungen auf ihn zukämen und ob die Forderung ausgeschlossen sei, nicht mitgeteilt habe.

Der Berichterstatter hat die Beteiligten auf die Absicht des Senats, die Berufung durch Beschluss zurückzuweisen, hingewiesen und ihnen Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben. Die Klägerin hat daraufhin an ihrer Auffassung festgehalten. Wegen der mangelhaften Sachverhaltsaufklärung sowie der Möglichkeit einer gütlichen Einigung sei eine mündliche Verhandlung erforderlich. Die Beklagte hat sich nicht geäußert.

Zu den weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge sowie auf die beigezogene Akte der Beklagten Bezug genommen.

II.

1. Der Senat entscheidet über die Berufung der Klägerin nach Anhörung der Beteiligten gemäß [§ 153 Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) durch Beschluss, weil er die Berufung einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält. Der Rechtsstreit weist nach Einschätzung des Senats keine besonderen Schwierigkeiten in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht auf, die mit den Beteiligten in einer mündlichen Verhandlung erörtert werden müssten. Der Sachverhalt ist vollständig aufgeklärt; die gegenteilige Auffassung der Klägerin ist ohne Begründung geblieben und nicht nachvollziehbar. Auch die von der Klägerin angesprochene Möglichkeit einer gütlichen Einigung zwingt nicht zur Durchführung einer mündlichen Verhandlung, zumal die Beteiligten bereits vor und auch noch während des gesamten Rechtsstreites Gelegenheit zur Verständigung hatten.

2. Die gemäß [§ 143 SGG](#) statthafte und gemäß [§ 151 Abs. 1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin ist auch im Übrigen zulässig. Insbesondere bedurfte sie nicht der Zulassung, da über eine Erstattungsforderung von EUR 58.761,78 gestritten wird, so dass der Beschwerdewert von EUR 10.000,00 ([§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGG](#)) überschritten ist.

Eine Beiladung der Versicherten bedurfte es – worauf bereits das SG zu Recht hingewiesen hat – nicht. Im Erstattungsstreit zwischen zwei

Leistungsträgern bedarf es der Beiladung des Leistungsempfängers nur, wenn sich die Erfüllungsfiktion nach [§ 107 SGB X](#) auf weitere Rechte des Leistungsempfängers auswirkt (BSG, Urteil vom 18. November 2014 – [B 1 KR 12/14 R](#) – in juris, Rn. 9 m.w.N. – auch zum Folgenden). 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. So liegt der Fall hier. Die Versicherte hat von der Klägerin bereits Sozialleistungen erhalten und kann diese Leistungen – unabhängig vom Ausgang des vorliegenden Erstattungsrechtsstreits – weder nochmals von den hier Beteiligten beanspruchen noch kommt in Betracht, dass sie der Klägerin wegen [§ 107 SGB X](#) die erbrachten Leistungen erstatten muss. Vorliegend geht es lediglich noch um die Verteilung leistungrechtlicher Verpflichtungen zwischen Leistungsträgern.

3. Die Berufung ist unbegründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Zwar ist die Klage zulässig, aber unbegründet.

a) Die Klage ist zulässig. Richtige Klageart ist die allgemeine Leistungsklage gemäß [§ 54 Abs. 5 SGG](#), weil aufgrund des zwischen den Beteiligten bestehenden Gleichordnungsverhältnisses ein Verwaltungsakt nicht zu ergehen hatte.

b) Die Klage ist unbegründet. Die Klägerin hat gegen die Beklagte keinen Anspruch auf Zahlung von EUR 58.761,78. Dem Anspruch steht jedenfalls die Regelung des [§ 111 Satz 1 SGB X](#) entgegen.

aa) 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 begann am 3. Dezember 2009 zu laufen, da die Klägerin zuletzt für diesen Tag Leistungen für die Versicherte erbrachte. Die Frist nach [§ 111 Satz 1 SGB X](#) endete damit gemäß [§ 26 Abs. 1 SGB X](#) i.V.m. [§ 187 Abs. 1](#), [§ 188 Abs. 2 BGB](#) am 3. Dezember 2010. Die Klägerin hat ihren Erstattungsanspruch nicht binnen dieser Frist geltend gemacht.

(1) Der Begriff des "Geltendmachens" meint im Zusammenhang mit [§ 111 Satz 1 SGB X](#) keine gerichtliche Geltendmachung und keine Darlegung in allen Einzelheiten, sondern das Behaupten oder Vorbringen (zuletzt BSG, Urteil vom 18. November 2014 – [B 1 KR 12/14 R](#) – in juris, Rn. 17 m.w.N. – auch zum Folgenden; Urteil des Senats vom 21. November 2014 – [L 4 KR 5373/12](#) – in juris, Rn. 32). 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 Forderungsbetrags feststellen, wenn die Umstände, die im Einzelfall für die Entstehung des Erstattungsanspruchs maßgeblich sind, und der Zeitraum, für den die Sozialleistungen erbracht wurden ([§ 111 Satz 1 SGB X](#)), hinreichend konkret mitgeteilt sind. Da der Erstattungsanspruch im Sinne des [§ 111 Satz 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.

(2) Diesen Anforderungen genügte weder das Schreiben der Klägerin vom 8. Dezember 2009 noch das Schreiben vom 15. Januar 2010 oder eine Gesamtschau beider Schreiben.

Das Schreiben vom 8. Dezember 2009 enthielt lediglich die Formulierung "Unseren Erstattungsanspruch melden wir vorsorglich an." Auch unter Berücksichtigung des diesem Schreiben beigefügten, an die Versicherte adressierten Bescheides vom 7. Dezember 2009 lassen sich damit dem Schreiben bereits nicht die Umstände, die im Einzelfall für die Entstehung des Erstattungsanspruchs maßgeblich sind, und der Zeitraum, für den die Sozialleistungen erbracht wurden, entnehmen. Angaben hierzu fehlen in dem Schreiben und in dem Bescheid völlig. Im Übrigen wurde der Anspruch ausdrücklich nur "vorsorglich" geltend gemacht, was grundsätzlich nicht ausreichend ist.

Aber auch das Schreiben der Klägerin vom 15. Januar 2010 genügt den Anforderungen an eine Geltendmachung nicht. Dies gilt bereits deswegen, weil die Klägerin auch hier wiederum ihren Erstattungsanspruch "vorsorglich" geltend macht. Dies kann nach der Rechtsprechung des BSG zwar unter bestimmten Umständen unschädlich sein. So hat das BSG trotz der Verwendung des Wortes "vorsorglich" die Äußerung eines Rechtsbindungswillens als noch hinreichend zum Ausdruck gebracht angesehen, weil zugleich die Bitte "um kurze Bestätigung, dass Sie unseren Erstattungsanspruch erhalten haben" und eingangs die Formulierung "Erstattungsanspruch gemäß [§ 105 SGB X](#)" enthalten war (BSG, Urteil vom 30. Juni 2009 – [B 1 KR 21/08 R](#) – in juris, Rn. 16). An beidem fehlt es im Schreiben vom 15. Januar 2010. Die Formulierung "Zur Wahrung der Ausschlussfrist nach [§ 111 SGB X](#) machen wir vorsorglich einen Erstattungsanspruch nach [§§ 102 ff. SGB X](#) geltend." ist nicht ausreichend, zumal nur allgemein auf die Erstattungsvorschriften des SGB X verwiesen, nicht aber die konkrete Anspruchsgrundlage benannt wird.

Unabhängig davon enthält aber auch das Schreiben vom 15. Januar 2010 jedenfalls keine hinreichenden Angaben zum Zeitraum, für den die Sozialleistungen erbracht wurden. Das Schreiben enthält lediglich den Hinweis, dass der Erstattungsanspruch einen Unfall vom 6. April 2009 und eine seitdem bestehende Arbeitsunfähigkeit/Behandlungsbedürftigkeit betrifft. Den Endzeitpunkt, für den der Erstattungsanspruch geltend gemacht wird, wird aber nicht benannt, obwohl dieser der Klägerin zu diesem Zeitpunkt bereits bekannt war. Dass aber, wenn – wie hier – die Leistungserbringung abgeschlossen ist, der letzte Tag, für den Leistungen erbracht worden sind, zu den Mindestangaben für eine wirksame Geltendmachung gehört, ergibt sich schon aus [§ 111 Satz 1 SGB X](#) selbst. Denn dies ist der Tag, mit dem die Frist des [§ 111 Satz 1 SGB X](#) zu laufen beginnt. Ohne die entsprechende Angabe kann der mit dem Erstattungsanspruch konfrontierte Leistungsträger an sich bereits nicht beurteilen, ob die Frist des [§ 111 Satz 1 SGB X](#) verstrichen ist. Dass dies – wie auch hier – nicht der Fall ist, wenn zwischen dem Beginn der Leistungserbringung und der Geltendmachung des Erstattungsanspruchs weniger als ein Jahr vergangen ist, weil dann die Frist des [§ 111 Satz 1 SGB X](#) in keinen Fall verstrichen sein kann, ändert daran nichts. Denn die gesetzlichen Mindestanforderungen an eine wirksame Geltendmachung sind nicht nach den konkreten Umständen des Einzelfalles zu bestimmen, sondern abstrakt-generell. Erst bei der Frage, ob diesen Anforderungen im konkreten Fall genügt ist, also dem Subsumtionsvorgang, kommt es auf die Umstände des Einzelfalles an.

Der Zeitraum der Leistungserbringung lässt sich entgegen der Auffassung der Klägerin auch nicht dem Bescheid vom 7. Dezember 2009

entnehmen. Dieser Bescheid enthält keinerlei Angaben zum Leistungszeitraum oder zum Zeitraum der Behandlungsbedürftigkeit. Auch der Umstand der Bescheiderteilung als solcher bedeutet nicht zwingend, dass die Leistungserbringung zu diesem Zeitpunkt bereits abgeschlossen war, zumal der Bescheid erst mit Rechtskraft des Urteils des Sozialgerichts Duisburg vom 8. Februar 2011 bestandskräftig geworden ist und im Übrigen nur die Entscheidung über die Gewährung einer "Entschädigung" - gemeint ist wohl Verletztengeld und/oder Verletztenrente - beinhaltet, nicht aber eine Entscheidung über die Gewährung von Heilbehandlung.

Unabhängig davon lässt sich weder dem Schreiben der Klägerin vom 8. Dezember 2009 noch deren Schreiben vom 15. Januar 2010 noch dem Bescheid vom 7. Dezember 2009 entnehmen, welche Sozialleistungen der Art nach und für welche einzelne Sozialleistung in welchem Zeitraum erbracht worden sind.

bb) [§ 111 Satz 2 SGB X](#) ist nicht anwendbar. Nach dieser Norm 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. Eine solche den Fristenlauf hinausschiebende Kenntnisnahme von der "Entscheidung des erstattungspflichtigen Leistungsträgers über seine Leistungspflicht" kann 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 18. November 2014 - [B 1 KR 12/14 R](#) - in juris, Rn. 23 m.w.N. - auch zum Folgenden). 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 worden. Der (vorrangig) zuständige Leistungsträger hat keine Befugnis mehr, gegenüber dem Versicherten nochmals eine materiell-rechtliche Entscheidung über den Anspruch auf Gewährung gerade dieser Leistungen zu treffen und die Leistung zu bewilligen. Für einen entsprechenden Antrag des Versicherten würde es von vornherein an dem dafür erforderlichen Rechtsschutzbedürfnis fehlen. Denn sein Anspruch gegenüber dem zuständigen Leistungsträger ist sowohl faktisch als auch rechtlich kraft der Fiktion des [§ 107 SGB X](#) erfüllt.

cc) Der Beklagten ist die Berufung auf die Ausschlussfrist entgegen der Auffassung der Klägerin nicht mit Blick auf den Grundsatz von Treu und Glauben verwehrt.

Die in [§ 111 Satz 1 SGB X](#) normierte Frist ist eine materielle Ausschlussfrist, die von Amts wegen zu beachten ist (so bereits die Begründung des Gesetzentwurfes auf [Bundestags-Drucksache 9/95, S. 27](#) [zu [§ 117](#)]; zuletzt BSG, Urteil vom 18. November 2014 - [B 1 KR 12/14 R](#) - in juris, Rn. 19 m.w.N. - auch zum Folgenden). Deshalb ist es dem Erstattungsberechtigten regelmäßig verwehrt, dem Erstattungsverpflichteten, dem die Ausschlussfrist zugutekommt, unter Berufung auf den Grundsatz von Treu und Glauben ([§ 242 BGB](#)) den Einwand der unzulässigen Rechtsausübung entgegenzuhalten. Dieser Grundsatz findet zwar dann keine Anwendung, wenn die Versäumung der Ausschlussfrist auf ein grob rechtswidriges, z. B. vorsätzliches Verhalten dessen zurückzuführen ist, der durch die Ausschlussfrist begünstigt wird. Schon unter Geltung des [§ 111 SGB X](#) a.F. hat das BSG den Einwand der unzulässigen Rechtsausübung für die Fälle in Betracht gezogen, in denen der Erstattungsberechtigte absichtlich davon abgehalten wird, seinen Anspruch rechtzeitig geltend zu machen (BSG, Urteil vom 28. März 2000 - [B 8 KN 3/98 U R](#) - in juris, Rn. 20). Dies gilt erst recht nach der Änderung des [§ 111 Satz 2 SGB X](#), mit der der Gesetzgeber in gewissen Grenzen materieller (Ausgleichs-)Gerechtigkeit Vorrang vor rascher Rechtssicherheit eingeräumt hat, wie sie durch Ausschlussfristen gewährleistet wird (so BSG, Urteil vom 18. November 2014 - [B 1 KR 12/14 R](#) - in juris, Rn. 19). Der Einwand unzulässiger Rechtsausübung findet dabei nicht nur im Verhältnis zwischen Versichertem und Versicherungsträger, sondern auch im Verhältnis zwischen Sozialversicherungsträgern Anwendung. Diese trifft nämlich eine Pflicht zu enger Zusammenarbeit untereinander ([§§ 86 ff. SGB X](#)); bei deren Verletzung besteht ein Beanstandungsrecht, bei groben Verletzungen sogar ein "Herstellungsanspruch" (BSG, Urteil vom 18. November 2014 - [B 1 KR 12/14 R](#) - in juris, Rn. 19 m.w.N.).

Eine solche Ausnahme, die den Einwand unzulässiger Rechtsausübung rechtfertigt, liegt entgegen der Auffassung der Klägerin aber nicht vor. Insbesondere war die Beklagte nicht verpflichtet, die Klägerin darauf hinzuweisen, dass sie zu Wahrung ihres Anspruchs diesen innerhalb der Frist des [§ 111 Satz 1 SGB X](#) geltend machen muss. Denn es obliegt der Klägerin, ihre Rechte selbständig wahrzunehmen. Ebenso war die Beklagte nicht verpflichtet, die Klägerin darauf hinzuweisen, dass deren Schreiben vom 8. Dezember 2009 und vom 15. Januar 2010 den Anforderungen an eine "Geltendmachung" im Sinne des [§ 111 Satz 1 SGB X](#) nicht genügten. Dies gilt schon deswegen, weil es insofern nicht auf die subjektive Sicht der Beklagten ankommt, sondern auf die objektive Rechtslage. Diese einzuschätzen ist aber wiederum Obliegenheit der Klägerin, soweit es um die Wahrung eigener Rechte geht.

Im Übrigen steht der Annahme, die Beklagte sei verpflichtet gewesen, die Klägerin auf die Unzulänglichkeit ihrer Schreiben vom 8. Dezember 2009 und vom 15. Januar 2010 hinzuweisen, schon der Umstand entgegen, dass die Klägerin in beiden Schreiben ihren Erstattungsanspruch ausdrücklich nur "vorsorglich" geltend gemacht hat. Hinzu kommt, dass die Beklagte aufgrund dieser Schreiben - siehe oben - noch nicht einmal wissen konnte, ob die Leistungserbringung inzwischen abgeschlossen und die Frist des [§ 111 Satz 1 SGB X](#) zu laufen begonnen hatte.

4. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

5. Die Revision war nicht zuzulassen, da Gründe hierfür (vgl. [§ 160 Abs. 2 SGG](#)) nicht vorliegen.

6. Die Festsetzung des Streitwertes beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 63 Abs. 2 Satz 1](#), [§ 52 Abs. 3 Satz 1](#), [§ 47 Abs. 1 Satz 1](#) Gerichtskostengesetz.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2015-10-23