

L 4 KR 5373/12

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Mannheim (BWB)
Aktenzeichen
S 2 KR 1495/10
Datum
06.12.2012
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 KR 5373/12
Datum
21.11.2014
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Ein Erstattungsanspruch ist nicht wirksam geltend gemacht, wenn der Unfallversicherungsträger die Krankenkasse im Unklaren lässt, ob (anerkannte) Unfallfolgen und eingetretene Folgeerkrankungen auf den (anerkannten) Arbeitsunfall zurückzuführen sind sowie dass dem Unfallhergang entscheidende Bedeutung zukommen kann.

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 6. Dezember 2012 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt die Kosten des Berufungsverfahrens.

Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird endgültig auf EUR 17.957,59 festgesetzt.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt von der Beklagten die Erstattung von EUR 17.957,59 für (Sach-)Leistungen (EUR 1.011,14 für Physiotherapie, EUR 639,24 für logopädische Behandlung, EUR 15.776,38 für stationäre Behandlungen, EUR 9,13 für Hilfsmittel und EUR 521,70 für Transportkosten), die sie dem Versicherten G. S. (nachfolgend: Versicherter) in der Zeit vom 5. Januar 2005 bis 10. Juli 2007 erbracht hat.

Der bei der Klägerin bzw. deren Rechtsvorgängerin (nachfolgend einheitlich: Klägerin) gesetzlich Unfallversicherte und bei der Beklagten gesetzlich Krankenversicherte erlitt am 28. Mai 1996 einen Arbeitsunfall, bei dem er sich eine Knieverletzung zuzog. Der genaue Unfallhergang ist zwischen den Beteiligten streitig, insbesondere, ob es dabei (lediglich) zu einem Aufprall oder (auch) zu einer Einklemmung oder Verwindung bzw. Verdrehung des Kniegelenks gekommen ist. Im Durchgangsarztbericht des Dr. Z. vom 29. Mai 1996 ist hierzu angegeben, der Kläger habe sich das rechte Knie in einem Kran eingeklemmt (Befunde: keine Schwellung; keine Hämatomverfärbung, keine Ergusszeichen, Streckung und Beugung des Kniegelenkes endgradig schmerzhaft eingeschränkt, ziehende Schmerzen oberhalb der Patella, federnde Streckhemmung mit erheblichen Schmerzen in der Kniekehle, Steinmann II für Innenmeniskus positiv, Steinmann I positiv, mediale Instabilität, positives vorderes Schubladephänomen, kein Anhalt für frische knöcherne Verletzung, auffällige mediale Gelenkspaltverschmälerung am rechten Knie, keine Fraktur). In einem Kniefragebogen vom 29. Juni 1996 gab der Versicherte unter anderem an, er sei mit dem Knie nicht aufgeschlagen. Das Kniegelenk sei nicht geschwollen gewesen und er habe auch sonst keine sichtbaren Verletzungen am Knie festgestellt. In einer handschriftlichen Erklärung ohne Datum gab er an, er habe einen Baukran abgebaut. Für den Straßentransport habe er die Laufkatze in die richtige Position bringen müssen. Er habe den Lasthaken ordnungsgemäß auf die Laufkatze legen wollen, wobei ihm die Laufkatze gegen das rechte Knie geschlagen sei. In der Unfallanzeige vom 8. Juli 1996 gab sein Arbeitgeber an, der Versicherte habe, um einen Kran transportfähig zu machen, einen Lasthaken auf die Laufkatze legen müssen. Dabei sei die Laufkatze zurückgesprungen und an seine Kniescheiben geschlagen. Der vom Versicherten benannte Zeuge S. gab am 29. September 1996 handschriftlich unter anderem an, er habe nach dem Unfall beim Versicherten eine Schwellung des rechten Knies festgestellt. In einer weiteren handschriftlichen Erklärung ohne Datum gab er an, beim Anheben des Lasthakens sei die Laufkatze zurückgerollt und dem Versicherten gegen das Knie geschlagen.

Bei der am 4. Juni 1996 durchgeführten Arthroskopie des rechten Kniegelenks waren der Retropatellarrezessus einschließlich der Gelenkfläche von Patella und deren Gleitlager in den Femurcondylen unauffällig. Im medialen Compartment konnte ein ausgedehnter Defekt der Knorpelfläche an der Femurcondyle in einer Ausdehnung von etwa Zwei-Markstückgröße erkannt werden. Die Ränder waren höckrig und zeigten noch zum Teil deutlich erhaltene frische Knorpelsplitter. Im Zentrum fand sich eine Knorpelglatte. Der Innenmeniskus war im Vorderhorn zum Teil eingerissen. Die Intercondylärgrube war unauffällig, das vordere und das hintere Kreuzband gut darstellbar und sie strafften sich bei Auslösen einer Schublade. Das laterale Compartment war unauffällig. Der Außenmeniskus, die Gelenkflächen und das

Außenband waren intakt. Es erfolgte eine arthroskopische Glättung der medialen Femurcondyle sowie eine Teilresektion des Vorderhorns des Innenmeniskus mittels Shaver (Operationsbericht des Dr. R. vom 4. Juni 1996).

Die Klägerin übernahm die Behandlungskosten und zahlte an den Versicherten Verletztengeld. Mit Schreiben vom 25. März 1997 machte die Klägerin bei der Beklagten zur Wahrung der Ausschlussfrist des [§ 111](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) vorsorglich einen eventuellen Erstattungsanspruch geltend. Es sei fraglich, ob ein Arbeitsunfall vorgelegen habe. Dem Versicherten sei ein Maschinenteil gegen das rechte Knie geschlagen (Diagnose: Verdacht auf Kniebinnen trauma rechts). Bis zu diesem Zeitpunkt habe sie vom 10. bis 21. Juli 1996 Verletztengeld in Höhe von DM 1.678,44, für Krankenhausbehandlungen vom 20. bis 28. November 1996 und vom 29. Januar bis 10. Februar 1997 DM 4.328,82 bzw. DM 5.899,08 sowie Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge für die Zeiträume 10. bis 21. Juli 1996 und 12. November 1996 bis 28. Februar 1997 in Höhe von insgesamt DM 2.483,46 gezahlt.

Im von der Klägerin veranlassten Gutachten vom 1. Oktober 1997 gelangten Unfallchirurg Dr. H. (Gutachten unterzeichnet von einem nicht mehr feststellbaren Vertreter) und Arzt F. zum Ergebnis, es spreche mehr dafür als dagegen, dass es im Rahmen des Unfallereignisses vom 28. Mai 1996 (Aufschlagen einer Laufkatze gegen das rechte Kniegelenk) zu einer traumatischen Schädigung des Knorpels an der inneren Oberschenkelknochenrolle des Versicherten gekommen sei. Die im weiteren Verlauf objektivierbaren Schädigungen des Innenmeniskus sowie an den Knorpelflächen an der Kniescheibenrückfläche und im femoralen Gleitlager der Kniescheibe seien altersentsprechende, degenerative Veränderungen und nicht einer traumatischen Ätiologie. Als Unfallfolgen bestünden reizlose Narben und eine Konturvergrößerung in Höhe des Kniegelenks nach Durchführung mehrmaliger Arthroskopien, einer medialen Arthrotomie und einer Medialisierung der Tuberositas tibiae, eine endgradige Bewegungseinschränkung hinsichtlich der Beugung im Kniegelenk, eine Verminderung der Muskulatur am Ober- und Unterschenkel sowie eine röntgenologisch, kernspintomographisch und arthroskopisch verifizierbare korrekte Lage des Knorpelknochenzylindertransplantates an der inneren Oberschenkelknochenrolle des Kniegelenks. Die akuten arbeitsunfähigen Arbeitsunfähigkeitszeiten seien auf das Unfallereignis zurückzuführen. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) schätzten sie für die Zeit vom 22. Juli 1996 bis 27. Mai 1998 auf 20 vom Hundert (v.H.) ein.

Mit Bescheid vom 12. Dezember 1997 anerkannte die Klägerin beim Versicherten eine operativ versorgte Knorpelläsion der inneren Oberschenkelknochenrolle rechts mit nachfolgender Knorpelknochenzylindertransplantation und dadurch bedingter Muskelminderung des Beines, Einschränkung der Kniebeugung, Umfangsvermehrung des Kniegelenkes, Sensibilitätsstörungen im Narbenbereich, Kalksalzminderung des Kniegelenks und subjektive Beschwerden als Folgen des Arbeitsunfalls vom 28. Mai 1996 an, während sie eine Innenmeniskusläsion und Knorpelläsion im Bereich der Kniescheibenrückfläche und des Oberschenkelgleitlagers des rechten Kniegelenkes nicht als Unfallfolgen anerkannte. Außerdem bewilligte sie dem Versicherten eine am 22. Juli 1996 beginnende Verletztenrente nach einer MdE von 20 v.H. als vorläufige Entschädigung.

Im von der Klägerin veranlassten Zweiten Rentengutachten vom 8. Februar 1998 stellte Unfallchirurg Dr. S. folgende fortbestehende Unfallfolgen fest: Bewegungseinschränkung des rechten Kniegelenks bei Beugung, geringfügige Umfangsvermehrung des rechten Kniegelenks, Muskelschwäche am rechten Oberschenkel nach operativ versorgter Knorpelläsion im Oberschenkelrollenbereich rechts mit nachfolgender Knorpel-Knochen transplantation und Minderung des Kalksalzgehaltes der rechten Kniegelenksregion. Die unfallbedingte MdE schätzte er auf 10 v.H. Auf dieser Grundlage entzog die Klägerin dem Versicherten nach dessen Anhörung mit Bescheid vom 12. März 1998 die vorläufig bewilligte Rente mit Ablauf des Monats März 1998. Als Folgen des Versicherungsfalles würden noch bestehen: operativ versorgte Knorpelläsion der inneren rechten Oberschenkelknochenrolle mit nachfolgender Knorpel-Knochenzylinder transplantation, dadurch bedingter leichter Muskelminderung des Beines, endgradiger Einschränkung der Kniebeugung, diskreter Umfangsvermehrung und Kalksalzminderung des Kniegelenks sowie subjektiven Restbeschwerden. Den hiergegen eingelegten Widerspruch des Versicherten wies die Widerspruchsstelle der Klägerin nach Einholung eines Gutachtens des Unfallchirurgen Dr. B. vom 22. Juli 1998, der die Feststellungen von Dr. S. bestätigte, mit Widerspruchsbescheid vom 20. August 1998 bestandskräftig zurück.

Wegen einer posttraumatischen Gonarthrose am rechten Knie wurde beim Versicherten zu Lasten der Klägerin am 30. Januar 2003 eine arthroskopische Meniskus- und Knorpelglättung sowie eine Abrasionsarthroplastik durchgeführt (Operationsbericht des Unfallchirurgen Dr. K. vom 25. März 2003). Im Mai 2003 war er wieder beschwerdefrei und arbeitsfähig (Arztbrief des Dr. K. vom 19. Mai 2003). Am 30. November 2004 wurde auf Kosten der Klägerin wegen einer Innenmeniskusläsion rechts bei posttraumatischer Gonarthrose und Zustand nach Knorpeltransplantation sowie Abrasionsarthroplastik eine arthroskopische Meniskusteilresektion und Knorpelglättung durchgeführt. Die histologische Untersuchung ergab ein deutlich degenerativ verändertes Meniskusgewebe. Der Heilungsverlauf war komplikationsfrei. Bei reizfreien Weichteilverhältnissen ohne Ergussbildung konnte der Versicherte am 2. Dezember 2004 unter Vollbelastung entlassen werden. Bei ambulanten klinischen Kontrollen zeigten sich bei freier Gelenkbeweglichkeit ohne Ergussbildung fortbestehende Belastungsbeschwerden im inneren Kniegelenkspalt. Unter Krankengymnastik klangen diese Beschwerden weit gehend ab. Am 3. Februar 2005 war er wieder arbeitsfähig (Bericht des Dr. K. vom 17. Februar 2005).

In der Zeit vom 8. bis 19. September 2005 fand ein weiterer stationärer Aufenthalt zur Implantation einer Kniegelenks-Totalendoprothese (TEP) statt, bei der es postoperativ zu einem beiderseitigen temporo-frontalen Media-Teilinfarkt und einer Lungenembolie kam (Bericht des Prof. Dr. H. vom 19. September 2005). Vom 19. September bis 10. Oktober 2005 erfolgte eine Anschlussheilbehandlung. Die Kosten für die stationären und die sich anschließenden ambulanten Behandlungen wurden weiterhin von der Klägerin übernommen.

Mit Schreiben vom 21. November 2005 machte die bei der Beklagten errichteten Pflegekasse unter Übersendung eines Gutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung H. (MDK) vom 11. November 2005 (pflegebegründende Diagnose: Hirnleistungsstörungen nach Mediainfarkt im September 2005; täglicher Grundpflegebedarf: 61 Minuten) und Mitteilung, dass sie ab 19. Oktober 2005 ein monatliches Pflegegeld von EUR 205,00 zahle, bei der Klägerin vorsorglich einen Erstattungsanspruch geltend.

Mit Schreiben vom 27. Dezember 2005 machte die Klägerin gegenüber der Beklagten zur Wahrung der Ausschlussfrist des [§ 111 SGB X](#) einen Erstattungsanspruch geltend. Der Versicherte werde zu ihren Lasten behandelt, jedoch sei fraglich, ob ein Arbeitsunfall vorgelegen habe oder bis zu welchem Zeitpunkt Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung bestünden. Neben dem Namen und dem Geburtsdatum des Versicherten gab sie den Unfalltag und den Beginn der Arbeitsunfähigkeit bzw. Behandlungsbedürftigkeit (jeweils 28. Mai 1996) an. Angaben zur Diagnose machte sie keine. Neben Kosten für ambulante ärztliche Behandlung sowie ggf. Arznei- und Heilmittel seien von ihr bislang Kosten für Krankenhausbehandlung in Höhe von insgesamt EUR 15.776,38, Transportkosten in Höhe von

EUR 521,70 und Kosten für Heilmittel in Höhe von EUR 81,44 entstanden, wobei sie keine Angaben dazu machte, wann die Leistungen jeweils erbracht wurden. Die Beklagte erklärte mit Schreiben vom 21. Oktober 2008, auf die Einrede der Verjährung zu verzichten, soweit diese nicht bereits eingetreten sei.

In seinem von der Klägerin nach Beiziehung zahlreicher medizinischer Unterlagen veranlassten Gutachten vom 10. Oktober 2006 gelangte Unfallchirurg Dr. S. zum Ergebnis, die Implantation der TEP mit deren Folgen seien als Unfallfolgen anzuerkennen. Wegen der Unfallfolgen auf unfallchirurgischem Gebiet (leichte Bewegungsstörung des Kniegelenks und Narbenbildung bei Zustand nach Knie-TEP-Implantation wegen medialer posttraumatischer Gonarthrose) ergebe sich ab dem Operationsdatum (9. September 2005) eine MdE von 30 v.H. Retrospektiv könne wegen der Einschränkungen im rechten Kniegelenk eine MdE von 20 v.H. ab 3. Januar 2003 festgestellt werden. Eine zusätzliche Einschränkung der Erwerbsfähigkeit bestehe ggf. aufgrund unfallabhängiger neurologischer Folgen. Kardiologe Prof. Dr. M. stellte in einem kardiologischen Zusatzgutachten vom 18. Januar 2007 fest, es bestehe ein Zusammenhang zwischen dem thromboembolischen Ereignis und dem operativen Eingriff am 9. September 2005. Es sei sehr unwahrscheinlich, dass das gleiche Ereignis ohne den operativen Eingriff eingetreten wäre. In einer beratungsrätlichen Stellungnahme vom 22. Mai 2007 führte Unfallchirurg Priv.-Doz. Dr. M. aus, es bestehe auf unfallchirurgischem Gebiet erst ab 9. September 2005 eine MdE in rentenberechtigender Höhe von 20 v.H. Dem kardiologischen Gutachten, wonach die Folgen der Lungen- und Hirnembolie als unfallbedingt einzuschätzen seien, schließe er sich an, wobei die unfallbedingten Schäden auf neurologisch-psychiatrischem Gebiet noch festzustellen seien. Neurologe Prof. Dr. O. stellte in seinem Gutachten vom 17. Januar 2008 unter Einbeziehung eines neuropsychologischen Zusatzgutachtens von Dipl.-Psych. H. vom 4. September 2007 fest, als Folge des postoperativen Mediainfarkts bestehe eine rechtsseitige armbetonte leicht-mittelgradige spastische Hemiparese und eine Hemihypästhesie rechts sowie des linken Beins. Außerdem bestünden Wortfindungsstörungen im Sinne einer leichtgradigen Aphasie und ein mittelgradiges dementielles Syndrom bei zerebraler Schädigung durch Hirninfarkt. Die hieraus resultierende MdE sei mit 100 v.H. zu bewerten. Unfallunabhängig bestehe u.a. ein Morbus Parkinson, wobei eine signifikante Beeinflussung des Untersuchungsergebnisses wenig wahrscheinlich sei. Neurologe und Psychiater Dr. F. führte in einer von der Klägerin veranlassten beratungsrätlichen Stellungnahme vom 17. März 2008 aus, als rein unfallabhängig seien anteilig eine leichte bis mittelschwere hirnorganische Leistungsbeeinträchtigung, die Restaphasie und die leichte Halbseitenstörung rechts anzuerkennen. Die Annahme einer rein unfallabhängigen MdE von 100 v.H. sei nicht statthaft. Ein Teil der kognitiven Leistungsbeeinträchtigungen sei depressiv verursacht. Bei Bewertung der mittelschweren hirnorganischen Leistungsbeeinträchtigung mit einer MdE von maximal 50 v.H. sei auf neuropsychiatrischem Gebiet unter Berücksichtigung der Halbseitenstörung eine MdE von 60 v.H. anzunehmen. Unfallfremd bestehe ein derzeit gut eingestelltes Parkinson-Syndrom mit leichter Hypomimie und motorischer Verlangsamung und Bradydiadochokinese sowie einer blanden hirnorganischen Beeinträchtigung sowie weiterhin eine depressiv verursachte kognitive Leistungsstörung bei vorbestehender Depression. Auf dieser Grundlage stellte Priv.-Doz. Dr. M. in einer beratungsrätlichen Stellungnahme vom 17. April 2008 eine unfallabhängige MdE auf neuropsychiatrischem Gebiet von 60 v.H. und eine Gesamt-MdE von 80 v.H. fest.

Die Klägerin holte eine weitere beratungsrätliche Stellungnahme des Priv.-Doz. Dr. H. vom 26. Mai 2008 ein, in der dieser ausführte, es bestünden erhebliche Zweifel, ob die ursprünglich als Unfallfolge anerkannten Knorpelschäden an der medialen Oberschenkelrolle tatsächlich eine Unfallfolge darstellten. Wenn - wie zuletzt angenommen - ein Anprall einer Laufkatze auf das Kniegelenk die Ursache für den Knorpelschaden gewesen sei, habe mit Gewissheit ein entsprechender Weichteilschaden äußerlich am Kniegelenk auffallen müssen, insbesondere Prellmarken oder Verletzungen der Haut und der Gelenkkapsel sowie weitere Binnenschäden der umgebenden Gelenkstrukturen wie der Bänder und der Menisken. Damit seien auch alle weiteren Maßnahmen und Operationen von vornherein nicht als Unfallfolge anzuerkennen. Dies bestätigte Priv.-Doz. Dr. H. im von der Klägerin veranlassten Gutachten vom 14. Januar 2009, das er nach einer Untersuchung des Versicherten vom 22. Dezember 2008 erstellte. Der Versicherte habe durch den Arbeitsunfall lediglich eine mäßige Prellung des rechten Kniegelenks ohne gravierende Kniebinnentraumatisierung erlitten. Die durch die Arthroskopie festgestellten Schäden seien nicht unfallbedingt. Der Schadensablauf sei von vornherein nicht geeignet gewesen, überhaupt eine gravierende Kniebinnenschädigung zu verursachen. Dies ergebe sich insbesondere aus einer Rekonstruktion des Unfallgeschehens nach Befragung des Versicherten im Rahmen seiner Untersuchung. Demnach sei eine Laufkatze nach dem Aushängen aus dem Lasthaken aus einer Entfernung von ca. 1,50 m auf ihn zugerollt und ohne großes Tempo gegen dessen rechtes Kniegelenk in Streckstellung geschlagen. Ein Einklemmen des Kniegelenks habe nicht stattgefunden und eine Verwundung oder Verdrehung des rechten Beines oder des rechten Kniegelenks sei nicht eingetreten. Von außen sei keine Verletzung am Knie (weder eine Hautverletzung noch eine Blutergusschwellung) erkennbar gewesen. Er habe lediglich leichte Schmerzen am rechten Knie gehabt. Bei der eine Woche nach dem Unfall vorgenommenen Arthroskopie sei im rechten Knie kein Blut gefunden worden. Aufgrund des beschriebenen Schadensablaufs (Aufprall der Laufkatze in Streckstellung) sei von vornherein eine traumatische Schädigung der mittleren Oberschenkelrolle überhaupt nicht möglich. Darüber hinaus hätte bei einem gravierenden traumatischen Knorpelschaden durch den Aufprall der Laufkatze zwingend eine entsprechende Schädigung der umgebenen Weichteile mit entsprechender Blutergussverfärbung oder gar Verletzung der Haut und der Kapsel- und Bandstrukturen eintreten müssen. Dies sei jedoch nicht der Fall gewesen. Bestätigt werde dies durch den Befund vom 4. Juni 1996. Die beschriebene Knorpelschädigung mit zentraler Knochenglatze im mittleren Abschnitt der Oberschenkelrolle sei mit hoher Wahrscheinlichkeit als degenerativer Vorschaden zu bewerten. Hierfür spreche die Tatsache, dass die Ränder des Knorpelschadens als höckerig und zum Teil zerfasert beschrieben worden seien. Auch der histologische Untersuchungsbefund mit nachgewiesenen myxoiden Verquellungen und chronisch-entzündlichen Veränderungen des Knorpels spreche nicht für eine traumatische Schädigung, sondern eindeutig für einen vorbestehenden längeren degenerativen Prozess. Diese Befunde seien bislang nicht eingehend diskutiert und kritisch analysiert worden. In einer abschließenden Anmerkung führte Priv.-Doz. Dr. H. aus, das Gutachten vom 1. Oktober 1997 sei nicht von ihm, sondern vertretungsweise von einem Kollegen unterzeichnet worden, dessen Namen aus der Unterschrift nicht mehr ermittelt werden könne.

Nach Anhörung des Versicherten stellte die Klägerin mit bestandskräftigem Bescheid vom 8. April 2009 fest, dass der Bescheid vom 12. Dezember 1997 und der Bescheid 12. März 1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20. August 1998 insoweit rechtswidrig seien, als darin eine operativ versorgte Knorpelläsion der inneren rechten Oberschenkelknochenrolle mit nachfolgender Knorpel-Knochenzylindertransplantation, Muskelminderung des Beines, Einschränkung der Kniebeugung, Umfangsvermehrung und Kalksalzminderung des Kniegelenks als Folge des am 28. Mai 1996 erlittenen Unfalls anerkannt worden sei. Die ihm zurzeit "in Höhe von EUR 0,00 gewährte Rente" bleibe von leistungserhöhenden Änderungen ausgenommen und im Laufe des Verfahrens gewährten Rentenvorschusszahlungen in Höhe von EUR 6.800,00 seien vom Versicherten zurückzuzahlen.

Mit Schreiben vom 28. April 2009 machte die Klägerin gegenüber der Beklagten einen Erstattungsanspruch für (in der Zeit vom 6. Januar 2005 bis 10. Juli 2007 erbrachte) Leistungen in Höhe von EUR 19.718,44 (stationäre Behandlung: EUR 13.295,23, stationäre Rehabilitation:

EUR 4.242,00, Heilmittel: EUR 1.650,38, orthopädische Schuhe: EUR 9,13, Transportkosten: EUR 521,70) geltend. Sie, die Klägerin, sei nicht leistungspflichtig, weil kein Ursachenzusammenhang zwischen dem Versicherungsfall und der Erkrankung bestehe. Die Beklagte wandte ein, der Erstattungsanspruch sei zum Teil wegen Ablaufs der Frist nach [§ 111 SGB X](#) ausgeschlossen, weil von der Klägerin geltend gemachte Leistungen im Schreiben vom 27. Dezember 2005 nicht angemeldet worden seien (Schreiben vom 23. Juni 2009). Außerdem veranlasste die Beklagte ein durch Facharzt für Arbeitsmedizin Dr. L. nach Aktenlage erstelltes arbeitsmedizinisches Gutachten des MDK vom 14. Januar 2010, in dem dieser ausführte, die Feststellungen des Priv.-Doz. Dr. H. in seinem Gutachten vom 14. Januar 2009 beruhten auf der Annahme, dass ein direkter Anprall gegen das rechte Kniegelenk ohne indirekte Verwindung oder Verdrehungsmechanismus stattgefunden habe. Demgegenüber sei im Durchgangsarztbericht vom Unfalltag definitiv nachzulesen, dass das rechte Kniegelenk des Versicherten in einem Kran eingeklemmt gewesen sei. Diesen Angaben im Durchgangsarztbericht komme wegen des unmittelbaren zeitlichen Zusammenhangs ein höherer Beweiswert zu als den späteren Nacherhebungen zum Unfallgeschehen. Gerade die Tatsache, dass Verletzungszeichen gefehlt hätten, sei ein Beweis dafür, dass kein Anprall stattgefunden habe, sondern dass die ursprüngliche Schilderung richtig gewesen sei, wonach es zu einer Verwindung gekommen sei, da bei dieser Art der Verletzung gerade keine äußeren Verletzungszeichen aufträten, sehr wohl aber traumatische Knorpelschädigungen entstehen könnten. Hierfür sprächen auch die unmittelbar nach dem Unfall arthroskopisch festgestellten frischen Knorpelsplitter. Hierauf Bezug nehmend lehnte die Beklagte eine Erstattung ab (Schreiben vom 1. Februar 2010). Für Leistungen aus den Jahren 1996 und 1997 erhob die Beklagte die Einrede der Verjährung (Schreiben vom 2. März 2010).

Am 23. April 2010 erhob die Klägerin Klage zum Sozialgericht Mannheim (SG). Ihre ursprüngliche Anerkennung eines unfallbedingten Knorpelschadens sei zu Unrecht erfolgt sei. Die Beklagte habe lediglich eingewandt, es erscheine fragwürdig, eine vor mehr als einem Jahrzehnt getroffene Entscheidung aufzuheben. Soweit die Beklagte die Meinung vertrete, ein Teil der geltend gemachten Kosten unterliege der Ausschlussfrist des [§ 111 SGB X](#), treffe dies lediglich für die Kosten der stationären Behandlung vom 19. November bis 2. Dezember 2004 zu. Diese mache sie nicht mehr geltend, sondern lediglich die Kosten für ab dem 5. Januar 2005 erbrachte Leistungen, welche sie am 27. Dezember 2005 fristwährend angemeldet habe, so dass sie noch eine Erstattung von (im Einzelnen beziffert) EUR 17.957,59 (EUR 1.011,14 für Physiotherapie, EUR 639,24 für logopädische Behandlung, EUR 15.776,38 für stationäre Behandlungen, EUR 9,13 für Hilfsmittel und EUR 521,70 für Transportkosten) begehre. Die Beklagte könne sich auch nicht darauf berufen, dass sie, die Klägerin, im Verhältnis zu dem Versicherten die bindend anerkannten Unfallfolgen nicht mehr aufheben könne, weil ihre Leistungsentscheidungen gegenüber der Beklagten keine unmittelbare Drittwirkung entfaltet (Verweis auf das Urteil des Bundessozialgerichts [BSG] vom 30. April 1991 - [2 RU 78/90](#) - in juris). Im Übrigen sei Priv.-Doz. Dr. H. von zutreffenden Anknüpfungstatsachen ausgegangen, da er übereinstimmende zeitnahe Schilderungen des Unfallgeschehens zugrunde gelegt habe, wonach ein direkter Anprall einer Laufkatze gegen das gestreckte Kniegelenk des Versicherten erfolgt sei.

Die Beklagte trat der Klage entgegen. Die Bewilligungsbescheide der Klägerin seien auf der Grundlage mehrerer Gutachten ergangen, in denen ein Arbeitsunfall angenommen worden sei. Auch Priv.-Doz. Dr. H. habe in seinem Gutachten vom 1. Oktober 1997 keine Zweifel an der Verletzungsursache geäußert. In seinem Gutachten vom 14. Januar 2009 habe Priv.-Doz. Dr. H. trotz der im Rahmen von Arthroskopien erhobenen Befunde in Form von frischen Knochensplittern in Abänderung seiner ursprünglich erfolgten Begutachtung einen Arbeitsunfall verneint. Dies habe auf einer erneuten Befragung des Versicherten im Jahr 2008 beruht. Zu diesem Zeitpunkt habe sich der Versicherte naturgemäß nur noch eingeschränkt an das Unfallgeschehen erinnern können. Der Bescheid vom 8. April 2009 sei damit offensichtlich fehlerhaft. Insbesondere würden die Erstangaben des Versicherten nicht in gebotener Umfang berücksichtigt, welchen gegenüber späteren Äußerungen ein höherer Beweiswert zukomme. Die geltend gemachten Kosten für Physiotherapie seien mit Ausnahme der Verordnung vom 29. Juli 2005 über EUR 81,44 verspätet geltend gemacht worden. Dies gelte auch für die logopädischen Behandlungen und die am 9. Juli 2007 verordneten Hilfsmittel. Das von der Klägerin zitierte Urteil des BSG vom 30. April 1991 ([2 RU 78/90](#), in juris) sei auf Grund der Weiterentwicklung der Rechtsprechung nicht mehr ohne Weiteres anwendbar. Sie verwies auf das Urteil des Hessischen Landessozialgerichts (LSG) vom 29. Oktober 2009 ([L 8 KR 311/07](#), in juris), wonach ein auf Erstattung in Anspruch genommener Leistungsträger sich in der Regel auf die bindende Entscheidung einschließlich der Tatbestandswirkung berufen könne, und zwar grundsätzlich auch dann, wenn der die Leistung bewilligende oder ablehnende Verwaltungsakt fehlerhaft sei, es sei denn, die Entscheidung erweise sich als grob fehlerhaft. Entgegen der Auffassung der Klägerin habe sich Priv.-Doz. Dr. H. bei seiner Beurteilung nicht an den ursprünglichen Angaben des Versicherten orientiert. Im Durchgangsarztbericht vom 29. Mai 1996 sei zum Hergang des Unfalls vermerkt, dass der Versicherte mit dem rechten Knie im Kran eingeklemmt gewesen sei. Es müsse angenommen werden, dass der Versicherte sich in diesem Sinne geäußert habe. Erst mehr als einen Monat später sei in der Unfallanzeige ein anderer Sachverhalt angeführt worden. Diese Angaben hätten gegenüber den Erstangaben einen niedrigeren Beweiswert, weil inzwischen ein längerer Zeitraum vergangen sei. Was den Versicherten veranlasst habe, seine Schilderung des Geschehens dergestalt zu verändern, sei heute nicht mehr aufklärbar. Priv.-Doz. Dr. H. sei in seinem Gutachten vom 14. Januar 2009 von einem falschen Sachverhalt hinsichtlich des Unfallgeschehens ausgegangen.

Mit Urteil vom 6. Dezember 2012 wies das SG die Klage ab. Der Klägerin stehe für die in der Zeit vom 10. (richtig: 5.) Januar 2005 bis 11. (richtig: 10.) Juli 2007 erbrachten Leistungen (Physiotherapie, logopädische Behandlung, stationäre Krankenhaus- und Rehabilitationsbehandlung, Hilfsmittel und Krankenförderung) mangels rechtzeitiger Geltendmachung kein Erstattungsanspruch zu. Die geltend gemachten Leistungen habe die Klägerin nicht innerhalb von zwölf Monaten nach Ablauf des letzten Tages der Leistungserbringung geltend gemacht. Insbesondere habe sie mit ihrem Schreiben vom 27. Dezember 2005 den Erstattungsanspruch seiner Art nach nicht hinreichend konkretisiert. Ein "Geltendmachen" im Sinne von [§ 111 Satz 1 SGB X](#) setze unter Berücksichtigung des Zwecks der Ausschlussfrist, möglichst rasch klare Verhältnisse darüber zu schaffen, ob eine Erstattungspflicht besteht, voraus, dass der in Anspruch genommene Leistungsträger bereits beim Zugang der Anmeldung des Erstattungsanspruchs ohne weitere Nachforschungen beurteilen könne, ob die erhobene Forderung ausgeschlossen sei. Dies könne er ohne Kenntnis des Forderungsbetrages feststellen, wenn die Umstände, die im Einzelfall für die Entstehung des Erstattungsanspruches maßgeblich seien und der Zeitraum, für den die Sozialleistungen erbracht worden seien, hinreichend konkret mitgeteilt worden seien. Da der Erstattungsanspruch bereits geltend gemacht werden könne, bevor die Ausschlussfrist zu laufen begonnen habe, könnten allgemeine Angaben genügen, die sich auf die im Zeitpunkt des Geltendmachens vorhandenen Kenntnisse über Art und Umfang künftiger Leistungen beschränkten (Verweis auf BSG, Urteil vom 30. Juni 2009 - [B 1 KR 21/08 R](#) -, in juris). Die Klägerin habe mit ihrem Schreiben vom 27. Dezember 2005 der Beklagten hingegen nicht hinreichend konkret die Umstände mitgeteilt, die im Einzelfall für die Entstehung des Erstattungsanspruches maßgeblich gewesen seien. Denn es sei schon der Zeitraum, für den die Sozialleistungen erbracht wurden, nicht hinreichend konkret benannt gewesen. Insbesondere habe der Hinweis auf den Beginn der Arbeitsunfähigkeit bzw. Behandlungsbedürftigkeit im weit zurückliegenden Jahr 1996 nicht dafür genügt, ohne weitere Nachforschungen beurteilen zu können, ob die erhobene Forderung ausgeschlossen sei. Darüber hinaus habe auch die Nennung

lediglich von Gesamtsummen keine Beurteilung von Rechtsgrund und Erstattungsfähigkeit der Leistungen zugelassen. Schließlich habe dem Schreiben vom 27. Dezember 2005 die den Leistungen zugrunde liegende Diagnose nicht entnommen werden können. Ohne solche Angaben bestehe keine im Mindestmaß erforderliche Klarheit über die zu erwartenden Belastungen, die den Verpflichteten im Rahmen einer ordnungsgemäßen Haushaltsführung etwa Anlass geben könnten, bei größeren Summen Rückstellungen zu bilden.

Gegen das ihr am 18. Dezember 2012 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 27. Dezember 2012 Berufung eingelegt. Das SG habe die Klage zu Unrecht mit der Begründung abgewiesen, der geltend gemachte Erstattungsanspruch sei nach [§ 111 SGB X](#) ausgeschlossen, weil der mögliche Erstattungsanspruch in Bezug auf den Leistungszeitraum und die zugrundeliegenden Diagnosen nicht hinreichend konkretisiert gewesen sei. Das SG habe dabei ausschließlich auf das Urteil des BSG vom 30. Juni 2009 ([B 1 KR 21/08 R](#), in juris) abgehoben, der einen Erstattungsstreit zwischen zwei Krankenkassen betroffen habe, bei dem ein etwaiger Erstattungsanspruch angemeldet worden sei, ohne überhaupt auf Art und Umfang der Leistungen einzugehen. Das SG habe in seiner Urteilsbegründung unter anderem nicht die Besonderheiten berücksichtigt, welche die partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung und den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung prägen würden. Für die gegenseitige Anmeldung des Erstattungsanspruchs seien zwischen den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenversicherung und der gesetzlichen Unfallversicherung Formulare vereinbart worden, denen ihr Formtext-Schreiben vom 27. Dezember 2005 entsprochen habe. Zwar sei es zutreffend, dass dieses Schreiben nicht die Zeitdaten der jeweils erbrachten Leistungen enthalten habe, jedoch sei dies von der Beklagten weder vor noch nach der Klageerhebung beanstandet worden. Vielmehr habe die Beklagte nur einen Teil der geltend gemachten Aufwendungen als mit dem Schreiben vom 27. Dezember 2005 nicht rechtzeitig angemeldet angesehen. Es sei davon auszugehen, dass der Beklagten auf Grund eigener Daten der Leistungsgrund und -zeitraum und vor allem der Grund für die Zweifel an ihrer, der Klägerin, Leistungspflicht bekannt gewesen sei, nämlich der im Jahr 2005 aufgetretene Hirninfarkt des Versicherten mit dem Erfordernis einer stationären Behandlung. Dies ergebe sich auch aus dem Umstand, dass die durchgeführten Behandlungsmaßnahmen der bei der Beklagten errichteten Pflegekasse auf der Grundlage des MDK-Gutachtens vom 14. November 2005 bekannt gewesen seien und damit auch der Beklagten wegen der engen organisatorischen Verzahnung hätten bekannt sein müssen. Dass die Beklagte tatsächlich davon ausgegangen sei, sie, die Klägerin wolle Aufwendungen für lange verjährte Leistungen seit dem Jahr 1996 anmelden, sei abwegig. Dies zeige auch der Schriftverkehr mit der Beklagten. Zwar solle der in Anspruch genommene Leistungsträger bereits beim Zugang der Anmeldung des Erstattungsanspruchs ohne weitere Nachforschungen beurteilen können, wegen welcher Leistungen er in Anspruch genommen wird, woraus sich der Erstattungsanspruch ergeben soll und ob die erhobene Forderung ausgeschlossen ist. Die diesbezüglichen Anforderungen dürften aber nicht überspannt werden, wenn die Vorschrift ihren Zweck, eine möglichst frühzeitige Klärung der bestehenden Erstattungspflichten herbeizuführen, nicht verfehlen solle (Verweis auf Urteile des BSG vom 25. April 1989 - [4/11a RK 4/87](#) - und vom 24. Februar 2004 - [B 2 U 29/03 R](#) -, beide in juris). Demnach reiche es aus, wenn der erstattungspflichtige Träger 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. Einer ins Einzelne gehenden Präzisierung und Aufschlüsselung der Forderung bedürfe es nicht (Verweis auf BSG, Urteil vom 24. Februar 2004 - [B 2 U 39/03 R](#) - a.a.O.). Ferner sei anerkannt, dass von der Anmeldung von Erstattungsansprüchen auch solche Ansprüche umfasst seien, die zeitlich erst nach der Anmeldung entstanden sind. Da Art und Höhe der noch zu erwartenden Leistungen in vielen Fällen nicht vorhergesagt werden könne, werde der vom SG angeführte Zweck der Bildung einer Rückstellung zwecks ordnungsgemäßer Haushaltsführung nicht eingehalten werden können, insbesondere bei frühzeitiger Anmeldung des Erstattungsanspruchs. Die Bildung von Rückstellungen bei Anmeldung eines einzelnen Erstattungsanspruchs sei im Hinblick auf die Gesamtaufwendungen von Sozialversicherungsträgern lebensfremd. Darüber hinaus seien in Zweifelsfällen bei der Beurteilung, welcher Erstattungsanspruch angemeldet worden ist, alle Umstände des Einzelfalls zu berücksichtigen, also auch das Verhalten des Erstattungspflichtigen. Wenn der in Anspruch genommene Leistungsträger bereits bei Eingang der Anmeldung Mängel in den angegebenen Einzelheiten bezüglich eines Erstattungsanspruchs sehe, müsse er dies entsprechend dem Grundsatz des [§ 86 SGB X](#) mitteilen (Verweis auf BSG, Urteil vom 22. August 2000 - [B 2 U 24/99 R](#) -, in juris). Die Beklagte habe dies nicht getan und lediglich einen Teil der geltend gemachten Aufwendungen als nicht rechtzeitig angemeldet angesehen. Im Übrigen habe ihr Bescheid vom 12. Dezember 1997 in der Gestalt des Bescheides vom 12. März 1998 keine Tatbestandswirkung. Eine solche komme nur im Falle eines bindenden Ablehnungsbescheides des in Anspruch genommenen Leistungsträgers in Betracht, während sich ein klagender Leistungsträger auf seine eigenen den Betroffenen gegenüber ergangenen Bescheide nicht verweisen lassen müsse. Dies sei im Gesetzeswortlaut des [§ 105 SGB X](#) nicht vorgesehen und auch nicht hinnehmbar, wenn man an die Fälle denke, in denen die Berufsgenossenschaft Leistungen wie Verletztengeld oder ähnliche Leistungen an Betroffene per Verwaltungsakt erbringe und erst später nach Abschluss der Ermittlungen endgültig über ihre Leistungspflicht entscheiden könne. Dass die oft mit einem Verwaltungsakt verbundene Leistungserbringung im guten Glauben der eigenen Zuständigkeit erfolge, sei die selbstverständliche Voraussetzung eines Erstattungsanspruchs nach [§ 105 SGB X](#). Der Gesetzgeber selbst setze den Irrtum und die Unkenntnis der Nichtzuständigkeit des erstattungsberechtigten Leistungsträgers voraus, der sich durchaus in einem materiell-rechtlich fehlerhaften Verwaltungsakt manifestieren könne. Denn nach dem Gesetzeswortlaut schließe nur die Kenntnis des eigentlich für die Leistungserbringung zuständigen Leistungsträgers den Erstattungsanspruch aus. Auf eine Bindungswirkung an die eigenen im Verlaufe des Verfahrens getroffenen Entscheidungen lasse der Gesetzeswortlaut nicht schließen. Der Vertrauensschutz, den der Adressat eines Verwaltungsaktes genieße, könne nicht auf den tatsächlich zuständigen Leistungsträger übertragen werden. Anderenfalls würden die Regelung der [§§ 102](#) ff. SGB X in Frage gestellt und das Feld von realisierbaren Erstattungsfällen auf ein Minimum reduziert.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 6. Dezember 2012 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr EUR 17.957,59 zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie habe erstmals mit Schreiben vom 27. Dezember 2005 eine unbezifferte Anmeldung eines angeblichen Erstattungsanspruchs erhalten, aus der sich keinerlei Information über den Umfang oder die Leistungsart der Behandlungen und die Diagnose entnehmen lasse. Erst am 28. April 2009 sei eine bezifferte Anmeldung mit Rechnungsbelegen erfolgt, die überwiegend in den Jahren 2004 und 2005 bei der Klägerin eingegangen seien. Der Klägerin sei daher ab 27. Dezember 2005 bekannt gewesen, dass und für welchen Zeitraum welche Leistungen erbracht worden seien. Damit sei die Ausschlussfrist des [§ 111 SGB X](#) angelaufen gewesen, was im Jahr 2009 nicht mehr habe korrigiert werden können. Die Klägerin habe ihren Erstattungsanspruch daher nicht wirksam geltend gemacht. Darüber hinaus habe sie

schon mit Schreiben vom 23. Juni 2009 gegenüber der Klägerin eine teilweise Verfristung nach [§ 111 SGB X](#) geltend gemacht. Der Normzweck des [§ 111 SGB X](#) liege in einer schnellen Klarstellung der Verhältnisse. Der erstattungspflichtige Leistungsträger solle kurze Zeit nach der Leistungserbringung wissen, welche Ansprüche auf ihn zukämen. Nehme man im vorliegenden Fall eine rechtzeitige Bezifferung der Erstattungsforderung an, liefe die Regelung des [§ 111 SGB X](#) leer. Die Annahme der Klägerin, die im Jahr 2005 neu entstandene gesundheitliche Situation des Versicherten sei nicht nur der bei ihr errichteten Pflegekasse, sondern auch ihr, der Beklagten, bekannt gewesen, treffe nicht zu. Es gebe keine regelmäßige gegenseitige Information zwischen Pflege- und Krankenkasse. Es könne allein auf die Kenntnis ihrer Regressabteilung ankommen. Bei der erstmaligen Geltendmachung des Erstattungsanspruchs seitens der Klägerin seien keinerlei Informationen über die konkrete Erkrankung des Versicherten, die Behandlungszeiträume bzw. den zu erwartenden Leistungsumfang mitgeteilt worden. Der in Anspruch genommene Leistungsträger müsse bereits bei der Anmeldung der Erstattungsforderung ohne weitere Nachforschungen beurteilen können, ob die Forderung nach [§ 111 SGB X](#) ausgeschlossen sei (Verweis auf BSG, Urteil vom 30. Juni 2009 - [B 1 KR 21/08 R](#) - a.a.O.). Diese Voraussetzung sei im vorliegenden Fall nicht erfüllt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge und die von der Klägerin vorgelegte Verwaltungsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin ist zulässig. Sie bedurfte nicht der Zulassung. Denn die Klägerin begehrt die Erstattung von EUR 17.957,59 und damit von mehr als EUR 10.000,00 ([§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGG](#)).

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.

Die Berufung der Klägerin ist nicht begründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Erstattung der dem Versicherten für die Zeit vom 5. Januar 2005 bis 10. Juli 2007 erbrachten Leistungen.

Als Anspruchsgrundlage kommt allein [§ 105 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) in Betracht, der 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 Anspruch auf Erstattung ist gemäß [§ 111 Satz 1 SGB X](#) ausgeschlossen, wenn der Erstattungsberechtigte ihn nicht spätestens zwölf 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 ([§ 111 Satz 2 SGB X](#)).

Der Senat kann im vorliegenden Streit dahinstehen lassen, ob die Klägerin für die Erbringung der streitgegenständlichen Sozialleistungen unzuständig war, insbesondere, ob sich ihre Zuständigkeit bereits aufgrund einer Bindung an ihre Unfallfolgen feststellende Bescheide vom 12. Dezember 1997 und 12. März 1998 gegenüber dem Versicherten, die weiterhin wirksam sind, weil sie die Klägerin nicht aufhob ([§ 39 Abs. 2 SGB X](#)), ergibt (eine Drittbindungswirkung im Falle der Feststellung eines Versicherungsverhältnisses bejahend: BSG, Urteile vom 24. September 1996 - [1 RK 1/96](#) - und vom 25. Juli 1979 - [8b RK 5/78](#) -, beide in juris; Urteil des Senats vom 22. März 2013 - [L 4 KR 67/10](#) - nicht veröffentlicht; eine Drittbindungswirkung im Falle eines [teilweise] ablehnenden Leistungsbescheids bejahend: BSG, Urteile vom 1. September 1999 - [B 13 RJ 49/98 R](#) -, vom 26. Juli 2007 - [B 13 R 38/06 R](#) - und vom 26. Juni 2008 - [B 13 R 37/07 R](#) -; LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 18. Juli 2013 - [L 6 U 2895/11](#) - m.w.N.; Bayerisches LSG, Urteil vom 25. August 2011 - [L 18 U 228/08](#) -, alle in juris; in diesen Fällen eine Drittbindungswirkung verneinend: BSG, Urteil vom 30. April 1991 - [2 RU 78/90](#) -; LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 30. März 2012 - [L 1 KR 112/09](#) -, beide in juris; für die Fälle eines bewilligenden Leistungsbescheides eine Drittbindungswirkung verneinend: BSG, Urteil vom 20. November 2001 - [B 1 KR 31/99 R](#) -, in juris; Urteil des Senats vom 13. Mai 2011 - [L 4 R 1301/10](#) - nicht veröffentlicht; vgl. auch Krasney, KrV 2014, 1 m.w.N., der unter Auseinandersetzung mit der uneinheitlichen Rechtsprechung die Bindung eines Leistungsträgers an die Entscheidung des zuständigen Leistungsträgers gegenüber dem Versicherten generell verneint) oder sie jedenfalls deshalb zuständig war, weil die streitgegenständlichen Leistungen aufgrund des Arbeitsunfalls des Versicherten vom 28. Mai 1996 von ihr zu erbringen waren.

Denn ein etwaiger Anspruch der Klägerin ist, wie das SG zutreffend entschieden hat, jedenfalls nach [§ 111 Satz 1 SGB X](#) ausgeschlossen, weil sie ihn nicht rechtzeitig geltend gemacht hat. Der letzte Tag der Erbringung der streitgegenständlichen Leistungen war nach der Aufstellung der Klägerin in der Klageschrift der 10. Juli 2007 (Lieferung des am 9. Juli 2007 verordneten Heilmittels, Bl. 717 Verwaltungsakte der Klägerin), so dass die Frist von zwölf Monaten mit Ablauf des 10. Juli 2008 endete. Die Klägerin hat ihren etwaigen Erstattungsanspruch nicht wirksam bis zum Ablauf dieser Frist geltend gemacht.

Geltendmachen nach [§ 111 Satz 1 SGB X](#) verlangt indes 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. 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, 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. Auch ein konkludentes Geltendmachen ist zulässig (vgl. zu alledem: BSG, Urteile vom 22. August 2000 - [B 2 U 24/99 R](#) -, vom 18. Mai 2004 - [B 1 KR 24/02 R](#) -, vom 24. Februar 2004 - [B 2 U 29/03 R](#) -, vom 30. Juni 2009 - [B 1 KR 21/08 R](#) und vom 20. Dezember 2012 - [B 7 AY 5/11 R](#) -, alle in juris). Allerdings müssen dem in Anspruch genommenen Leistungsträger jedenfalls die im Einzelfall für die Entstehung des Erstattungsanspruches maßgeblichen Umstände einschließlich der zu Grunde liegenden Diagnose und des Leistungszeitraums verdeutlicht werden (BSG, Urteil vom 30. Juni 2009 - [B 1 KR 21/08 R](#) - a.a.O.).

Diesen Anforderungen genügt das Schreiben der Klägerin vom 27. Dezember 2005 nicht. Es enthält weder Angaben zur Diagnose, aufgrund derer sie Leistungen erbrachte, noch solche über den Beginn des Zeitraums der erbrachten Leistungen. Die Beklagte konnte mit diesen Angaben nicht ohne weitere Nachforschungen beurteilen, ob die Forderung ausgeschlossen ist. Insbesondere war die pauschale Angabe der Klägerin, es sei fraglich, ob ein Arbeitsunfall vorliege oder bis zu welchem Zeitpunkt Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung bestehen, jedenfalls im vorliegenden Fall völlig unzureichend. Denn die Klägerin ließ die Beklagte in Unkenntnis darüber, dass sie Zweifel daran hatte, ob die von ihr gegenüber dem Versicherten bereits festgestellten Unfallfolgen und die eingetretenen Folgeerkrankungen auf den Arbeitsunfall vom 28. Mai 1996 - welcher zweifellos ein solcher war - zurückzuführen waren, und vor allem, dass hierfür der konkrete Unfallhergang entscheidend sein könnte. Hierbei handelt es sich um die maßgebenden für die Entstehung eines etwaigen Erstattungsanspruches relevanten Umstände, über die die Klägerin die Beklagte zumindest in kurzer Form hätte unterrichten müssen, damit diese die Begründetheit einer etwaigen Forderung jedenfalls cursorisch prüfen konnte. Dem entsprechend sieht das von der Klägerin verwendete Formularschreiben auch Angaben unter anderem über die Diagnose, eine kurze Schilderung des Unfallhergangs und die Zeiträume für die erbrachten Leistungen vor, zu denen sich die Klägerin aber nicht geäußert hat. Im Übrigen wusste die Klägerin selbst am 27. Dezember 2005 nicht, dass der Unfallhergang entscheidend war und sie ihre eigene Auffassung zu den Unfallfolgen, die in den an den Versicherten erteilten Bescheiden vom 12. Dezember 1997 und 12. März 1998 zum Ausdruck kommt, korrigieren wollte. Denn die maßgeblichen Ermittlungen, auf die sie ihre zu den Unfallfolgen geänderte Auffassung stützte, erfolgten erst nach dem 27. Dezember 2005. Es liegen entgegen der Auffassung der Klägerin auch keine Anhaltspunkte dafür vor, dass die Beklagte von diesen Umständen trotz fehlender Angaben der Klägerin Kenntnis hatte. In ihrem an die Beklagte gerichteten Schreiben vom 25. März 1997, mit dem die Klägerin erstmalig eine etwaige Erstattungsforderung geltend machte, nannte die Klägerin als Diagnose "Verdacht auf Kniebinnentrauma rechts" und damit lediglich eine Verdachtsdiagnose sowie als Unfallereignis das Schlagen eines Maschinenteils auf das rechte Knie des Versicherten. Dass im Detail auch ein abweichender Unfallablauf (mit Einklemmung oder Verwindung) in Betracht kam und dies für die Frage von entscheidender Bedeutung sein konnte, ob die Behandlung der beim Versicherten vorliegenden Gesundheitsschäden unfallbedingt waren, hat die Klägerin der Beklagten zu keinem Zeitpunkt mitgeteilt. Hinzu kommt, dass die Klägerin die Beklagte mit ihrem Schreiben vom 20. September 2005 nicht darüber unterrichtet hat, wegen welcher Erkrankung er zu diesem Zeitpunkt behandelt wurde. Dabei kommt es allein auf Kenntnis der Beklagten und entgegen der Auffassung der Klägerin nicht auf diejenige der bei der Beklagte errichteten Pflegekasse, welche ein eigenständiger Sozialversicherungsträger ist, an. Da die Leistungen an den Versicherten unmittelbar durch die Klägerin ohne Einbeziehung der Beklagten erfolgten, sind auch keine Anhaltspunkte dafür ersichtlich, dass die Beklagte hiervon Kenntnis erlangt hat. Die Klägerin gab in ihrem Schreiben vom 27. Dezember 2005 an "arbeitsunfähig/behandlungsbedürftig ab 28. Mai 1996". Dies kann jedenfalls ohne weitere Erläuterungen nur dahin verstanden werden, dass die Klägerin seit dem Unfalltag an den Versicherten erbrachte Leistungen erstattet haben will. Tatsächlich machte die Klägerin dann (erstmalig im Klageverfahren konkret aufgeschlüsselt) von ihr erbrachte Leistungen für die Zeit vom 5. Januar 2005 bis 10. Juli 2007 geltend.

Der Lauf der Frist der Geltendmachung des Erstattungsanspruches war auch nicht gemäß [§ 111 Satz 2 SGB X](#) auf einen späteren Zeitpunkt als den nach [§ 111 Satz 1 SGB X](#) maßgeblichen Zeitpunkt der Leistungserbringung hinausgeschoben. Denn der Versicherte hat die streitgegenständlichen Sachleistungen bereits erhalten. Die Beklagte kann und darf daher eine Entscheidung über die von der Klägerin bereits erbrachten Leistungen nicht mehr treffen (vgl. BSG, Urteil vom 30. Juni 2009 - [B 1 KR 21/08 R](#) - a.a.O., m.w.N.). [§ 111 Satz 2 SGB X](#) setzt aber voraus, dass eine sachliche Entscheidung des erstattungspflichtigen Leistungsträgers gegenüber dem leistungsberechtigten Versicherten in der Sache bereits vorliegt oder zumindest in Betracht kommt (BSG, Urteil vom 10. Mai 2005 - [B 1 KR 20/04 R](#) -, in juris), was hier in Bezug auf die von der Klägerin bereits erbrachten Leistungen nicht der Fall ist.

Der Verweis der Klägerin in der Berufungsbegründung auf Rundschreiben der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung und der gesetzlichen Unfallversicherung führt nicht weiter, weil diese für die Gerichte nicht verbindlich sind.

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

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf §§ 63 Abs. 2 Satz 1, 52 Abs. 1, Abs. 3 Satz 1, 47 Abs. 1 Satz 1 Gerichtskotengesetz (GKG).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2015-02-04