
S 1 (16) U 166/05

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht	Sozialgericht Düsseldorf
Sachgebiet	Unfallversicherung
Abteilung	1
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 1 (16) U 166/05
Datum	20.02.2006

2. Instanz

Aktenzeichen	L 15 U 73/06
Datum	-

3. Instanz

Datum	-
-------	---

Die Beklagte wird verurteilt, der Klāgerin ihre gegen¼ber ihrem Versicherten W im Rahmen seiner Mesotheliom-Erkrankung in der Zeit vom 30.07.2001 bis zum 13.01.2002 erbrachten Leistungen zu erstatten. Die Kosten des Rechtsstreits trägt die Beklagte.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um einen Erstattungsanspruch der Klāgerin wegen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, die die Klāgerin dem Versicherten W in der Zeit vom 30.07.2001 bis zum 13.01.2002 erbracht hat.

Im August 2001 wurde beim Versicherten W ein "Pleuramesotheliom links" festgestellt. Die behandelnden Ąrzte erstatteten mit Schreiben vom 29.08.2001 eine Berufskrankheitenanzeige gegen¼ber der Beklagten. Im Rahmen der Ermittlungen der Beklagten wurde die Klāgerin um Auskunft bez¼glich der Erkrankungen des Versicherten gebeten. Mit Formularschreiben vom 21.01.2002 erteilte die Klāgerin die erforderlichen Auskünfte. Im unteren Drittel des Formularfragebogens findet sich der handschriftliche Vermerk: "Wir melden vorsichtshalber unseren Erstattungsanspruch an.". Wegen des weiteren Inhalts

dieses Schreibens wird auf Bl. 56 der Verwaltungsakten der Beklagten verwiesen.

Nach Einholung weiterer Auskünfte erteilte die Beklagte der Witwe des Versicherten mit Schreiben vom 20.06.2002 eine Zwischennachricht mit dem Inhalt, dass die medizinischen Voraussetzungen für die Anerkennung einer Berufskrankheit bei ihrem verstorbenen Ehemann vorlägen. Die notwendigen arbeitstechnischen Voraussetzungen müssten jedoch noch ermittelt werden. In einem internen Vermerk vom 03.12.2002 legte die Beklagte nieder, dass beabsichtigt sei, eine Berufskrankheit nach der Anlage 1 der Berufskrankheitenverordnung BK 4105 anzuerkennen. Der Zeitpunkt der letzten Asbestgefährdung sei jedoch noch fraglich und müsse noch ermittelt werden.

Mit einem Schreiben vom 03.01.2003 an die Klägerin teilte die Beklagte mit, dass beabsichtigt sei, eine Berufskrankheit beim Versicherten anzuerkennen. Zur Ermittlung des Zeitpunkt, an dem zuletzt eine gefährdende Tätigkeit verrichtet wurde, seien noch Ermittlungen erforderlich. Wegen des weiteren Inhalts dieses Schreibens wird auf Bl. 137 der Verwaltungsakten der Beklagten verwiesen. Mit einem Schreiben vom selben Tag an die Klägerin teilte die Beklagte mit, dass vorbehaltlich einer weiteren Prüfung und Zustimmung des Rentenausschusses die Erkrankung des Versicherten als Berufskrankheit nach der Ziffer 4105 der Anlage 1 der Berufskrankheitenverordnung anerkannt werden wird. Als Zeitpunkt des Versicherungsfalles gelte der 30.07.2001. Wegen des weiteren Inhalts dieses Schreibens wird auf Bl. 138 der Verwaltungsakten der Beklagten verwiesen. Ein Schreiben gleichen Inhalts ging auch an die Landesversicherungsanstalt Westfalen in Münster. Die Schreiben vom 03.01.2003 sind bei der Klägerin am 07.01.2003 eingegangen.

Am 25.02.2003 fasste der Rentenausschuss der Beklagten den Beschluss, beim Versicherten W eine Berufskrankheit nach der Anlage 1 der Berufskrankheitenverordnung BK 4105 anzuerkennen. Vom 31.07.2001 bis zum 13.01.2002, dem Todestag des Versicherten, werde eine Verletztenrente gezahlt. Der Versicherungsfall sei am 30.07.2001 eingetreten. Bezüglich dieser Entscheidung erteilte die Beklagte der Witwe des Versicherten unter dem 25.02.2003, der am 26.02.2003 zur Post gegeben wurde.

Mit Schreiben vom 25.02.2003 teilte die Klägerin der Beklagten Namen und Anschriften von Arbeitskollegen des Versicherten für die Zeit von 1965 bis 1975 mit. Am 13.01.2004 ging bei der Beklagten ein Schreiben der Klägerin vom 09.01.2004 ein, mit dem die Klägerin sich auf das Schreiben der Beklagten vom 03.01.2003 bezog und auf ihr Schreiben vom 25.02.2003 und sodann die Kosten der dem Versicherten gegenüber erbrachten Leistungen in der Zeit vom 30.07.2001 bis zum 13.01.2002 wegen seiner als Berufskrankheit anerkannten Mesotheliom-Erkrankung zur Erstattung abrechnete. Der Erstattungsbetrag wurde mit 18.649,31 EUR geltend gemacht.

Die Klägerin meint, ihr Anspruch aus Â§ 105 Sozialgesetzbuch, 10. Buch (SGB X) sei nicht wegen der Versäumung der Jahresfrist ausgeschlossen, weil sie schon mit Schreiben vom 09.01.2002 vorsorglich ihren Erstattungsanspruch angemeldet habe.

Darüber hinaus habe die Jahresfrist ohnehin noch nicht begonnen, da sie von einer Entscheidung der Beklagten bezüglich ihrer Einstandspflicht noch keine Kenntnis erlangt habe. Das Schreiben vom 03.01.2003 habe lediglich eine Entscheidung der Beklagten avisiert, stelle aber nicht die Information über die Entscheidung selbst dar. Diese sei erst am 25.02.2003 getroffen worden, wie sich aus dem der Witwe des Versicherten erteilten Bescheides ergebe. Eine konkrete Entscheidung in der Sache sei vor dem 25.02.2003 nicht getroffen worden. Von einer solchen Entscheidung habe sie auch keine Kenntnis erlangt.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, die ihr gegenüber ihrem Versicherten W im Rahmen seiner Mesotheliom-Erkrankung in der Zeit vom 30.07.2001 bis zum 13.01.2002 erbrachten Leistungen zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte meint, die Anmeldung eines Erstattungsanspruchs mit Schreiben vom 09.01.2002 entspreche nicht den gesetzlichen Erfordernissen. In dem handschriftlichen Vermerk fehle es an Angaben zu den Umständen und zu dem Zeitraum bezüglich der Erbringung der Leistungen. Die Jahresfrist des [§ 111 SGB X](#) sei deshalb nicht gewahrt. Mit Schreiben vom 03.01.2003 sei die Klägerin über die Anerkennung einer Berufskrankheit informiert worden. Sogar der Zeitpunkt des Versicherungsfalles sei mitgeteilt worden. Da das Erstattungsbegehren erst mit Schreiben vom 09.01.2004 am 13.01.2004 bei der Beklagten eingegangen sei, sei auch insoweit die Jahresfrist des [§ 111 SGB X](#) nicht gewahrt.

Wegen des weiteren Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Prozessakten und auf den Inhalt der Verwaltungsakten der Klägerin und der Beklagten, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung waren, verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist begründet.

Die Klägerin hat einen Anspruch auf Erstattung ihrer Leistungen, die sie dem Versicherten W wegen seiner Mesotheliom-Erkrankung in der Zeit vom 30.07.2001 bis zum 13.01.2002 erbracht hat. Denn die Voraussetzungen des [§ 105 Abs. 1 SGB X](#) sind gegeben und der Anspruch der Klägerin ist nicht nach [§ 111](#) ausgeschlossen.

Gemäß [§ 105 Abs. 1](#) i. V. m. [§ 105 Abs. 2 SGB X](#) ist die Beklagte der Klägerin gegenüber erstattungspflichtig. Die Klägerin hat dem Versicherten W in der Zeit vom 30.07.2001 bis zum Tage seines Todes am 13.01.2002 Sachleistungen als Heilbehandlung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung wegen seiner Krebserkrankung erbracht. Für diese Leistungserbringung war die Klägerin als

Träger der gesetzlichen Krankenversicherung nicht zuständig im Sinne des [§ 105 SGB X](#), weil die Beklagte als Träger der gesetzlichen Unfallversicherung für die Leistungserbringung zuständig war. Denn die Krebserkrankung des Versicherten war eine anerkannte Berufskrankheit nach der Anlage 1 der Berufskrankheitenverordnung BK 4105 (durch Asbest verursachtes Mesotheliom des Rippenfells, des Bauchfells oder des Perikarts). Der der Witwe des Versicherten erteilte Bescheid vom 25.02.2003 entfaltet hinsichtlich der Feststellung des Vorliegens eines Versicherungsfalles der gesetzlichen Unfallversicherung gemäß [§ 7, 9 Sozialgerichtsgesetz](#), 7. Buch (SGB VII) auch Wirkung gegenüber der Klägerin. Liegt, wie im Fall des Versicherten W, ein Versicherungsfall der gesetzlichen Unfallversicherung vor, so ist der Träger der Unfallversicherung auch hinsichtlich der Heilbehandlung der gesundheitlichen Folgen dieser Berufserkrankung (vorrangig) gegenüber dem Leistungsberechtigten leistungs verpflichtet ([§ 26 ff. SGB VII](#)).

Der Umfang des Erstattungsanspruches der Klägerin richtet sich nach den Vorschriften der Leistungserbringung durch die Beklagte ([§ 105 Abs. 2 SGB X](#)).

Der Anspruch auf Erstattung ist nicht gemäß [§ 111 Satz 1 SGB X](#) ausgeschlossen.

[§ 111 Satz 1 SGB X](#) stellt eine Ausschlussfrist dar, nach deren Verstreichen ein Erstattungsanspruch nicht mehr besteht. Die Vorschrift dient der beschleunigten Klarstellung der Verhältnisse der Leistungspflicht und der Rechtssicherheit. Die materielle Richtigkeit soll hinter der schnell zu erreichenden Rechtssicherheit zurücktreten (von Wulffen, SGB X, 5. Aufl. 2005, § 111 RdNr. 2). Demnach soll die Erstattung ausgeschlossen sein, wenn der Berechtigte seinen Anspruch nicht spätestens 12 Monate nach Ablauf des letzten Tages, für den die Leistung erbracht wurde, geltend macht. Der letzte Tag der Leistungserbringung war hier der 13.01.2002. Die Jahresfrist lief demnach am 13.01.2003 ab. Diese Frist hat die Klägerin nicht eingehalten, denn der handschriftliche Vermerk auf dem Schreiben vom 21.01.2002 genügt nicht den Anforderungen der wirksamen Geltendmachung eines Erstattungsanspruchs. Denn aus dem Erstattungsbegehren muss ausreichend deutlich werden, welche Leistungen zu erstatten sind. Es müssen zumindest die Umstände, die im Einzelfall für die Entstehung des Anspruchs maßgeblich sind und den Zeitraum, für den die Sozialleistung erbracht wurde, hinreichend konkret mitgeteilt werden (von Wulffen a. a. O., § 111, RdNr. 4 m. H. a. BSG vom 23.02.1999: [B 1 KR 14/97](#)). Diesen Anforderungen genügt der Vermerk auf dem Schreiben vom 21.01.2002 nicht. Es fehlt an jeder Konkretisierung des Erstattungsanspruchs. Weder wird ein Zeitraum genannt, noch werden weitere Umstände benannt, die die zu erstattenden Leistungen konkretisieren könnten.

Eine solche konkretisierende Darstellung enthält erst das Schreiben der Klägerin vom 09.01.2004, das bei der Beklagten am 13.01.2004 eingegangen ist. Dieses Schreiben erfüllt die o. g. Anforderungen an eine "Geltendmachung". Es wahrt auch die Frist des [§ 111 Satz 1 SGB X](#), denn die Frist war jedenfalls vor dem 25.02.2003 noch nicht in Gang gesetzt. Denn gem. [§ 111 Satz 2 SGB X](#) beginnt die

Jahresfrist erst dann zu laufen, wenn der Erstattungsberechtigte von der Entscheidung des Erstattungspflichtigen, leistungs verpflichtet zu sein, Kenntnis erhält.

Entgegen der gefestigten Rechtsprechung des BSG zu [Â§ 111 Satz 2 SGB X](#) i. d. a. F., nach der es auf die Kenntnis des Erstattungsberechtigten nicht ankam (BSG [SozR 1300 Â§ 111 Nr. 1](#) und Nr. 3; [SozR 3 Â§ 1300 Â§ 111 Nr. 8](#)), geht das seit dem 01.01.2001 geltende Recht von der Kenntnis der Entscheidung des Erstattungspflichtigen durch den Erstattungsberechtigten aus (von Wulffen a. a. O. [Â§ 111 RdNr. 9](#)). Ausdrücklich wird damit nicht auf die Kenntnis einer Leistungspflicht abgestellt sondern auf die Kenntnis der Entscheidung selbst, leisten zu wollen. Eine solche Entscheidung hat die Beklagte erst am 25.02.2003 getroffen. Unabhängig davon, welche Funktion der Rentenausschuss innerhalb der Entscheidungsorganisation haben mag, ist die Entscheidung der Beklagten, eine Berufskrankheit nach der Anlage 1 der Berufskrankheitenverordnung BK 4105 anzuerkennen, letztlich erst mit der Entscheidung des Rentenausschusses am 25.02.2003 getroffen worden. Nichts anderes hat die Beklagte nach Aufträgen hin auch durch ihre Schreiben vom 03.01.2003 kund getan. Gegenüber der Klägerin ist ausdrücklich auf den Vorbehalt bezüglich des Rentenausschusses hingewiesen worden. Anders können die beiden Schreiben nicht ausgelegt werden. In dem Auskunftersuchen (Bl. 137 der Akten der Beklagten) heißt es: "Auf die beabsichtigte Anerkennung einer Berufskrankheit wird hingewiesen". In dem weiteren Schreiben vom selben Tage (Bl. 138 der Akten der Beklagten) heißt es: "Vorbehaltlich weiterer Prüfung und Zustimmung des Rentenausschusses wird die Erkrankung als Berufskrankheit anerkannt". Kommt es aber auf die Kenntnis der Entscheidung an, kann die Frist frühestens mit dem Tag der Entscheidung anfangen zu laufen. Das war der 25.02.2003. Mithin endet die Frist frühestens am 25.02.2004, so dass das Erstattungsbegehren vom 09.01. bzw. 13.01.2004 der Klägerin noch rechtzeitig gestellt worden ist. Denn mit den Schreiben vom 03.01.2003 konnte die Klägerin keine Kenntnis einer Entscheidung erhalten, die noch gar nicht getroffen worden war.

Dieses Ergebnis steht nicht im Widerspruch zur Entscheidung des Bundessozialgerichts (BSG) vom 10.05.2005 (BSG, [B 1 KR 20/04 R](#) = [SozR 4 -1300 Â§ 111 Nr. 3](#)).

Das BSG schließt mit dieser Entscheidung die Anwendbarkeit des [Â§ 111 Satz 2 SGB X](#) für die Fälle aus, in denen der Erstattungsberechtigte gegenüber dem Versicherten Sachleistungen bereits erbracht hat, was durch die Erfüllungswirkung der Leistungserbringung ([Â§ 107 SGB X](#)) dazu führt, dass es einer Entscheidung, die Leistung zu erbringen, nicht mehr bedarf. Mit der Begründung, dass dort, wo keine Entscheidung mehr über das Ob und Wie der Leistungserbringung mehr erforderlich ist, auch nicht auf die Kenntnis einer (nicht mehr erforderlichen) Entscheidung abgestellt werden kann, schließt das BSG die Fristhemmung des [Â§ 111 Satz 2 SGB X](#) jedenfalls für Erstattungsansprüche zwischen zwei verschiedenen Krankenversicherungsträgern aus, mit der Folge, dass ausschließlich der Fristbeginn des [Â§ 111 Satz 1 SGB X](#) maßgeblich ist.

Diese Voraussetzungen sind im vorliegenden Fall nicht gegeben. Zwar hat die Klägerin gegenüber dem Versicherten Sachleistungen im Rahmen der Heilbehandlung erbracht. Bei der Beklagten handelt es sich aber nicht um einen Versicherungsträger des selben Versicherungszweiges, worauf das BSG in seiner Entscheidung ausdrücklich abgestellt hat.

Dies erscheint auch sachgerecht. Denn bei Trägern des selben Versicherungszweiges hängt das Ob und der Umfang der Leistungserbringung im Wesentlichen von denselben tatsächlichen Bedingungen und von den selben gesetzlichen Vorschriften ab, so dass die Leistungspflicht des einen oder des anderen Trägers sich aus der bloßen Mitgliedschaft zu einem bestimmten Zeitpunkt ergeben kann. In solchen Fällen bedarf es in der Tat keiner Entscheidung mehr gegenüber dem Versicherten, gerade diese Leistung zu bewilligen.

Anders ist bei Erstattungsersuchen im Verhältnis zwischen einem Träger der Krankenversicherung und einem Träger der Unfallversicherung zu entscheiden. Die Leistungspflicht des Unfallversicherungsträgers ist zum einen in Art und Umfang gegenüber der des Krankenversicherungsträgers unterschiedlich. Zum anderen hängt die Leistungspflicht von deutlich mehr Faktoren ab, als von der bloßen Mitgliedschaft beim Versicherungsträger zu einem bestimmten Zeitpunkt. Eine Leistungspflicht der Beklagten bestand im vorliegenden Fall nur dann, wenn die Erkrankung des Versicherten als Berufskrankheit im Sinne des [§ 9 SGB VII](#) zu werten war. Nur die kausal zu den Folgen dieser Berufskrankheit erforderlichen Sachleistungen gehören zur Leistungspflicht der Beklagten. Nur insoweit kann die Klägerin auch Erstattung verlangen. Somit war eine Entscheidung der Beklagten, dem Versicherten gegenüber Leistungen zu erbringen, nicht überflüssig. Damit kommt es auf diese Entscheidung an, wodurch der Fristbeginn der Ausschlussfrist des [§ 111 SGB X](#) mit Kenntnis dieser Entscheidung zu laufen beginnt. Denn nach Sinn und Zweck der Vorschrift soll die Frist erst dann zu laufen beginnen, wenn der Erstattungsverpflichtete sich gegenüber dem Versicherten entschieden hat, zu leisten (von Wulffen a. a. O. § 111 RdNr. 3).

Die Kostenentscheidung folgt aus [§§ 193, 197 a](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG).

Erstellt am: 05.04.2006

Zuletzt verändert am: 23.12.2024