

## L 5 KR 2152/10

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
5  
1. Instanz  
SG Mannheim (BWB)  
Aktenzeichen  
S 2 KR 2674/07  
Datum  
22.01.2010  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 5 KR 2152/10  
Datum  
28.09.2011  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 22.1.2010 wird zurückgewiesen.

Die Beklagte trägt die Kosten des Berufungsverfahrens.

Der Streitwert wird für beide Rechtszüge auf 47.040 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Erstattung von Leistungen (47.040,18 EUR), die sie an einen bei der Beklagten Versicherten aus Anlass eines Wegeunfalls erbracht hat.

Am 18.6.2001 (13.30 Uhr) erlitt der (1963 geborene) als Kraftfahrer tätige Versicherte (im folgenden F.) auf dem Heimweg von der Arbeitsstätte als Fahrer eines PKW einen Verkehrsunfall. Er stieß frontal mit einem die Vorfahrt missachtenden PKW zusammen (Kollisionsgeschwindigkeit nach Angaben des F. ca. 55 km/h).

Die Erstbehandlung des F. fand im Kreiskrankenhaus U. statt. Im Durchgangsarztbericht des Dr. P. vom 1.8.2001 - bei dem der Kläger am Unfalltag um 14.20 Uhr eintraf - wurde ein HWS-Beschleunigungstrauma I. Grades diagnostiziert. Der Durchgangsarzt fand die HWS in allen Bewegungsrichtungen in der Rotation schmerzhaft eingeschränkt, aber keinen Druckschmerz über den Facettengelenken und über den Dornfortsätzen, die oberen Extremitäten waren ohne Befund. Die Röntgenuntersuchung zeigte keinen Anhalt für frische knöcherne Verletzungen, jedoch eine Steilstellung der HWS sowie Verschmälerungen der Zwischenwirbelräume HWK 5/6 und 6/7 mit osteophytären Ausziehungen.

Da die Beschwerden des F. im Bereich der Halswirbelsäule sich zwar besserten, allerdings Kribbelmissempfindungen in den Händen auftraten (Nachschaubericht vom 5.9.2001), wurde er am 2.1.2002 im Berufsgenossenschaftlichen Unfallkrankenhaus H. neurologisch untersucht (Bericht des Dr. H. vom 10.1.2002, Verwaltungsakte S. 35) und sodann vom 2.1. bis 8.2.2002 stationär behandelt. Im Befundbericht vom 11.2.2002 führte der Oberarzt Dr. N. aus, bei der MRT-Untersuchung am 3.1.2002 hätten sich eine Steilstellung der Halswirbelsäule und degenerative Veränderungen in fast allen cervikalen Segmenten gezeigt. Aufgrund der beschriebenen degenerativen Veränderungen könne dem Unfall keinesfalls allein die Verursachung der jetzt noch geklagten Beschwerden zugerechnet werden. Näheres müsse durch ein Zusammenhangsgutachten geklärt werden.

Mit Schreiben vom 25.2.2002 wandte sich die Klägerin an die Beklagte. Sie führte aus, F. habe nach der bisher vorliegenden Diagnose ein HWS-Schleudertrauma erlitten. Derzeit erbringe man folgende Leistungen bzw. habe folgende Leistungen erbracht: ambulante und stationäre Kosten, Verletztengeld und Reha-Beiträge. Dauer und Umfang der von ihr zu erbringenden Leistungen hingen von der Notwendigkeit der Rehabilitation aus Anlass des Unfalls und der Dauer der Arbeitsunfähigkeit des F., aber auch - für den Fall der Zuständigkeit eines anderen Leistungsträgers - vom Abschluss ihres Feststellungsverfahrens ab. Eine endgültige Entscheidung über die Leistungszuständigkeit (der Klägerin) sei noch nicht möglich. Für den Fall, dass die Beklagte zuständig sei, werde schon jetzt vorsorglich zur Wahrung der Ausschlussfrist des [§ 111](#) Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) ihr Erstattungsanspruch für von ihr bereits erbrachte oder noch zu erbringende Leistungen geltend gemacht. Die Beklagte werde gebeten, den Eingang dieses Schreibens zu bestätigen. Zur Abklärung der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit werde eine Zusammenhangsbegutachtung eingeleitet.

Mit Schreiben vom 11.3.2002 teilte die Beklagte der Klägerin mit, sie habe die Anmeldung des Erstattungsanspruchs gem. [§ 111 SGB X](#)

erhalten. Mit weiterem Schreiben vom gleichen Tag wurde die Mitgliedschaft des F. (seit 20.8.1990) bestätigt und mitgeteilt, dass den Rücken bzw. die Halswirbelsäule betreffende Arbeitsunfähigkeitszeiten des F. (in der Vergangenheit) nicht vorgelegen hätten.

Die Klägerin erhob das Gutachten des Orthopäden Dr. B. (Institut für Medizinische Begutachtung H.) vom 10.4.2002 mit neurologischem Zusatzgutachten des Dr. Sch. (Krankenhaus A.) vom 2.4.2002 (Verwaltungsakte S. 79). Das Schreiben der Beklagten vom 11.3.2002 (kein Arbeitsunfähigkeitszeiten des F. wegen Rückenleiden bzw. HWS-Beschwerden) lag den Gutachtern vor (Schreiben der Klägerin vom 13.3.2002).

Dr. Sch. führte aus, F. habe bei einem aktiven Auffahrunfall eine HWS-Distorsion erlitten. Vor dem Unfall sei er nach eigenen Angaben wegen HWS-Beschwerden nicht krankgeschrieben gewesen. Ursache der Beschwerden seien mit größter Wahrscheinlichkeit degenerative Veränderungen der HWS und der Bandscheiben. Bei den Kernspintomographieaufnahmen von 2001 und vom 3.1.2002 seien knöcherne Engen und medio-laterale Bandscheibenvorfälle linksseitig von HWK 4 bis HWK 7 festgestellt worden. Diese degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule seien nicht Folge des Unfalls. Die jetzt nachweisbare C-7-Wurzelkompressionssymptomatik links könne ebenfalls nicht auf den Unfall bezogen werden, da sie bei den neurologischen Voruntersuchungen 2001 und im Januar 2002 nicht vorgelegen habe. Auf neurologischem Fachgebiet seien Unfallfolgen nicht nachweisbar.

Dr. B. führte aus, bei der röntgenologischen Diagnostik unmittelbar nach dem Unfall hätten sich degenerative Veränderungen der unteren HWS-Segmente, jedoch keine knöchernen Verletzungen gezeigt. Die Beweglichkeit der HWS sei allseits eingeschränkt gewesen, allerdings hätten weder die Wirbelgelenke geschmerzt noch seien druckempfindliche Dornfortsätze tastbar gewesen, weswegen eine Irritation des oberen Achsenorgans unwahrscheinlich sei. Die aktenkundig beschriebenen Nervenengpässe im Bereich der HWS könnten jederzeit zu Nervenirritationen führen. Würde bei vorbestehendem Engpass der HWS eine unphysiologische Ausschlagbewegung gemacht, könne es leicht zu Quetschungen der Nervenstrukturen kommen. Dies führe dann zu heftigen segmentbezogenen Beschwerden, weil der Nerv anschwellen und die Beschwerdesymptomatik sich dadurch verstärken. Deshalb werde man bei einer unfallbedingten Irritation von Nervensträngen der HWS innerhalb kurzer Zeit eine eindeutig neurologisch zuzuordnende Symptomatik finden. Andernfalls stehe fest, dass Nervenstränge nicht beschädigt worden seien. Erste neurologische Symptome seien bei F. aber erst drei Wochen nach dem Unfallereignis aufgetreten. Daraus folge, dass die jetzt noch geklagten Beschwerden mit dem Unfallereignis nicht zusammenhängen könnten. Der medizinische Befund vom Unfalltag sei vergleichsweise harmlos gewesen. Die später aufgetretenen neurologischen Symptome seien Folge degenerativer Veränderungen im Bereich der HWS. Die Untersuchung habe außerdem eindeutige Hinweise für Aggravation erbracht; Vorgeschichte, Klagen und Befund stünden nicht in Übereinstimmung. Die jetzigen Beschwerden des F. stünden nicht im Zusammenhang mit dem Unfall. Dieser habe auch nicht zu einer wesentlichen Verschlimmerung eines anlagebedingten Leidens geführt. Verletzungsfolgen lägen nicht mehr vor.

Mit Schreiben vom 5.9.2002 bat die Beklagte die Klägerin um Mitteilung des Ergebnisses der Zusammenhangsbegutachtung.

Mit (an F. gerichtetem) Bescheid vom 28.5.2002 lehnte die Klägerin die Gewährung einer Verletztenrente ab. Anerkannt wurde als Folge des Unfalls vom 18.6.2001 eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit bzw. Behandlungsbedürftigkeit für drei Wochen nach dem Unfall. Den dagegen eingelegten Widerspruch des F. wies die Klägerin mit Widerspruchsbescheid vom 26.9.2002 zurück.

Am 9.10.2002 erhob F. Klage beim Sozialgericht Lüneburg (Verfahren S 2 U 157/02). Das Verfahren ruhte zunächst (Beschluss vom 20.6.2003); der Prozessbevollmächtigte des F. hatte mit diesem keinen Kontakt mehr. Mit Schriftsatz vom 25.3.2004 wurde die Klage (nach vorheriger aktenmäßiger Erledigung des Verfahrens wegen Nichtbetreibens seit mehr als 6 Monaten) zurückgenommen (Aktenzeichen nach Wiederaufnahme des Verfahrens S 2 U 41/04).

Für die Zeit vom 31.7.2001 bis 30.9.2002 hatte die Klägerin - bzw. nach Maßgabe der zwischen den Beteiligten geschlossenen Verwaltungsvereinbarung die Beklagte im Auftrag der Klägerin - dem F. neben der Übernahme von Behandlungskosten Verletztengehalt gezahlt. Die Beklagte rechnete die Auftragsleistungen (ohne Verwaltungskosten) i. W. wie folgt ab (vgl. auch zu Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen Beitragsrechnungen Verwaltungsakte S. 8, 20, 30, 45, 75, 129, 138, 145, 151a, 162, 167, 168):

Abrechnung vom 26.10.2001 bis 31.7.2001 8.050,12 EUR Abrechnung vom 14.12.2001 bis 22.9.2001 10.681,89 EUR  
Abrechnung vom 8.2.2002 bis 31.12.2001 2.375,10 EUR Abrechnung vom 8.2.2002 bis 28.1.2002 2.216,76 EUR Abrechnung vom  
23.4.2002 bis 29.1.2002 4.591,86 EUR Abrechnung vom 25.4.2002 bis 22.4.2002 2.058,42 EUR Abrechnung vom 1.6.2002 bis  
28.5.2002 2.850,12 EUR Abrechnung vom 27.6.2002 bis 24.6.2002 2.078,82 EUR Abrechnung vom 22.8.2002 bis 5.8.2002  
3.280,82 EUR Abrechnung vom 2.10.2002 bis 30.9.2002 4.401,10 EUR

Im Dezember 2002 erbrachte die Klägerin letztmals Leistungen für die Behandlung des F. (Verwaltungsakte S. 165).

Mit Schreiben vom 16.1.2004 machte die Klägerin bei der Beklagten nach Beendigung des Klageverfahrens des F. vor dem Sozialgericht Lüneburg einen Erstattungsanspruch in Höhe von 71.147,00 EUR geltend.

Die Beklagte befragte den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung im Land B. (MDK). Zuvor hatte sie die Klägerin wegen des Erstattungsverlangens wiederholt um Geduld gebeten, man habe Ermittlungen eingeleitet, die noch nicht abgeschlossen seien (Schreiben vom 28.1.2004, 28.5.2004, 24.8.2004, 9.9.2004, 27.10.2004, 28.12.2004, 20.1.2005).

Im MDK-Gutachten nach Aktenlage vom 10.3.2005 führte Dr. K. - nach allgemeinen Darlegungen zum HWS-Schleudertrauma - aus, da F. vor dem Unfallereignis beschwerdefrei gewesen sei, seien die festgestellten Bandscheibenvorfälle mit hoher Wahrscheinlichkeit auf das Unfallgeschehen zurückzuführen. Im Hinblick darauf, dass man beim erwachsenen Menschen nicht von primär gesunden Bandscheiben ausgehen könne, sei die von den Unfallversicherungen geforderte körperliche Unversehrtheit als Ausgangssituation irrelevant. Ein gewisses Maß an degenerativer Vorschädigung mit gesteigerter Verletzlichkeit der Bandscheiben müsse vorausgesetzt werden. Die Zurückführung des Körperleidens des F. auf die degenerativen Veränderungen sei nicht nachvollziehbar. Das Vorhandensein einer Schadensanlage schließe nicht aus, den Körperschaden als durch das Unfallereignis mitverursacht anzusehen. Eine so genannte Gelegenheitsursache könne im Hinblick auf die Schwere des Unfalls nicht angenommen werden. Die röntgenologisch nachgewiesene Krankheitsanlage des F. sei weder

stark noch leicht ansprechbar gewesen. Insgesamt stehe außer Zweifel, dass F. bei dem Unfall eine schwere Distorsionsverletzung der HWS erlitten habe; eine gewöhnliche Distorsion liege nicht vor. Deswegen sei F. bis 16.12.2002 arbeitsunfähig gewesen. Das Fehlen vorbestehender Beschwerden und die lediglich alterstypischen röntgenologischen Veränderungen sprächen für den Unfallzusammenhang. Die Dauer der Arbeitsunfähigkeit vom 19.6.2001 bis 16.12.2002 sowie die stationäre Behandlung vom 2.1.2002 gingen zu Lasten der Klägerin.

Mit Schreiben vom 18.3.2005 lehnte die Beklagte das Erstattungsbegehren der Klägerin unter Hinweis auf das MDK-Gutachten vom 10.3.2005 ab.

Die Klägerin erhob die gutachterliche Stellungnahme des Dr. B. vom 8.8.2005. Dieser führte zusammenfassend aus, die These des MDK-Gutachters Dr. K., Beschleunigungstraumen stellten unvollständige Bandverletzungen dar, finde im einschlägigen Schrifttum keine Stütze. Dr. K. berufe sich auf Veröffentlichungen des Radiologen Dr. V ... Dieser sehe freilich seit Jahrzehnten Veränderungen auf Computer- und Kernspintomographieaufnahmen, die Spitzenradiologen aus ganz Deutschland nicht nachvollziehen könnten, wodurch unerfahrene Ärzte, wie Dr. K., in die Irre geleitet würden. Insgesamt würden Unsinnigkeiten vorgetragen, die man auch nicht andeutungsweise ernst nehmen könne. Vorliegend könne allenfalls eine dreiwöchige unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit anerkannt werden (Stellungnahme vom 31.8.2005).

Die Klägerin erhob außerdem das Gutachten des Dr. Sch. (Oberarzt am Städtischen Klinikum L., Klinik für Unfall-, Wiederherstellungs- und orthopädische Chirurgie) vom 6.12.2005 mit neurologischem Zusatzgutachten des Prof. Dr. H. vom 27.3.2006. Dr. Sch. untersuchte den F. am 1.12.2005 und führte aus, F. habe einen Verkehrsunfall erlitten und sich dabei eine HWS-Distorsion zugezogen. Bei umfangreicher Diagnostik und Therapie habe eine konservative Behandlung stattgefunden. Bei der Untersuchung am 1.12.2005 habe man keine Unfallfolgen gefunden. Ein Kausalzusammenhang im Sinne der Entstehung zwischen dem Unfall und den jetzigen Beschwerden könne nicht gesehen werden. Die morphologischen Veränderungen im Sinne von degenerativen Ausziehungen und Bandscheibenveränderungen seien bereits zum Unfallzeitpunkt vorhanden gewesen, wie die am Unfalltag durchgeführten Röntgenaufnahmen und das am 17.8.2001 vorgenommene MRT bewiesen. Dafür spreche auch, dass in der zweiten MRT-Untersuchung vom 3.1.2002 über deutliche degenerative Veränderungen der Segmente C4 bis C7 berichtet worden sei. Die berichteten Bandscheibenprotrusionen fänden sich in diesem Maße bei dieser Untersuchung im Gegensatz zur Voruntersuchung vom 17.8.2001 nicht wieder. Es sei jedoch nicht denkbar, dass es innerhalb von sechs Monaten nach dem Unfall zu derartigen degenerativen Veränderungen, wie im MRT vom 3.1.2002 sichtbar, kommen könne. Allenfalls könne eine vorübergehende Verschlimmerung einer Aufbraucherkrankung durch die erlittene Beschleunigungsverletzung angenommen werden. Die beschriebenen degenerativen Veränderungen erhöhten eher die Verletzlichkeit und führten zu einer verlängerten Beschwerdesymptomatik. Nach einem halben Jahr sei aber von einem Überwiegen des naturgemäß langsam fortschreitenden Aufbrauchs auszugehen. Eine nachhaltige Verschlimmerung sei nicht anzunehmen.

Prof. Dr. H. untersuchte den F. ebenfalls und führte in seinem neurologischen Zusatzgutachten aus, bei dem Unfall sei es zu einem Frontalaufprall gekommen. Dabei trete eine wesentlich physiologischere Inklination des Kopfes als bei einem Heckauffahrunfall ein. Eine traumatische Verletzung des cervikalen Bandapparats führe stets zu einem heftigen sofortigen Schmerz. Ein schmerzfreies Intervall (wie bei F.) spreche gegen eine Bandverletzung. Traumatische Bandscheibenläsionen setzten eine schwere HWS-Beschleunigung voraus. Sie führten zu einem sofortigen Schmerz und deutlichen muskuloskelettalen Befunden und seien praktisch immer mit knöchernen Verletzungen kombiniert. Nach dem Durchgangsarztbericht habe bei F. kein Druckschmerz über den Dornfortsätzen oder über den Facettengelenken bestanden. Die Röntgenaufnahmen der HWS hätten degenerative Veränderungen, jedoch keine knöchernen Verletzungsfolgen gezeigt. Dass eine Verletzung, bei der kein sofortiger Schmerz, keine lokale Druckschmerzhaftigkeit und keine knöcherne Verletzung bestünden, die Ursache für Bandscheibenläsionen in gleich drei Etagen sein solle, sei mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit auszuschließen. Radikuläre Reizerscheinungen in Form von Armschmerzen und Parästhesien der Finger seien bei F. erst mit einer zeitlichen Verzögerung von drei Wochen nach dem Unfall aufgetreten. Dieser zeitliche Verlauf spreche eindeutig gegen einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Unfall und geschilderten Beschwerden. Auch bei einer richtunggebenden Verschlimmerung des degenerativen Leidens durch den Unfall, z.B. durch plötzliche Kompression einer schon durch das Bandscheibenleiden vorgeschädigten Nervenwurzel, hätten sich unmittelbar nach dem Unfall radikuläre Symptome zeigen müssen. Zusammenfassend habe F. bei dem Unfall eine HWS-Beschleunigungsverletzung leichten Grades erlitten, die zu anfänglichen Nackenschmerzen geführt habe. Mit deutlicher zeitlicher Verzögerung seien radikuläre Beschwerden in den Armen aufgetreten. Diese seien Folge eines unfallunabhängigen degenerativen HWS-Leidens, das bereits in den am Unfalltag angefertigten Nativaufnahmen dokumentiert und in den späteren kernspintomographischen Aufnahmen detaillierter dargestellt worden sei. Auf neurologischem Fachgebiet habe der Unfall zu keinem Zeitpunkt zu einer Minderung der Erwerbsfähigkeit geführt.

Unter dem 18.4.2006 teilte Dr. Sch. abschließend mit, der Zeitraum der anzuerkennenden unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit werde retrospektiv bis zum 28.12.2001 angenommen. F. sei nach eigenen Angaben bis ins Jahr 2003 krankgeschrieben gewesen.

Mit Schreiben vom 26.6.2006 erklärte sich die Klägerin bereit, die Zeit bis 28.12.2001 als unfallbedingte vorübergehende Verschlimmerung eines vorbestehenden Leidens des F. anzuerkennen. Im Übrigen beharrte sie auf ihrer Erstattungsforderung. Die Beklagte wurde um Mitteilung gebeten, ob sie sich diesem Vorschlag anschließen könne.

Die Beklagte befragte erneut den MDK und bat die Klägerin deswegen hinsichtlich des Erstattungsanspruchs wiederum mehrfach um Geduld (Schreiben vom 1.9.2006, 9.10.2006, 27.11.2006). Dr. K. führte in der MDK-Stellungnahme vom 11.1.2007 unter Bezugnahme auf Untersuchungen (u.a.) an Leichen aus, kleine Vorderkantenabbrüche und Risse des gelben Bandes seien röntgenologisch nicht nachweisbar. Neben den Regelfällen müssten deswegen auch Ausnahmefälle ins Kalkül einbezogen werden. Sollte die Verordnung einer Halskrause, was Prof. Dr. H. als Vermutung geäußert habe, zu einer Verschlimmerung geführt haben, wäre auch dies unfallbedingt. Im Übrigen liege eine - gegen Alltagsvorgänge beliebig austauschbare - Gelegenheitsursache, die eine Krankheitsanlage aktiviert habe, nicht vor. Der Unfall des F. stelle die wesentliche, wenn nicht die alleinige Ursache der Beschwerden des F. dar. Der Röntgenbefund (nach dem Unfall) ändere daran nichts. Die Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit des F. bis 16.12.2002 seien als Unfallfolge zu werten.

Mit Schreiben vom 15.1.2007 lehnte die Beklagte das Erstattungsverlangen der Klägerin erneut unter Hinweis auf das MDK-Gutachten vom 11.1.2007 ab. Ergänzend führte sie im Schreiben vom 17.7.2007 aus, der Erstattungsanspruch scheitere auch an der Ausschlussfrist des [§ 111 SGB X](#). Die Anmeldung des Erstattungsanspruchs im Schreiben der Klägerin vom 25.2.2002 entspreche nicht den gesetzlichen Anforderungen, da sie ausdrücklich nur vorsorglich erklärt worden sei. Notwendig sei aber ein unbedingtes Einfordern.

Nachdem eine außergerichtliche Einigung (endgültig) gescheitert war (Schreiben der Klägerin vom 6.7.2007, Schreiben der Beklagten vom 17.7.2007), erhob die Klägerin am 30.7.2007 Klage beim Sozialgericht Mannheim. Sie trug vor, die von ihr veranlasste Begutachtung des F. habe ergeben, dass unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit höchstens für 6 Monate (bis 28.12.2001) angenommen werden könne. Die Beklagte setze den 4 Zusammenhangsgutachten lediglich 2 Stellungnahmen des MDK nach Aktenlage entgegen. Streitig sei der Zeitraum vom 29.12.2001 bis 16.12.2002 (Ende eines insgesamt 78 Wochen umfassenden Krankengeldanspruchs des F.). Hierauf entfalle ein Erstattungsbetrag von 47.040,18 EUR. Der Erstattungsbetrag umfasse Heilbehandlungskosten (19.980 EUR), Verletztengeld (1.12.2001 bis 30.9.2002: 19.912,20 EUR), Sozialversicherungsbeiträge (1.12.2001 bis 30.9.2002: 6.470,71 EUR), Fahrtkosten (24.9.2001 bis 28.12.2001: 200,20 EUR) und Verwaltungskosten (1.12.2001 bis 30.9.2002: 477,07 EUR). Der Erstattungsanspruch sei seinerzeit formgerecht angemeldet worden; eine genaue Bezifferung sei noch nicht möglich gewesen. Man habe aber zum Ausdruck gebracht, dass an der eigenen Leistungszuständigkeit konkrete Zweifel bestünden und die Zuständigkeit der Beklagten in Betracht komme. Davon abgesehen sei die Beklagte zur Auszahlung des Verletztengeldes (kraft entsprechender Verwaltungsvereinbarung) zuständig gewesen.

Die Beklagte bezog sich auf die von ihr eingeholten MDK-Stellungnahmen, legte eine weitere MDK-Stellungnahme des Dr. K. vom 5.3.2008, der an seiner Auffassung festhielt, vor und bekräftigte ihr Vorbringen, wonach die Klägerin den Erstattungsanspruch nicht formgerecht geltend gemacht habe (vgl. BSG Urt. v. 8.3.1990, - [3 RK 12/89](#) -); eine vorläufige Anmeldung genüge zur Wahrung der Ausschlussfrist in [§ 111 SGB X](#) nicht. Die Klägerin hätte den Erstattungsanspruch unbedingt und konkret geltend machen müssen (vgl. BSG, Urt. v. 24.2.2004, - [B 2 U 29/03 R](#) -; Urt. v. 22.8.2000, - [B 2 U 24/99 R](#) -; Urt. v. 23.2.1999, - [B 1 KR 11/97 R](#) -; Urt. v. 28.11.1990, - [5 RJ 50/89](#) -). Die Ausschlussfrist habe am 1.10.2002 begonnen und am 30.9.2003 geendet. Die (erstmalige) konkrete Geltendmachung des Erstattungsanspruchs mit Schreiben vom 16.1.2004 sei daher verspätet. Im Übrigen stünden ihr nach Auffassung des Dr. K. selbst Erstattungsansprüche hinsichtlich an F. gezahlten Krankengeldes zu, da von unfallbedingter Arbeitsunfähigkeit des F. bis zum Ablauf der 78. Woche auszugehen sei (Zeitraum 1.10. bis 16.12.2002). Nach dem Recht der Krankenversicherung könne ein etwaiger Erstattungsanspruch der Klägerin allenfalls 44.195,19 EUR betragen (Aufstellung SG-Akte S. 18,19).

Das Sozialgericht zog die Akten des von F. beim Sozialgericht Lüneburg betriebenen Klageverfahrens bei. Es stellte fest, dass Ermittlungen vor Klagerücknahme nicht stattgefunden haben (Vermerk vom 9.2.2009). Die Akten der Staatsanwaltschaft Lüneburg bzw. der Bußgeldstelle des Landkreises U. zum Unfall des F. sind nicht mehr verfügbar; sie wurden bei einem Wasserschaden vernichtet (Vermerk vom 21.2.2006, Schreiben vom 21.3.2006, Verwaltungsakte S. 233, 250).

In der mündlichen Verhandlung des Sozialgerichts vom 22.1.2010 berief sich die Beklagte hilfsweise auf Verjährung.

Mit Urteil vom 22.1.2010 verurteilte das Sozialgericht die Beklagte, an die Klägerin 47.040,18 EUR zu zahlen. Zur Begründung führte es aus, der Erstattungsanspruch beruhe auf [§ 105 Abs. 1 SGB X](#). Danach sei der zuständige oder zuständig gewesene Leistungsträger erstattungspflichtig, wenn ein unzuständiger Leistungsträger Sozialleistungen erbracht habe, ohne dass die Voraussetzungen des [§ 102 Abs. 1 SGB X](#) vorlägen, soweit dieser nicht bereits vor Kenntniserlangung von der Leistung des anderen Leistungsträgers selbst geleistet habe. Der Umfang des Erstattungsanspruchs richte sich nach den für den zuständigen Leistungsträger geltenden Rechtsvorschriften ([§ 105 Abs. 2 SGB X](#)). Die Voraussetzungen dieser Vorschriften seien erfüllt. Die Klägerin habe als nach dem 29.12.2001 unzuständiger Leistungsträger für F. Sozialleistungen (Behandlungs- und Hilfsmittelkosten, Verletztengeld, Sozialversicherungsbeiträge) von insgesamt 47.040,18 EUR erbracht. Die Beklagte wäre zur Leistungserbringung gem. [§ 27 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch \(SGB V\)](#) zuständig gewesen.

Nach dem 29.12.2001 hätten Unfallfolgen bei F. nicht mehr vorgelegen. Dieser habe sich bei dem Verkehrsunfall (Wegeunfall) ein HWS-Beschleunigungstrauma I. Grades zugezogen. Das gehe aus dem Bericht des Dr. H. vom 10.1.2002 hervor; danach hätten sich die Beschwerden des F. im Bereich der Halswirbelsäule bereits am 10.1.2002 gebessert. Die zeitnah durchgeführte MRT-Untersuchung habe eine Steilstellung der Halswirbelsäule und degenerative Veränderungen der Halswirbelkörper 4/5 und 6/7 gezeigt. Außerdem habe man im gesamten Bereich der Halswirbelsäule degenerative Veränderungen nachgewiesen, die keine Unfallfolgen sein könnten. Hierauf gestützt habe Dr. Sch. im neurologischen Gutachten vom 2.4.2002 die Auffassung vertreten, dass F. bei dem Unfall zwar eine HWS-Distorsion erlitten haben könne, die nachweisbare C-7-Wurzelkompressionssymptomatik allerdings nach Auswertung der Unterlagen nicht auf den Unfall zu beziehen sei. Auf neurologischem Fachgebiet habe er deswegen Unfallfolgen nicht mehr gefunden.

Dr. B. habe das im Gutachten vom 10.4.2002 nachvollziehbar und schlüssig bestätigt und insbesondere dargelegt, dass Nervenengpässe im Bereich der Halswirbelsäule jederzeit zu Nervenirritationen führen könnten. Solche Irritationen könnten auch durch eine unphysiologische Ausschlagbewegung, wie bei einem Unfall, eintreten, wenn Nervenstrukturen gequetscht würden. Der Gutachter habe dies hier überzeugend ausgeschlossen, da Schädigungen von Nervenstrukturen unmittelbar zu heftigen segmentbezogenen Beschwerden führten, die bei F. unmittelbar und zeitnah nach dem Unfall von den untersuchenden Ärzten nicht festgestellt worden seien. Deswegen seien Nervenstränge - so Dr. B. - nicht beschädigt worden. Bestätigt werde dies dadurch, dass erste neurologische Symptome erst drei Wochen nach dem Unfallereignis aufgetreten seien. Diese neurologischen Symptome seien durch den Unfall nicht verursacht. Zur gleichen Einschätzung seien die Gutachter Dr. Sch. und Prof. Dr. H. in den Gutachten vom 6.12.2005 und 27.3.2006 gelangt. Beide hätten dargelegt, das Auftreten der neurologischen Symptomatik bei F. sei wegen der deutlichen zeitlichen Verzögerung nicht mit dem Unfallereignis und der dabei erlittenen HWS-Distorsion in Zusammenhang zu bringen.

Dr. K. habe das in seinen MDK-Stellungnahmen nicht hinreichend berücksichtigt. Unerfindlich sei schon, weshalb er die neurologischen Beschwerden des F. nicht auf degenerative Veränderungen im Bereich der HWS zurückführen wolle, nachdem gerade degenerative Veränderungen häufig zu Beschwerden der von F. angegebenen Art führten. Die Annahme des Dr. K., bei F. lägen allenfalls alterstypische röntgenologische Veränderungen vor, sei durch den Befundbericht des Dr. N. vom 11.2.2002 widerlegt. Damit sei der Auffassung des Dr. K. aber die Grundlage entzogen. Insgesamt habe der Unfall - so Dr. Sch. und Prof. Dr. H. - allenfalls eine vorübergehende, am 29.12.2001 jedenfalls folgenlos ausgeheilte HWS-Distorsion verursacht. Die fortbestehende Behandlungsbedürftigkeit und Arbeitsunfähigkeit des F. sei daher nicht mehr Folge des bei dem Wegeunfall erlittenen Traumas, sondern Folge einer anderen, davon grundsätzlich unabhängigen Erkrankung. Für die deswegen zu erbringenden Sozialleistungen sei die Beklagte zuständig.

Die Höhe der Erstattungsforderung sei nicht zu beanstanden. Die Klägerin habe die geltend gemachten Kosten im Einzelnen beziffert. Stichhaltige Einwendungen habe die Beklagte dagegen nicht erhoben.

Die Klägerin habe auch die Ausschlussfrist des [§ 111 SGB X](#) gewahrt. Nach dieser Vorschrift sei der Anspruch auf Erstattung ausgeschlossen, wenn der Erstattungsberechtigte ihn nicht spätestens zwölf Monate nach Ablauf des letzten Tages, für den die Leistung erbracht worden sei, geltend mache. Die Frist beginne frühestens mit dem Zeitpunkt, zu dem der erstattungsberechtigte Leistungsträger von der Entscheidung des erstattungspflichtigen Leistungsträgers über seine Leistungspflicht Kenntnis erlangt habe. Die Klägerin habe Leistungen für F. letztmals am 16.12.2002 erbracht. Die Ausschlussfrist für die zuletzt erbrachte Leistung habe daher am 16.12.2003 geendet. Zuvor habe die Klägerin den Erstattungsanspruch mit Schreiben vom 25.2.2002 rechtswirksam geltend gemacht. Ein Erstattungsanspruch dürfe auch vorsorglich angemeldet werden. Es genüge, wenn sich aus der Anforderung ergebe, dass ein Leistungsträger Leistungen erbringe, obwohl er sich nicht für zuständig halte. Außerdem müssten Art und Umfang der Leistungen bezeichnet werden, so dass der in Anspruch genommene Erstattungspflichtige sich darüber klar werden könne, ob er erstattungspflichtig sei, welche Leistungen im Raum stünden und welche Kosten in etwa auf ihn zukämen. Die Klägerin habe im Schreiben vom 25.2.2002 die einzelnen Leistungen (ambulante Behandlung, Verletztengeld, Reha-Beiträge und Kosten für stationäre Behandlung sowie Leistungen während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit) bezeichnet. Unbeschadet der Wendung "vorsorglich" sei in dem genannten Schreiben hinreichend deutlich geworden, dass die Klägerin rechtssichernd tätig werden wolle. Die Anmeldung müsse dem erstattungspflichtigen Leistungsträger ermöglichen zu prüfen, ob die Erstattungsforderung ausgeschlossen sei. Das könne er auch ohne genaue Bezifferung der Forderung, wenn die Umstände für die Entstehung des Erstattungsanspruchs und der Leistungszeitraum hinreichend konkret mitgeteilt würden. Da ein Erstattungsanspruch auch vor Ablauf der Ausschlussfrist geltend gemacht werden könne, genügten insoweit allgemein gehaltene Angaben (BSG, Ur. v. 30.6.2009, - [B 1 KR 21/08 R](#) - ).

Verjährung sei ebenfalls nicht eingetreten. Gem. [§ 113 Abs. 1 SGB X](#) verjährten Erstattungsansprüche in vier Jahren nach Ablauf des Kalendertages, an dem der erstattungsberechtigte Leistungsträger von der Entscheidung des erstattungspflichtigen Leistungsträgers über dessen Leistungspflicht Kenntnis erlangt habe. Für Hemmung, Ablaufhemmung, Neubeginn und Wirkung der Verjährung gälten die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) sinngemäß ([§ 113 Abs. 2 SGB X](#)). Bei Klageerhebung am 20.7.2007 sei die Verjährungsfrist noch nicht abgelaufen gewesen, da die Zeit ab Zugang des Schreibens der Klägerin vom 25.2.2002 bis jedenfalls 18.6.2007 wegen Hemmung der Verjährung unberücksichtigt bleibe. Gem. [§ 203 BGB](#) begründe das Schweben von Verhandlungen zwischen Schuldner und Gläubiger über den Anspruch oder die den Anspruch begründenden Umstände die Hemmung so lange, bis der eine oder der andere Teil die Fortsetzung der Verhandlung verweigere. Verhandlungen im eigentlichen Sinne hätten zwar nicht stattgefunden. Allerdings sei unter den Beteiligten ein Verfahren (im weiteren Sinne) über die Leistungszuständigkeit anhängig gewesen, das von Unsicherheiten hinsichtlich medizinischer Fragestellungen und Beweiswürdigungen geprägt gewesen sei. Die Beteiligten hätten diese Unsicherheiten durch die Einholung von Gutachten klären wollen. Die Beklagte habe dabei nicht den Eindruck grundsätzlicher Zahlungsunwilligkeit erweckt, vielmehr die Bereitschaft vermittelt, bei überzeugenden medizinischen Argumenten den Erstattungsanspruch erfüllen zu wollen. Im Hinblick auf die vertrauensvolle Zusammenarbeit öffentlicher Stellen müsse dieser Sachverhalt dem Schweben von Vertragsverhandlungen gleich gestellt werden. Deshalb könne dahinstehen, ob der von der Beklagten erstmals in der mündlichen Verhandlung vom 22.1.2010 erhobene Verjährungseinwand verwirkt wäre.

Auf das ihr am 6.4.2010 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 5.5.2010 Berufung eingelegt. Sie bekräftigt ihr bisheriges Vorbringen und trägt ergänzend vor, die bei F. gefundenen degenerativen Veränderungen stellten lediglich eine Krankheitsanlage dar, die nichts daran ändere, dass die Beschwerden wesentlich auf dem Unfall beruhten. F. habe vor dem Unfall keine Beschwerden gehabt und sei wegen der degenerativen Veränderungen nicht behandelt worden. Das Unfallereignis sei (im unfallversicherungsrechtlichen Sinne) wesentliche Ursache, wenn eine Krankheitsanlage zur Entstehung krankhafter Veränderungen einer besonderen, in ihrer Art unersetzlichen äußeren Einwirkung bedürfe und diese im Unfallereignis enthalten sei, oder der Gesundheitsschaden ohne das Unfallereignis zu einem — nicht unwesentlich (ein Jahr) — späteren Zeitpunkt aufgetreten wäre (vgl. etwa BSG, Ur. v. 12.4.2005, - [B 2 U 27/04 R](#) -; Ur. v. 10.10.2006, - [B 2 U 41/05 R](#) -). Damit habe sich das Sozialgericht nicht auseinandergesetzt. Es habe auch zu Unrecht die Voraussetzungen der Ausschlussfrist in [§ 111 SGB X](#) verneint. Das Schreiben der Klägerin vom 25.2.2002 habe diese Frist nicht gewahrt, da der Erstattungsanspruch nur vorsorglich angemeldet worden sei (vgl. BSG, Ur. v. 22.8.2000, - [B 2 U 24/99 R](#) -). Den einschlägigen Anforderungen habe erst das (verspätete) Schreiben vom 16.1.2004 genügt. Für den Beginn der Ausschlussfrist komme es schließlich nicht darauf an, wann der Erstattungsberechtigte Kenntnis von einer Entscheidung des erstattungspflichtigen Leistungsträgers erlangt habe, da für Leistungen der Krankenkassen das Sachleistungsprinzip gelte und ein Verwaltungsakt daher regelmäßig nicht ergehe (vgl. etwa BSG, Ur. v. 10.5.2005, - [B 1 KR 20/04 R](#) -). Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 22.1.2010 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verteidigt das angefochtene Urteil und trägt ergänzend vor, im Hinblick auf die Einschätzungen der Gutachter sei sie vergleichsweise bereit gewesen, eine unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit des F. nicht nur für 3 Wochen, sondern für 6 Monate anzuerkennen und auf Erstattungsansprüche vor dem 28.12.2001 zu verzichten. Die Ausschlussfrist des [§ 111 SGB X](#) sei mit ihrem Schreiben vom 25.2.2002 gewahrt worden.

Beide Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung gem. [§ 124 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) einverstanden erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf deren Schriftsätze sowie die Akten der Klägerin, der Beklagten, des Sozialgerichts und des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Beklagten, über die der Senat im Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung gem. [§ 124 Abs. 2 SGG](#) entschieden hat, ist gem. [§§ 143, 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGG](#) ohne Zulassung durch das Sozialgericht statthaft. Der Beschwerdewert des [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGG](#) (10.000 EUR) ist bei einem streitigen Erstattungsbetrag von 47.040,18 EUR überschritten. Die Berufung ist auch

sonst gem. [§ 151 SGG](#) zulässig. Sie ist jedoch nicht begründet. Das Sozialgericht hat die Beklagte zu Recht zur Erstattung der an den F. nach dem 29.12.2001 (im Auftrag der Klägerin) erbrachten Leistungen verurteilt.

I.

Der Klägerin steht der geltend gemachte Erstattungsanspruch gem. [§ 105 Abs. 1 SGB X](#) zu. Gegen die Berechnung des Erstattungsbetrags sind stichhaltige Einwendungen nicht geltend gemacht; Berechnungsfehler sind nicht ersichtlich.

[§ 105 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) bestimmt: Hat ein unzuständiger Leistungsträger Sozialleistungen erbracht, ohne dass die Voraussetzungen des [§ 102 Abs. 1 SGB X](#) (vorläufige Leistungen) vorliegen, ist der zuständige oder zuständig gewesene Leistungsträger erstattungspflichtig, soweit dieser nicht bereits selbst geleistet hat, bevor er von der Leistung des anderen Leistungsträgers Kenntnis erlangt hat. Der Umfang des Erstattungsanspruchs richtet sich nach den für den zuständigen Leistungsträger geltenden Rechtsvorschriften ([§ 105 Abs. 2 SGB X](#)).

Die Voraussetzungen des [§ 105 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) sind erfüllt. Die Klägerin war für Leistungen an den F. (jedenfalls) ab dem 29.12.2001 nicht mehr zuständig und hat deswegen mit der Gewährung von Heilbehandlungen und der Zahlung von Verletztengeld ([§ 45 Sozialgesetzbuch Siebtes Buch, SGB VII](#)) als unzuständiger Leistungsträger Sozialleistungen erbracht; vorläufige Leistungen nach [§ 102 SGB X](#) stehen nicht in Rede. Die über den 29.12.2001 hinaus fortbestehende Erkrankung des F. beruhte nicht auf den Folgen des Wegeunfalls vom 18.6.2001, sondern war wesentlich verursacht durch degenerative Veränderungen an der Halswirbelsäule als anlagebedingtes Leiden. Für die Krankenbehandlung des F. und die Zahlung von Krankengeld wegen krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit war daher die Beklagte zuständig ([§§ 2, 27, 44 SGB V](#)).

Der Träger der Unfallversicherung ist für Leistungen nur zuständig, wenn der Gesundheitsschaden des Verletzten durch ein versichertes Ereignis verursacht ist, wozu neben Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten gem. [§ 8 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII](#) auch Wegeunfälle (auf dem unmittelbaren Weg nach und von dem Ort der Tätigkeit) gehören. Das versicherte Ereignis muss (im Sinne haftungsausfüllender Kausalität) rechtlich wesentliche Ursache des Gesundheitsschadens sein (dazu eingehend etwa BSG, Urt. v. 9.5.2006, - [B 2 U 1/05 R](#) -). Wenn die kausale Bedeutung einer äußeren Einwirkung mit derjenigen einer bereits vorhandenen krankhaften Anlage zu vergleichen und abzuwägen ist, ist darauf abzustellen, ob die Krankheitsanlage so stark oder so leicht ansprechbar war, dass die Auslösung akuter Erscheinungen aus ihr nicht besonderer, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkungen bedurfte, sondern dass jedes andere alltäglich vorkommende Ereignis zu derselben Zeit die Erscheinung ausgelöst hätte. Bei der Abwägung kann der Schwere des Unfallereignisses Bedeutung zukommen. In beweisrechtlicher Hinsicht muss der je nach Fallgestaltung ggf. aus einem oder mehreren Schritten bestehende Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den Unfallfolgen als anspruchsbegründende Voraussetzung positiv festgestellt werden. Für die Feststellung dieses Ursachenzusammenhangs (der haftungsbegründenden und der haftungsausfüllenden Kausalität) genügt hinreichende Wahrscheinlichkeit. Diese liegt vor, wenn mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht und ernste Zweifel ausscheiden; die reine Möglichkeit genügt nicht (BSG, Urt. v. 9.5.2006, - [B 2 U 1/05 R](#) -).

Die bei F. ab dem 29.12.2001 (weiter) vorliegenden Gesundheitsschäden beruhten danach nicht rechtlich wesentlich auf den Folgen des Wegeunfalls vom 18.6.2001, sondern auf dessen anlagebedingten und unfallunabhängig vorbestehenden degenerativen Veränderungen an der HWS. Der Senat teilt die Beweiswürdigung des Sozialgerichts. Auch nach seiner Auffassung geht aus den (Zusammenhangs-)Gutachten der Dres. B. und Sch. sowie des Dr. Sch. und des Prof. Dr. H. überzeugend hervor, dass (jedenfalls) seit dem 29.12.2001 Unfallfolgen nicht mehr vorlagen. Demgegenüber können die von der Beklagten vorgelegten (Akten-)Gutachten des MDK nicht überzeugen.

F. erlitt bei dem Unfall ein leichtgradiges HWS-Beschleunigungstrauma. Das hat Prof. Dr. H. im Gutachten vom 27.3.2006 überzeugend angenommen und sich dabei schlüssig auf die vorliegenden, insbesondere in nahem zeitlichem Zusammenhang zum Unfall erhobenen, medizinischen Befunde gestützt. Demgegenüber kommt es ausschlaggebend auf den - wegen Aktenverlusts in allen Einzelheiten nicht mehr näher aufklärbaren - Unfallhergang und die Angaben des F. (etwa) zur Geschwindigkeit seines Fahrzeugs nicht an. Bei der Röntgenuntersuchung der HWS unmittelbar nach dem Unfall wurden knöcherne Verletzungen als Unfallfolgen nicht festgestellt; deswegen diagnostizierte auch der Durchgangsarzt lediglich ein Beschleunigungstrauma I. Grades als - so Dr. B. im Gutachten vom 10.4.2002 - vergleichsweise harmlose Unfallfolge. Allerdings wurden nach dem Unfall neben einer Steilstellung der HWS erhebliche degenerative Veränderungen gefunden, die sich auf fast alle cervikalen Segmente erstreckten (MRT vom 3.1.2002). Im Befundbericht vom 11.2.2002 nahm schon Dr. N. deshalb an, dass die geklagten Beschwerden des F. keinesfalls allein den Unfallfolgen zugerechnet werden könnten und Näheres durch eine Zusammenhangsbegutachtung geklärt werden müsse.

Bei der sodann durchgeführten Zusammenhangsbegutachtung präziserte Dr. Sch. (Gutachten vom 2.4.2002) die vorbestehenden degenerativen Veränderungen an der HWS des F. insoweit, als er knöcherne Engen und medio-laterale Bandscheibenvorfälle linksseitig von HWK 4 bis HWK 7 feststellte. Diese Krankheitserscheinungen sind (unstreitig) nicht Folge des Unfalls, sondern durch Abnutzungserscheinungen bedingt. Dr. B. konstatierte ebenfalls, dass bei der Röntgendiagnostik unmittelbar nach dem Unfall keine knöchernen Verletzungen, wohl aber degenerative HWS-Veränderungen vorgefunden wurden. Bei der klinischen Untersuchung am Unfalltag durch den Durchgangsarzt Dr. P. war die HWS allseits eingeschränkt beweglich, wobei jedoch weder die Wirbelgelenke geschmerzt hatten noch druckempfindliche Dornfortsätze tastbar waren. Deswegen erachtete Dr. B. eine unfallbedingte Irritation des oberen Achsenorgans nachvollziehbar als unwahrscheinlich, während andererseits die beschriebenen Engpässe jederzeit zu Nervenirritationen führen können. Da erste neurologische Symptome erst drei Wochen nach dem Unfall auftraten, konnte Dr. B. die Beschwerden des F. nicht mehr auf den Unfall beziehen. Bei einer unfallbedingten Irritation von Nervensträngen der HWS hätte es nämlich innerhalb kurzer Zeit zu einer eindeutig neurologisch zuordenbaren Symptomatik kommen müssen, die hier freilich ausgeblieben war. Dr. B. kam damit überzeugend zu der Erkenntnis, dass die ab 29.12.2001 fortbestehende (von F. offenbar auch aggravierte) Symptomatik Folge der degenerativen HWS-Veränderungen war und mit dem Unfallereignis nicht in Zusammenhang stand. Dieses führte auch nicht zu einer wesentlichen Verschlimmerung des anlagebedingten Leidens des F., so dass Unfallfolgen nicht mehr vorlagen.

Diese Einschätzung bestätigte sich in der weiteren Zusammenhangsbegutachtung durch Dr. Sch. und Prof. Dr. H. ... Dr. Sch. betonte im Gutachten vom 6.12.2005 ebenfalls, dass die morphologischen Veränderungen an der HWS des F. im Sinne von Ausziehungen und Bandscheibenveränderungen bereits zum Unfallzeitpunkt vorgelegen hatten. Er nahm deswegen überzeugend eine allenfalls vorübergehende Verschlimmerung der Aufbraucherkrankung an, die aber ein halbes Jahr nach dem Unfall vom 18.6.2001 - und damit in

jedem Fall ab 29.12.2001 - wieder zurückgegangen war. Prof. Dr. H. ergänzte im Gutachten vom 27.3.2006, dass es bei dem Unfall (auch) nicht zu einer traumatischen Bandverletzung gekommen war, nachdem F. über Schmerzen nicht sofort, sondern erst nach einem schmerzfreien Intervall geklagt hatte; das deckt sich mit der Befunderhebung des Durchgangsarztes unmittelbar nach dem Unfall. Der zeitliche Verlauf der Beschwerdeangaben des F. spricht damit klar gegen einen (rechtlich wesentlichen) Ursachenzusammenhang mit dem Unfall, der – so Prof. Dr. H. – deswegen auch zu einer richtunggebenden Verschlimmerung des anlagebedingten Leidens des F. nicht geführt haben kann. Letzteres hätte sich unmittelbar nach dem Unfall durch eine radikuläre Symptomatik zeigen müssen.

Damit steht fest, dass ab 29.12.2001 bei F. Unfallfolgen nicht mehr vorlagen. Die von der Beklagten vorgelegten MDK-Gutachten rechtfertigen eine andere Sicht der Dinge nicht; sie können nicht überzeugen. Im Unterschied zu den von der Klägerin mit der Zusammenhangsbegutachtung beauftragten Sachverständigen hat Dr. K. den F. nicht untersucht und lediglich – mit erheblichem zeitlichen Abstand zum Unfallereignis im Juni 2001 – Aktengutachten (vom 10.3.2005 und 11.1.2007) angefertigt. Diese enthalten über weite Strecken nicht fallbezogene allgemeine Darlegungen zum Krankheitsbild der HWS-Distorsion, teils auch Rechtsausführungen, die die Klärung der Ursachenfrage so nicht voranbringen. Damit zusammenhängend leiden die Aktengutachten des Dr. K. außerdem daran, dass die bei F. festgestellten degenerativen Vorschädigungen in Art und konkretem Ausmaß nicht hinreichend gewürdigt wurden und Dr. K. eher losgelöst vom Fall des F. auf bei Erwachsenen (unstreitig) regelmäßig vorliegende Degenerationserscheinungen und daran anknüpfende Hypothesen zu möglichen Kausalverläufen abgestellt hat. Im Kern stützt sich Dr. K. darauf, dass F. vor dem Unfall Beschwerden an der HWS nicht gehabt hatte und deswegen (auf Kosten der Beklagten) auch nicht behandelt worden war. Damit allein ist der Unfallzusammenhang freilich nicht darzutun. Außerdem widerspricht die Annahme des Dr. K., F. habe sich bei dem Unfall eine schwere Distorsionsverletzung der HWS (Gutachten vom 10.3.2005) zugezogen, dem unfallnah erhobenen – vergleichsweise harmlosen (Dr. B., auch Dr. N. und Prof. Dr. H.) - röntgenologischen und klinischen Befund. Dr. K. hat sich schließlich mit den detailliert begründeten Einschätzungen der Dres. B. und Sch. und des Dr. Sch. bzw. des Prof. Dr. H., die sich vor allem auf die zeitnah zum Unfall und der hier maßgeblichen Zeit ab 29.12.2001 erhobenen Befunde gestützt haben, nicht hinreichend auseinandergesetzt.

II. Die Klägerin hat den Erstattungsanspruch i. S. d. [§ 111 SGB X](#) rechtzeitig geltend gemacht. Die Beklagte kann sich auf Verjährung ([§ 113 SGB X](#)) nicht berufen.

1.) Gem. [§ 111 SGB X](#) ist der Anspruch auf Erstattung ausgeschlossen, wenn der Erstattungsberechtigte ihn nicht spätestens 12 Monate nach Ablauf des letzten Tages, für den die Leistung erbracht wurde, geltend macht. 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.

Geltendmachen nach [§ 111 Satz 1 SGB X](#) verlangt nicht das Einfordern des Anspruchs vor Gericht, sondern das Behaupten des Anspruchs gegenüber dem Anspruchsgegner, lässt aber die bloße Anmeldung (im Sinne einer Ankündigung) der Forderung nicht genügen. Deswegen muss zwar der Sachverhalt, der den Erstattungsanspruch ausfüllen soll, (noch) nicht in allen Einzelheiten dargelegt, die Erstattungsforderung aber endgültig und unmissverständlich erhoben werden. Die bloß vorsorgliche und unverbindliche Anmeldung des Anspruchs wahrt die Ausschlussfrist des [§ 111 SGB X](#) grundsätzlich nicht. Notwendig ist, dass der Wille des erstattungsberechtigten Leistungsträgers erkennbar wird, zumindest rechtssichernd tätig werden (und nicht nur das – etwaige - künftige Erheben einer Erstattungsforderung ankündigen) zu wollen. Maßgeblich sind alle Umstände des Einzelfalles, auch im Zusammenhang mit der abgegebenen Erklärung; deren äußere Form oder Abfassung für sich allein ist nicht ausschlaggebend. Deswegen ist bei der Beurteilung, ob ein Erstattungsanspruch geltend gemacht worden ist, jedenfalls in Zweifelsfällen auch das Verhalten des Erstattungspflichtigen in die Beurteilung einzubeziehen, das dieser als Reaktion auf Mitteilungen des Erstattungsberechtigten zeigt, welche jener als Geltendmachen i. S. des [§ 111 Satz 1 SGB X](#) gedeutet haben möchte (BVerwG, Ur. v. 19.8.2010, - [5 C 14/09](#) -).

Der erstattungspflichtige Leistungsträger muss außerdem erkennen können, wegen welcher Leistungen er in Anspruch genommen wird, und woraus sich der Erstattungsanspruch ergeben soll. Das folgt aus dem Zweck des [§ 111 SGB X](#), der für eine möglichst rasche Klärung des Erstattungsfalls sorgen will. Hierfür genügt es, wenn sich der erstattungspflichtige Leistungsträger ein Bild über Art und Umfang der in Rede stehenden Leistungen machen kann und in die Lage versetzt wird, seine eigene Leistungszuständigkeit bzw. die Frage zu prüfen, ob er mit einer Erstattungspflicht zu rechnen hat. Einer ins Einzelne gehenden Präzisierung und Aufschlüsselung der Forderung bedarf es (auch hierfür) nicht, solange der in Anspruch genommene Leistungsträger bereits beim Zugang der Anmeldung des Erstattungsanspruchs ohne weitere Nachforschungen beurteilen kann, ob die erhobene Forderung ausgeschlossen ist. Dies kann er ohne Kenntnis des Forderungsbetrages, wenn die Umstände, die im Einzelfall für die Entstehung des Erstattungsanspruches maßgeblich sind, und der Zeitraum, für den die Sozialleistungen erbracht wurden ([§ 111 Satz 1 SGB X](#)), hinreichend konkret mitgeteilt sind. Da der Erstattungsanspruch 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 (vgl. zu alledem: BSG, Ur. v. 18.5.2004, - [B 1 KR 24/02 R](#) -; Ur. v. 24.2.2004, - [B 2 U 29/03 R](#) -; grundlegend BSG, Ur. v. 22.8.2000, - [B 2 U 24/99 R](#) -).

An das Merkmal des Geltendmachens nach [§ 111 SGB X](#) dürfen überzogene formale oder inhaltliche Anforderungen nicht gestellt werden, zumal es sich bei den am Erstattungsverfahren Beteiligten um Körperschaften des öffentlichen Rechts oder Behörden handelt, deren Vertreter Kenntnis von den jeweils in Betracht kommenden Leistungen besitzen, und der Gesetzgeber selbst keine ins Einzelne gehenden inhaltlichen Anforderungen aufgestellt hat. Vielmehr hat er den Begriff des Geltendmachens gewählt, der in der Gesetzessprache nicht eindeutig definiert ist. Die Geltendmachung von Erstattungsansprüchen geschieht durch empfangsbedürftige Willenserklärung, die mit Zugang beim Empfänger wirksam wird ([§ 130 Abs. 1 Satz 1 BGB](#)); selbst ein konkludentes Geltendmachen ist zulässig (BSG, Ur. v. 22.8.2000, - [B 2 U 24/99 R](#) -; auch BVerwG, Ur. v. 19.8.2010, - [5 C 14/09](#) -).

Davon ausgehend hat die Klägerin den Erstattungsanspruch mit ihrem Schreiben vom 25.2.2002 unter Wahrung der Anforderungen des [§ 111 Satz 1 SGB X](#) geltend gemacht. Dies geschah auch fristgerecht, nachdem für die Behandlung des F. erst im Dezember 2002 letztmals Leistungen durch die Klägerin erbracht worden waren.

Die Klägerin hat in dem genannten Schreiben Grund und Art der von ihr laufend erbrachten Leistungen bezeichnet. Sie hat die HWS-Distorsion des F. als in Rede stehende Unfallfolge mitgeteilt und ausgeführt, deswegen würden neben der Übernahme von Beiträgen

ambulante und stationäre Behandlungen sowie Verletztengeld gewährt. Näheres konnte sie, wie in dem Schreiben ebenfalls dargelegt wurde, im Hinblick auf das noch nicht abgeschlossene Feststellungsverfahren bzw. die eingeleitete Zusammenhangsbegutachtung nicht angeben. Gleichwohl war es der Beklagten als erstattungspflichtigem Leistungsträger dadurch ermöglicht, sich ein Bild über Art und Umfang der in Rede stehenden Leistungen zu machen und die eigene Leistungszuständigkeit bzw. die Frage zu prüfen, ob mit einer Erstattungspflicht zu rechnen war. Da der Erstattungsanspruch bereits geltend gemacht worden ist, bevor die Ausschlussfrist zu laufen begonnen hatte, genügen die allgemeinen Angaben im Schreiben der Klägerin vom 25.2.2002, in denen sie den ihr vorliegenden Kenntnisstand mitgeteilt hat.

Der Beklagten ist auch erkennbar geworden, dass die Klägerin schon jetzt rechtssichernd tätig werden will. Anders konnte sie das Schreiben vom 25.2.2002 nach Maßgabe aller Umstände nicht verstehen, auch wenn die Klägerin darin die Wendung "vorsorglich" benutzt hat. Dies war auch für die Beklagte ersichtlich allein dadurch veranlasst, dass wegen des noch nicht abgeschlossenen Feststellungsverfahrens die Leistungszuständigkeit nicht endgültig beurteilt werden konnte. Demgegenüber sollte damit nicht ausgedrückt werden, man wolle etwaige künftige Ansprüche nur anmelden bzw. die in Wahrheit erst noch vorzunehmende Geltendmachung einer Erstattungsforderung nur ankündigen. Die Klägerin hat das mit dem Zusatz, die Geltendmachung des Erstattungsanspruchs erfolge für den Fall der Leistungszuständigkeit der Beklagten, hinreichend deutlich klar gemacht. Die Beklagte hat in der Eingangsbestätigung vom 11.3.2002 schließlich selbst auf [§ 111 SGB X](#) Bezug genommen und damit zu erkennen gegeben, dass sie das Schreiben der Klägerin vom 25.2.2002 als Geltendmachung einer Erstattungsforderung im Sinne dieser Vorschrift aufgefasst hat. Das kann sie im Nachhinein nicht mehr mit Erfolg in Abrede stellen.

2.) Gem. [§ 113 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) verjähren Erstattungsansprüche in vier Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem der erstattungsberechtigte Leistungsträger von der Entscheidung des erstattungspflichtigen Leistungsträgers über dessen Leistungspflicht Kenntnis erlangt hat. Für die Hemmung, die Unterbrechung und die Wirkung der Verjährung gelten die Vorschriften des BGB sinngemäß.

Das Gesetz knüpft den Beginn der Verjährung an eine Entscheidung des erstattungspflichtigen Leistungsträgers und nicht (wie in der hier nicht mehr maßgeblichen Vorgängerfassung des [§ 113 SGB X](#)) an die Entstehung des Anspruchs. Die Entscheidung muss nach dem auf die "Leistungspflicht" abstellenden Gesetzeswortlaut im Sozialleistungsverhältnis zwischen (erstattungspflichtigem) Leistungsträger und Leistungsempfänger (Versichertem) ergehen. Eine Entscheidung im Erstattungsverhältnis der Leistungsträger untereinander ist nicht maßgeblich. Deswegen ist unklar, was gelten soll, wenn im Erstattungszeitraum lediglich der erstattungsberechtigte Leistungsträger (bzw. in dessen Auftrag ggf. auch der erstattungspflichtige Leistungsträger) tätig geworden ist und sodann im Erstattungsverhältnis einen Erstattungsanspruch geltend macht, oder eine Entscheidung im Sozialleistungsverhältnis – wie regelmäßig etwa bei der Gewährung von Sachleistungen der Krankenkassen ([§ 2 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)) – nicht ergeht. Die Konsequenz, Erstattungsansprüche in Fällen dieser Art der Verjährung nicht zu unterwerfen, hat der Gesetzgeber nicht beabsichtigt. Deswegen liegt eine planwidrige Unvollständigkeit des Gesetzes vor, die durch Gesetzesanalogie geschlossen werden kann (vgl. näher für Erstattungsansprüche unter Trägern der Jugendhilfe nach [§ 89c Abs. 1 Satz 1](#) Sozialgesetzbuch Aachtes Buch, SGB VIII, Bayerisches OVG, Ur. v. 3.12.2009, - [12 BV 08.2147](#) -; zu Erstattungsansprüchen unter Sozialhilfeträgern, LSG Bad.-Württ., Ur. v. 22.11.2007, - [L 7 SO 5078/06](#) - nicht rechtskräftig – m. w. N. auf die Rechtsprechung der Verwaltungsgerichte). In Betracht käme, unter verallgemeinernder Heranziehung der Regelung in [§ 111 Abs. 1](#) Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII), wonach der Anspruch auf Erstattung der aufgewendeten Kosten (von Sozialhilfeträgern) in vier Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem er entstanden ist, verjährt, auch bei Anwendung des [§ 113 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) (n.F.) für den Verjährungsbeginn (nach wie vor) auf die Entstehung des Erstattungsanspruchs abzustellen (vgl. Bayerisches OVG und LSG Bad.-Württ., a. a. O. sowie etwa OVG Sachsen, Ur. v. 10.12.2007, - [4 B 160/04](#) -; OVG Lüneburg, Ur. v. 23.1.2003, - [12 LC 527/02](#) -). Für die Verjährung von Sozialleistungen ([§ 11 Satz 1](#) Sozialgesetzbuch Erstes Buch, SGB I) stellt [§ 45 Abs. 1 SGB I](#) ebenfalls (allgemein) auf die Entstehung des Anspruchs ab.

Die Verjährung berechtigt den Leistungsverpflichteten, die Leistungen zu verweigern (vgl. [§ 113 Abs. 2 SGB X](#) i. V. m. [§ 214 Abs. 1 BGB](#)). Über die Ausübung des Leistungsverweigerungsrechts muss er nach Ermessen ([§ 39 Abs. 1 SGB I](#)) befinden. Der Erstattungsgläubiger kann die pflichtgemäße Ausübung des Ermessens verlangen, da die Sozialleistungsträger gem. [§ 86 SGB X](#) zur engen Zusammenarbeit bei der Erfüllung ihrer Aufgaben verpflichtet sind. Die Ermessensausübung unterliegt nach näherer Maßgabe des [§ 54 Abs. 2 Satz 2 SGG](#) der Rechtskontrolle durch die Sozialgerichte. Allerdings folgt aus der Verjährungsregelung des [§ 113 SGB X](#), dass sich die Verteilung der (Kosten-)Last unter den Leistungsträgern nicht ausschließlich nach dem materiellen (Erstattungs-)Recht richten soll. Es liegt gerade bei Ausgleichsansprüchen zwischen zwei Leistungsträgern – auch – im Interesse des Rechtsfriedens und der Überschaubarkeit der öffentlichen Haushalte, wenn die Ansprüche innerhalb angemessener Frist abgewickelt werden. Die Geltendmachung der Verjährungseinrede findet ihre Grenze daher lediglich in den Grundsätzen von Treu und Glauben ([§ 242 BGB](#)), insbesondere dem Einwand der unzulässigen Rechtsausübung oder der Verwirkung.

Unzulässige Rechtsausübung liegt vor, wenn sich der die Einrede geltend machende Leistungsträger zu seinem früheren Verhalten gegenüber dem Erstattungsberechtigten in Widerspruch setzt, insbesondere, wenn er diesen von der rechtzeitigen Geltendmachung des Erstattungsanspruchs abgehalten hat (vgl. BSG, Ur. v. 30.9.1993, - [4 RA 6/92](#) -). Verwirkung setzt allgemein voraus, dass die Ausübung eines Rechts während eines längeren Zeitraums unterlassen wurde und weitere Umstände hinzutreten, die nach den Besonderheiten des Einzelfalles und des in Betracht kommenden Rechtsgebietes das verspätete Geltendmachen des Rechts nach Treu und Glauben dem Verpflichteten gegenüber als illoyal erscheinen lassen. Solche die Verwirkung auslösenden Umstände liegen vor, wenn der Verpflichtete in Folge eines bestimmten Verhaltens des Berechtigten (Verwirkungsverhalten) darauf vertrauen durfte, dass dieser das Recht nicht mehr geltend machen werde (Vertrauensgrundlage), der Verpflichtete tatsächlich darauf vertraut hat, dass das Recht nicht mehr ausgeübt wird (Vertrauensstatbestand), und sich infolgedessen in seinen Vorkehrungen und Maßnahmen so eingerichtet hat (Vertrauensverhalten), dass ihm durch die verspätete Durchsetzung des Rechts ein unzumutbarer Nachteile entstehen würde (vgl. etwa BSG, Ur. vom 30.11.1978, - [12 RK 6/76](#) -; Ur. vom 14.7.2004, - [B 12 KR 1/04 R](#) -; auch Senatsurteil vom 13.5.2011, - [L 5 R 1663/10](#) -).

Hier ist die Verjährungsfrist des [§ 113 Abs. 1 SGB X](#) verstrichen. Eine Entscheidung des erstattungspflichtigen Leistungsträgers (der Beklagten) über die Leistungspflicht im Sozialleistungsverhältnis mit F. ist nicht ergangen; eine solche Entscheidung hat nur die Klägerin mit dem Bescheid vom 28.5.2002 bzw. dem Widerspruchsbescheid vom 26.9.2002 getroffen. Für den Beginn der vierjährigen Verjährungsfrist wird man nach dem Gesagten also auf die Entstehung des Erstattungsanspruchs abstellen müssen. Mit der am 30.7.2007 erhobenen Klage wäre die Verjährung nur gem. [§ 113 Abs. 2 SGB X](#) i. V. m. [§ 204 Abs. 1 Nr. 1 BGB](#) gehemmt worden, wenn sie spätestens nach Ablauf des Jahres 2003 begonnen hätte, was ersichtlich nicht in Frage kommt.

Entgegen der Auffassung des Sozialgerichts ist die Verjährung auch nicht gem. [§ 113 Abs. 2 SGB X](#) i. V. m. [§ 203 BGB](#) gehemmt worden. Das Gesetz verlangt nach seinem klaren Wortlaut hierfür das Schweben von Verhandlungen über den Anspruch oder die den Anspruch begründenden Umstände. Eine erweiternde Auslegung in dem Sinne, dass auch das Schweben von (medizinischen) Ermittlungen über den (Erstattungs-)Anspruch oder die ihn begründenden Umstände, namentlich über die Leistungszuständigkeit der beteiligten Sozialleistungsträger, den Hemmungstatbestand des [§ 203 BGB](#) ausfüllt, ist nach Ansicht des Senats nicht statthaft. Zielsetzung der Verjährungsvorschriften im allgemeinen und der Verjährung von Erstattungsansprüchen nach [§ 105 SGB X](#) im Besonderen ist die Schaffung - alsbaldiger - Rechtsklarheit und Rechts- bzw. Planungssicherheit für die Leistungsträger; insoweit ergänzt [§ 113 SGB X](#) die Vorschrift über die Ausschlussfrist für die Geltendmachung von Erstattungsansprüchen in [§ 111 SGB X](#). Damit ist die vom Sozialgericht befürwortete Auslegung des [§ 203 BGB](#) (i. V. m. [§ 113 Abs. 2 SGB X](#)) nicht vereinbar.

Mit der Geltendmachung des Erstattungsanspruchs nach [§ 111 SGB X](#) wird die Verjährung nicht gehemmt. Das Gesetz enthält eine entsprechende - etwa an die Regelung des [§ 45 Abs. 3 SGB I](#) (Hemmung der Verjährung durch den Antrag auf eine Sozialleistung) angelehnte - Regelung nicht, obwohl im Anschluss an die Geltendmachung eines Erstattungsanspruchs nicht selten Meinungsverschiedenheiten über die Leistungszuständigkeit als anspruchsbegründendem Umstand i. S. d. [§ 203 BGB](#) auftreten, die erst durch weitere Ermittlungen in medizinischer Hinsicht zu klären sind. Droht deswegen Verjährung, muss der erstattungsberechtigte Leistungsträger daher einen Verzicht des erstattungspflichtigen Leistungsträgers auf den Verjährungseinwand herbeiführen, oder, falls dies verweigert werden sollte, rechtzeitig verjährungshemmende Maßnahmen ergreifen. Das ist hier nicht geschehen.

Die Beklagte darf den erstmals in der mündlichen Verhandlung des Sozialgerichts vom 22.1.2010 geltend gemachten Verjährungseinwand aber nicht mehr erheben, da dies unter den besonderen Umständen des vorliegenden Falles als unzulässige Rechtsausübung anzusehen bzw. das Recht zur Geltendmachung von Verjährung verwirkt ist. Hierfür sind folgende Erwägungen des Senats maßgeblich:

Die Beteiligten sind nicht nur allgemein kraft Gesetzes (gem. [§ 86 SGB X](#)) zu enger Zusammenarbeit verpflichtet. Vielmehr besteht unter ihnen auch eine vertragliche Sonderverbindung dadurch, dass die Krankenkassen und die Unfallversicherungsträger eine Verwaltungsvereinbarung über die Erbringung von Leistungen an Verletzte durch Krankenkassen abgeschlossen haben. Gem. [§ 189 SGB VII](#) beauftragen die Unfallversicherungsträger nämlich die Krankenkassen, die ihnen obliegenden Geldleistungen zu erbringen; die Einzelheiten werden durch Vereinbarung geregelt. Auf der Grundlage des [§ 189 SGB VII](#) haben die Spitzenverbände der Unfallversicherungsträger und der Krankenkassen als öffentlich-rechtliche Verträge nach [§§ 53 ff. SGB X](#) die Verwaltungsvereinbarung über die generelle Beauftragung der Krankenkassen durch die Träger der Unfallversicherung zur Berechnung und Auszahlung des Verletztengeldes (Generalauftrag Verletztengeld) sowie die Verwaltungsvereinbarung über das Verfahren und die Entschädigung bei Einzelaufträgen der Träger der Unfallversicherung und die Verwaltungsvereinbarung über die Beauftragung der Träger der Krankenversicherung durch die Träger der Unfallversicherung zur Berechnung und Abführung der Beiträge für die Bezieher von Verletzten- und Übergangsgeld aus der Unfallversicherung abgeschlossen. Gem. [§ 89 Abs. 1 SGB X](#) handelt die beauftragte Krankenkasse im Namen des Unfallversicherungsträgers. Die Auftragsleistung wird diesem zugerechnet und bleibt Leistung der Unfallversicherung. Die Krankenkasse muss dem Unfallversicherungsträger die erforderlichen Mitteilungen geben und auf sein Verlangen Auskunft über die Ausführung des Auftrags erteilen ([§ 89 Abs. 3 SGB X](#)). Der Unfallversicherungsträger muss der Krankenkasse gem. [§ 91 SGB X](#) die erbrachten Sozialleistungen (etwa auftragsweise gezahltes Verletztengeld) sowie die bei der Ausführung des Auftrags angefallenen Kosten (z.B. Porto-, Telefon-, Reisekosten) erstatten (vgl. auch Senatsurteil vom 13.4.2011, - [L 5 KR 1495/08](#) -).

Aus dieser Auftrags- bzw. Vertragsbeziehung erwachsen den Beteiligten im Hinblick auf [§ 242 BGB](#) besondere (Neben-)Pflichten gegenüber dem jeweils anderen Teil. Dazu gehört es auch, den Einwand der Verjährung einer Erstattungsforderung nicht - wie hier - erst nahezu 8 Jahre nach deren Geltendmachung ([§ 111 SGB X](#)) zu erheben, wenn während dieser Zeit beide Beteiligte über den Erstattungsanspruch oder seine Voraussetzungen zwar nicht im eigentlichen Sinne verhandelt, hierzu aber wechselseitig medizinische Ermittlungen zur Klärung der Leistungszuständigkeit angestellt haben. Die Beklagte hat dadurch bei der Klägerin den Eindruck erweckt, man wolle die Erstattungsfrage allein von der materiellen Rechtslage abhängig machen und diese durch die Erhebung von Gutachten und MDK-Stellungnahmen klären. Deswegen hat die Beklagte die Klägerin, als verjährungshemmende Handlungen noch möglich gewesen wären, auch wiederholt - mit Schreiben vom 28.2.2004, 28.5.2004, 24.8.2004, 9.9.2004, 27.10.2004, 28.12.2004 und 20.1.2005 - ausdrücklich um Geduld bis zum Vorliegen der von ihr veranlassten MDK-Begutachtung gebeten. Damit hat sie der Klägerin (im Sinne eines Verwirkungsverhaltens) aber zugleich davon abgehalten, auf einen ausdrücklichen Verzicht auf den Verjährungseinwand hinzuwirken oder rechtzeitig für die Hemmung der Verjährung zu sorgen. Die Klägerin hat sich entsprechend eingerichtet und darauf vertraut, dass Verjährung nicht nach Jahr und Tag noch eingewendet werde (Vertrauensgrundlage und Vertrauenstatbestand). Der Einwand der Verjährung mit der Folge des Verlusts des Erstattungsanspruchs wäre der Klägerin hier auch nicht zuzumuten. Deswegen bleibt es vorliegend bei der Maßgeblichkeit (allein) der materiellen Rechtslage, was bis zur mündlichen Verhandlung des Sozialgerichts ersichtlich auch Auffassung beider Beteiligter gewesen war.

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

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf [§ 52 Abs. 3 GKG](#). Der Streitwert wird für beide Rechtszüge festgesetzt, da das Sozialgericht eine (endgültige) Streitwertfestsetzung ersichtlich nicht getroffen hat.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2011-10-13