

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: 4/11a RK 4/87

Land Rheinland-Pfalz,
vertreten durch das Landesversorgungsamt Rheinland-Pfalz,
Koblenz, Baedekerstraße 2-10,

Kläger und Revisionskläger,

g e g e n

Krankenkasse der rheinischen Landwirtschaft,
vertreten durch den Geschäftsführer,
Düsseldorf 1, Merowingerstraße 103,

Beklagte und Revisionsbeklagte.

beigeladenen:

.....,

Der 4. Senat des Bundessozialgerichts hat am 25. April 1989 ohne mündliche Verhandlung durch den Vorsitzenden Richter **R a u s c h e r**, die Richter **Dr. M e y e r** und **S t a r k** sowie die ehrenamtlichen Richter **S c h ö n f e l d** und **G ü n t h e r** für Recht erkannt:

Die Revision des Klägers gegen das Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 10. September 1987 wird insoweit als unzulässig verworfen, als die Beklagte verurteilt worden ist, an den Kläger 254,15 DM zuzahlen.

Im übrigen wird die Revision zurückgewiesen.

Die Beteiligten haben einander Kosten auch des Revisionsverfahrens nicht zu erstatten.



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

Gründe:

I

Streitig ist ein Erstattungsanspruch.

Die 1921 geborene Beigeladene, die ua seit dem 1. Januar 1983 vorzeitiges Altersgeld nach dem Gesetz über eine Altershilfe für Landwirte (GAL) bezog, ist die Witwe des 1970 an den Folgen einer anerkannten Kriegsbeschädigung verstorbenen Josef S. (J.S.). Das klagende Land (im folgenden: der Kläger) gewährt ihr deshalb Versorgung nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG). Für den Kläger stellte die Allgemeine Ortskrankenkasse Daun (AOK D.) der Beigeladenen ua im Jahr 1983 und im ersten Vierteljahr 1984 jeweils pro Quartal Bundesbehandlungsscheine aus. Mit ihnen nahm die Beigeladene Krankenhauspflege und ambulante ärztliche Behandlung einschließlich Arzneimitteln - insgesamt Leistungen mit einem Gesamtwert von 4.782,99 DM - in Anspruch. Diese Kosten hat zunächst die AOK D. getragen, bis der Kläger sie ihr in vier Teilzahlungen ab 18. Oktober 1983 erstattete.

Nachdem das klagende Land im Juni 1984 erfahren hatte, daß die Beigeladene seit Januar 1983 Mitglied der beklagten Landwirtschaftlichen Krankenkasse (LKK) ist, meldete es mit einem am 4. Juli 1984 bei der LKK eingegangenen Schreiben vom 29. Juni 1984 Erstattungsanspruch nach § 105 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB 10) an, den es später auf die og 4.782,99 DM bezifferte. Die LKK erstattete dem Kläger unter Hinweis auf § 111 SGB 10 nur 935,94 DM für die Krankenhilfe, die der Beigeladenen nach dem 4. Juli 1983 zuteil geworden war.

Das Sozialgericht (SG) Koblenz hat die Beklagte verurteilt, an den Kläger 3.847,05 DM zu zahlen (Urteil vom 17. Juli 1986). Auf die Berufung der Beklagten hat das Landessozialgericht (LSG) Rheinland-Pfalz im Urteil vom 10. September 1987 das Urteil des SG abgeändert, die Beklagte verurteilt, an den Kläger 254,15 DM zu zahlen, und die Klage im übrigen abgewiesen. Es vertritt folgende Ansicht: Dem klagenden Land habe ein Erstattungsanspruch nach § 105 SGB 10 zugestanden, weil es der Beigeladenen trotz deren Mitgliedschaft bei der LKK durch die "gesetzlich Beauftragte" AOK D. Versorgungskrankenbehandlung geleistet habe. Jedoch könne es wegen der Ausschußfrist des § 111 SGB 10 Erstattung nur der Kosten verlangen, welche die AOK D. ab dem 4. Juli 1983 beglichen habe. Für die Entstehung des Er-



stattungsanspruches und den Beginn der Jahresfrist komme es darauf an, wann die AOK D. die Kosten der Krankenbehandlung bezahlt habe. Hingegen sei nicht erheblich, wann die Beigeladene die Leistungen erhalten oder wann der Kläger der AOK deren Aufwendungen erstattet habe. Da die AOK D. - abgesehen von den dem Kläger von der LKK bereits erstatteten Kosten - drei Rechnungen in Höhe von insgesamt 254,15 DM erst nach dem 4. Juli 1983 bezahlt habe, müsse die Beklagte (nur) noch diesen Betrag erstatten.

Mit der - vom LSG zugelassenen - Revision rügt der Kläger, das LSG habe § 111 SGB 10 verletzt, weil die Ausschußfrist von einem Jahr frühestens mit der Entstehung des Erstattungsanspruches beginne. Dafür komme es allein darauf an, wann er die Kosten der Heilbehandlung der Beigeladenen an die AOK D., deren er sich zwecks Abwicklung solcher Ansprüche nach dem BVG bedient habe, gezahlt habe. Andernfalls könne der Erstattungsanspruch bei verspäteter Abrechnung zwischen der nach dem BVG "beauftragten" gesetzlichen Krankenkasse und der Versorgungsbehörde bereits ausgeschlossen sein, bevor die Versorgungsverwaltung ihn habe prüfen und geltend machen können. Die Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, sei wegen der grundsätzlichen Bedeutung der Rechtssache beizuladen.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 10. September 1987 aufzuheben und die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts Koblenz vom 17. Juli 1986 zurückzuweisen.

Die Beklagte beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Die Beigeladene ist im Revisionsverfahren nicht vertreten.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung durch Urteil ohne mündliche Verhandlung (§ 124 Abs 2 des Sozialgerichtsgesetzes - SGG) einverstanden erklärt.

II



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



Die Revision des Klägers ist als unzulässig zu verwerfen, soweit er uneingeschränkt die Aufhebung des Urteils des LSG, mithin auch insoweit beantragt, als die Beklagte bereits verurteilt worden ist, ihm 254,15 DM zu erstatten. Insoweit hat er obsiegt, ist er also nicht beschwert.

Im übrigen ist die Revision unbegründet.

Nachdem die Beklagte dem Kläger bereits vorprozessual 935,94 DM für die der Beigeladenen nach dem 4. Juli 1983 zugewendeten Krankenhilfeleistungen erstattet hatte und sie durch das insoweit rechtskräftig gewordene (so) Urteil des LSG verurteilt worden ist, weitere 254,15 DM für die Leistungen zu zahlen, die zwar vor dem 4. Juli 1983 der Beigeladenen zugeflossen, aber erst danach von der AOK D. bezahlt worden sind, ist noch ein Betrag von 3.592,90 DM für Leistungen streitig, die vor dem 4. Juli 1983 sowohl der Beigeladenen zuteil als auch von der AOK D. beglichen worden sind. Das LSG hat im Ergebnis zutreffend entschieden, daß der Kläger von der Beklagten keine Erstattung dieses Betrages verlangen kann.

Zu Recht ist das Berufungsgericht davon ausgegangen, daß der streitige Erstattungsanspruch an den §§ 105, 111 SGB 10 zu beurteilen ist. Die für den Anspruch ursprünglich maßgebende Vorschrift des § 81b BVG in der bis zum 30. Juni 1983 gültigen Fassung (geändert durch Art II § 9 Nr 11 des Gesetzes SGB - Zusammenarbeit der Leistungsträger und ihrer Beziehungen zu Dritten vom 4. November 1982 - BGBl I S 1450) ist mit Wirkung vom 1. Juli 1983 durch die §§ 102 ff SGB 10 abgelöst worden (vgl Bley, Sozialrecht, 5. Auflage 1986, S 368 mwN). Nach Art II § 21 des og Gesetzes vom 4. November 1982 sind bereits begonnene Verfahren nach den Vorschriften "dieses Gesetzes", also nach dem SGB 10 zu Ende zu führen. Dementsprechend hat das Bundessozialgericht (BSG) in ständiger Rechtsprechung (BSGE 58, 119 120 = SozR 1300 § 104 Nr 7 S 18 mwN; BSGE 56, 69 = SozR 1300 Art 2 § 21 Nr 1 mwN) entschieden, daß vor dem 1. Juli 1983 erhobene Erstattungsansprüche der Sozialleistungsträger untereinander, welche noch nach dem 30. Juni 1983 Gegenstand eines gerichtlichen Verfahrens sind, dem zeitlichen Anwendungsbereich der §§ 102 ff SGB 10 unterfallen. Dies gilt erst recht, wenn ein (möglicherweise) vor dem 1. Juli 1983 entstandener Anspruch erst nach diesem Zeitpunkt erstmalig - außergerichtlich - geltend gemacht und später Gegenstand eines Rechtsstreits wird (im Ergebnis ebenso BSG SozR 1300 § 111 Nr 2 S 5).



Rechtsgrundlage des streitigen Erstattungsanspruchs ist § 105 Abs 1 Satz 1 SGB 10. Danach gilt: Hat ein unzuständiger Leistungsträger Sozialleistungen erbracht, ohne daß die Voraussetzungen von § 102 Abs 1 aaO 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. Diese Voraussetzungen sind erfüllt:

Der Kläger, dem - worauf noch einzugehen ist - das Handeln der AOK D., des Krankenhauses, der Ärzte und Apotheker rechtlich zuzurechnen ist, hat der nach § 1 Abs 5 BVG versorgungsberechtigten Beigeladenen Krankenbehandlung (§ 9 Nr 1 iVm §§ 10 Abs 4 Buchst c, 12 Abs 1, 11 Abs 1 Nrn 1, 2 und 5 BVG), also "Sozialleistungen" (§ 11 Satz 1 iVm §§ 21 und 24 Erstes Buch SGB SGB 1), als "unzuständiger Leistungsträger" erbracht: Nach der materiellen Rechtslage war hierzu nämlich nicht er, sondern allein die Beklagte passiv sachbefugt. "Zuständig" iS von § 105 Abs 1 Satz 1 SGB 10 ist nämlich nur der im Blick auf den erhobenen Anspruch nach materiellem Recht richtigerweise anzugehende, dh sachlich befugte (passiv legitimierte) Leistungsträger (vgl BSG SozR 1300 § 105 Nr 5 S 13 mwN). Da nach § 10 Abs 7 Buchst d BVG der Anspruch versorgungsberechtigter Witwen auf Krankenbehandlung nach dem BVG ausgeschlossen ist, wenn ein "Sozialversicherungsträger" zu einer entsprechenden Leistung verpflichtet ist, und die Beklagte der ihr seit Januar 1983 als Mitglied angehörenden Beigeladenen Krankenhilfe (§ 12 Nrn 1, 2 iVm §§ 13 Abs 1 Nrn 1 und 2, 17 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte -KVLG- vom 10. August 1972, BGBl I S 1433) zu gewähren hatte, war nur sie, nicht der Kläger, richtiger Anspruchsgegner (passiv legitimiert), der Kläger also "unzuständig" iS von § 105 Abs 1 Satz 1 SGB 10.

Richtig ist, daß der Kläger, nicht die AOK D., iS von § 105 Abs 1 SGB 10 die "Sozialleistungen" (Krankenbehandlung) "erbracht" hat. Zwar hat er der Beigeladenen die Sach- und Dienstleistungen nicht im Wege der Selbstvornahme durch eigene Dienststellen und eigenes Personal zugewendet, sondern sich dazu der AOK D. und - vermittelt durch die von ihr ausgestellten Bundesbehandlungsscheine (§ 18b BVG) - des Personals und der Einrichtungen des Krankenhauses sowie der Ärzte und Apotheker bedient. Jedoch geht der Kläger zu Recht davon aus, daß ihm deren Handeln gegenüber der Beigeladenen als eigenes zuzurechnen ist, also im Rechtssinne er selbst gehandelt hat. Träfe dies nicht zu, könnte er allein schon deshalb von der Beklagten keine Erstattung fordern: Nach § 105 Abs 1 Satz 1 SGB 10 kann nur der "Sozialleistungserbringer" erstattungsberechtigt sein. Da nach der



Legaldefinition des § 11 Satz 1 SGB 1 "Sozialleistungen" nur die in diesem Gesetzbuch als Gegenstand sozialer Rechte (§§ 3 bis 10 SGB 10) vorgesehenen Dienst-, Sach- und Geldleistungen sind und kein Anhalt gegeben ist, § 105 SGB 10 verwende den Ausdruck mit einer davon abweichenden Bedeutung, muß der nach dieser Vorschrift Erstattung fordernde Leistungsträger mit dem Rechtssubjekt identisch sein, dem die Erbringung der Sozialleistung rechtlich zuzurechnen ist. Dies ist vorliegend der Kläger, weil die AOK D. der Beigeladenen die Krankenbehandlung durch Arzt, Krankenhaus usw nur im Rahmen des durch § 18c BVG begründeten gesetzlichen Vertretungs- und Auftragsverhältnisses (vgl § 93 SGB 10; vgl BSGE 32, 150, 151 = SozR Nr 4 zu § 14 BVG; wie hier: VDR-Kommentar, Stand: Juli 1983, § 93 RdNr 3; BT-Drucks 9/95 S 20; offengelassen in BSG SozR 3100 § 10 Nr 18 S 30), also als seine kraft Gesetzes Beauftragte und Vertreterin zugewendet hat:

Nach § 18c Abs 1 Satz 1 BVG (idF des Elften Anpassungsgesetzes - KOV - 11. AnpG-KOV- vom 20. November 1981, BGBl I S 1199) werden die §§ 10 bis 24a BVG (Heilbehandlung, Versehrtenleibesübungen, Krankenbehandlung) von der Verwaltungsbehörde (Versorgungsverwaltung) "durchgeführt". Dies bedeutet, die Versorgungsbehörden haben die gesetzlichen Bestimmungen "zu verwirklichen und auszuführen" (so BSG SozR 3100 § 18c Nr 14 S 29 f mwN). Dazu bestimmt § 18c Abs 1 Satz 1 BVG, daß die Versorgungsbehörden bestimmte Leistungen selbst zu erbringen haben. Nach Satz 3 aaO werden die "übrigen Leistungen", zu denen ua ambulante ärztliche und Krankenhausbehandlung sowie Versorgung mit Arzneimitteln zählen, von den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenkassen) "für die Verwaltungsbehörden erbracht". Dabei decken sich Art und Umfang der Krankenbehandlung grundsätzlich mit den Leistungen, zu denen die Krankenkasse ihren Mitgliedern verpflichtet ist (§ 12 Abs 1 iVm § 11 Abs 1 Satz 4 BVG). Die zuständige (§ 18c Abs 2 Satz 1 BVG) Krankenkasse erteilt Berechtigten und Leistungsempfängern, die nur auf Grund des BVG Leistungen erhalten, einen Bundesbehandlungsschein (§ 18b BVG), der es ihnen ermöglicht, die Sach- und Dienstleistungen der Krankenkasse wie ein Kassenmitglied, aber im offenkundigen Konsens aller Beteiligten als Leistung der Versorgungsbehörde, in Anspruch zu nehmen. Lehnt die Kasse eine Leistung ab, entscheidet deshalb die für die Versorgungsbehörde zuständige Widerspruchsbehörde (§ 18c Abs 2 Satz 2 BVG). Die Verwaltungsbehörde kann ggf unter weiteren Voraussetzungen die Leistungen sogar anstelle der Krankenkasse tatsächlich selbst erbringen (§ 18c Abs 3 BVG; vgl BSG SozR 3100 § 18c Nr 14 mwN).



Voraussetzung der Entstehung des Auftragsverhältnisses nach § 18c BVG ist allerdings, daß "eine Leistungspflicht nach § 10 BVG festgestellt ist" (so BSGE 37, 235, 239 = SozR 3100 § 18c Nr 1 S 5), hingegen nicht, daß sie nach materiellem Versorgungsrecht objektiv besteht. Denn die Krankenkasse, die nach dem im übrigen für sie maßgeblichen Recht nicht zu leisten hat, muß sich schon im Blick auf ihren Anspruch auf Aufwendungsersatz (§§ 19 bis 21 BVG) gewiß sein können, wann sie als Beauftragte für die Versorgungsbehörde tätig werden darf. Sie selbst kann aber nicht verbindlich befinden, ob sie nach dem BVG beauftragt ist. Diese Feststellung ist deshalb der Versorgungsbehörde vorbehalten, die über die "Grundelemente des Versorgungsanspruchs" (so BSG SozR 3100 § 18c Nr 14 S 30), das "BVG-Grundverhältnis", und insbesondere auch darüber zu entscheiden hat, ob der Versorgungsberechtigte ua Krankenbehandlung überhaupt zu beanspruchen hat und ob diese Leistungen für ihn "nicht schlechthin durch einen der Tatbestände des § 10 Abs 7 BVG ausgeschlossen sind" (so BSG SozR 3100 § 10 Nr 18 S 30). Hat die Versorgungsbehörde die Versorgungsberechtigung festgestellt, muß die Krankenkasse den Bundesbehandlungsschein erteilen und die Leistungen "für die Verwaltungsbehörde" (§ 18c Abs 1 Satz 3 BVG) erbringen. Wendet also ein Träger der gesetzlichen Krankenversicherung einem Leistungsempfänger Sozialleistungen nicht aufgrund "eigener" Verpflichtung nach den Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern mittels Bundesbehandlungsschein ausschließlich aufgrund des § 18c Abs 1 Satz 3 BVG zu, nachdem dessen Versorgungsberechtigung durch die Versorgungsbehörde festgestellt ist, treffen die Rechtsfolgen die Versorgungsbehörde unmittelbar sogar dann, wenn nach materiellem Recht objektiv keine Versorgungsberechtigung bestanden hat. Denn die Krankenkasse erbringt dem Berechtigten keine eigene (Sozial-)Leistung, sondern wird ihm gegenüber nur aufgrund eines gesetzlichen Auftrags und kraft gesetzlicher Vertretungsmacht für die Versorgungsbehörde tätig (BSGE 32, 150, 151 = SozR Nr 4 zu § 14 BVG; BSG BVBl 1973, 45; vgl auch BSG SozR 3100 § 81b Nr 7).

Aus den bindenden (§ 163 SGG) tatsächlichen Feststellungen des LSG ergibt sich, daß der Kläger die Versorgungsberechtigung der Beigeladenen einschließlich des Krankenbehandlungsanspruchs festgestellt hatte. Den Ausschlußgrund des § 10 Abs 7 Buchst d BVG hat er erstmals im Juli 1984 nach Bekanntwerden der Mitgliedschaft der Beigeladenen bei der Beklagten prüfen können und geprüft. Daher ist die AOK D., die der Beigeladenen krankenversicherungsrechtlich nicht leistungs verpflichtet war und ihr deshalb einen Bundesbehandlungsschein ausgestellt hatte, bis dahin nur aufgrund des



§ 18c Abs 1 Satz 3 BVG ausschließlich für den Kläger tätig geworden. Er hat durch sie iS von § 105 Abs 1 Satz 1 SGB 10 (freilich "unzuständig", so) "Sozialleistungen erbracht".

Dem steht nicht entgegen, daß sich die AOK D. entgegen § 18c Abs 2 Satz 1 BVG irrig für den nach dem BVG beauftragten Träger der gesetzlichen Krankenversicherung gehalten hat. Nach dieser Vorschrift obliegt die Erbringung der Leistungen iS von § 18c Abs 1 Satz 3 BVG der AOK des Wohnorts ua dann nicht, wenn der Versorgungsberechtigte Mitglied einer anderen gesetzlichen Krankenkasse ist. Zwar war die Beigeladene seit Januar 1983 kraft Gesetzes (§§ 2 Abs 1 Nr 4, 47 Nr 4 KVLG) Mitglied der beklagten LKK. Solange aber die AOK D. diese Rechtslage nicht erkannt hatte, mußte und konnte sie der Beigeladenen, deren Versorgungsberechtigung festgestellt war, Krankenhilfe auf Bundesbehandlungsscheine ausschließlich "für" das klagende Land gewähren mit der Folge, daß dieses "gesetzlicher Auftraggeber" in dem soeben dargestellten Sinne wurde. Denn das durch die Fassung des § 18c Abs 2 Satz 1 BVG geschaffene Risiko, daß die von einem Versorgungsberechtigten in Anspruch genommene AOK des Wohnorts irrig annimmt, sie selbst, nicht der kraft Mitgliedschaft "speziell zuständige" andere Träger der gesetzlichen Krankenversicherung sei iS von § 18c Abs 1 Satz 3 BVG beauftragt, kann nicht sie, sondern kann nur die Versorgungsverwaltung treffen. Diese allein ist nach § 18c Abs 1 Satz 1 BVG für die Durchführung ua auch des § 18c BVG verantwortlich. Andernfalls wäre die AOK schon bei Zweifeln über die Mitgliedschaft des Versorgungsberechtigten bei einem anderen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung genötigt, diesem Krankenhilfe vorsorglich zu verweigern, um nicht Gefahr zu laufen, Aufwendungen für etwa "unzuständig" erbrachte Leistungen zu Lasten seiner Versicherten abschreiben zu müssen. Da die wirkliche Sach- und Rechtslage nach den bindenden (§ 163 SGG) tatsächlichen Feststellungen des LSG frühestens im Juni 1984 ans Licht kam, besteht kein Anlaß, der Frage nachzugehen, ob dem Kläger das Verhalten der AOK D. auch dann zuzurechnen wäre, wenn sie sehenden Auges von Anfang an "zuständigkeitswidrig" (§ 18c Abs 2 Satz 1 BVG) tätig geworden wäre (vgl BSG SozR 3100 § 81b Nr 9 S 39 f mwN).

Keiner Darlegung bedarf, daß auch die weiteren Voraussetzungen des § 105 Abs 1 Satz 1 SGB 10 erfüllt sind: Der Kläger hat iS von § 102 Abs 1 SGB 10 nicht "vorgeleistet" (dazu BSG SozR 1300 § 105 Nr 1 S 2; BSG aaO § 102 Nr 1; jeweils mwN), und die Beklagte hatte der Beigeladenen auch nicht selbst geleistet.



Gleichwohl kann der Kläger von der Beklagten die Erstattung der noch streitigen Kosten für die vor dem 4. Juli 1983 von ihm erbrachten Sozialleistungen nicht verlangen, weil sein Erstattungsanspruch gemäß § 111 SGB 10 untergegangen ist. Nach dieser Vorschrift ist der Anspruch auf Erstattung ausgeschlossen, wenn ihn der Erstattungsberechtigte nicht spätestens zwölf Monate nach Ablauf des letzten Tages, für den die Leistung erbracht wurde, geltend macht. Der Lauf der Frist beginnt frühestens mit Entstehung des Erstattungsanspruchs.

§ 111 SGB 10 entfaltet keine Rückwirkung (BSG SozR 1300 § 111 Nr 2 mwN). Er ist auf den hier streitigen Erstattungsanspruch nach § 105 SGB 10 ungeachtet dessen uneingeschränkt anwendbar, daß der Kläger schon vor dem 1. Juli 1983 uU einen Abwälzungsanspruch nach § 81b BVG aF gehabt haben könnte, da die Sach- und Dienstleistungen der Beigeladenen jedenfalls überwiegend bereits vor dem 1. Juli 1983 zugeteilt und von der AOK D. bezahlt worden sind. Denn einerseits hat die mit dieser Vorschrift normierte Ausschußfrist für Erstattungsansprüche, die vor dem 1. Juli 1983 unbefristet entstanden sind, erst zu diesem Zeitpunkt überhaupt zu laufen begonnen (BSG aaO); andererseits war der (mögliche) Anspruch nach § 81b BVG aF am 1. Juli 1983 noch nicht untergegangen, da er keiner Ausschußfrist unterlegen hat (BSG SozR 3100 § 81b Nr 7 S 28 ff mwN).

Zutreffend hat das LSG erkannt, daß der Kläger seinen Anspruch am 4. Juli 1984, nicht erst durch die spätere Bezifferung der Forderung, aber auch nicht schon durch die Abgabe der Erklärung am 29. Juni 1984, bei der Beklagten "geltend gemacht" hat. Da der in Anspruch genommene Leistungsträger bereits beim Zugang der Anmeldung des Erstattungsanspruchs ohne weitere Nachforschungen muß beurteilen können, ob die erhobene Forderung ausgeschlossen ist, handelt es sich bei der "Geltendmachung" um eine empfangsbedürftige Erklärung. Andererseits kann ein Erstattungspflichtiger den Ausschluß der Forderung nach § 111 SGB 10 ohne Kenntnis des Forderungsbetrages feststellen, wenn die Umstände, die im Einzelfall für die Entstehung des Erstattungsanspruchs (Satz 2 aaO) maßgeblich sind und der Zeitraum, für den die Sozialleistung erbracht wurden (Satz 1 aaO), hinreichend konkret mitgeteilt sind (vgl BSGE 21, 157 = SozR Nr 12 zu § 1531 der Reichsversicherungsordnung - RVO). Das ist im og Schreiben des Klägers geschehen. Nicht zu entscheiden ist, ob auch erst künftig entstehende Erstattungsansprüche fristwährend iS von § 111 SGB 10 "geltend gemacht" werden können (so wohl der 3. Senat des BSG, Urteil vom 9. Februar 1989, 3/8 RK 25/87, S 8 - zur Veröffentlichung vorgesehen).



Bei dieser Sachlage ist der streitige Erstattungsanspruch des Klägers gemäß § 26 Abs 1 SGB 10 iVm §§ 188 Abs 2, 187 Abs 1 oder 2 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) ausgeschlossen, da - worauf noch einzugehen ist - die Leistungen nur für Zeiten vor dem 4. Juli 1983 erbracht worden sind (§ 111 Satz 1 SGB 10, § 187 Abs 1 BGB) und der Erstattungsanspruch auch vor diesem Zeitpunkt entstanden ist (§ 111 Satz 2 SGB 10, § 187 Abs 1 BGB). Denn der - auch im gerichtlichen Verfahren - von Amts wegen zu beachtende Ausschluß des Erstattungsanspruchs bedeutet rechtlich sein Erlöschen (Hauck/Haines/Nehls, aaO, RdNr 9; von Wulffen in: Schroeder-Printzen ua, SGB X, Ergänzungsband, 1984, § 111 Anm 3.3; Adami/Schroeter in: Sozialgesetzbuch, Sozialversicherung, Gesamtkommentar, Zehntes Buch - SGB-SozVers-GesKomm -, § 111 Anm 3; Casselmann, aaO, § 111 RdNr 7; VDR-Kommentar § 111 RdNr 2; Römer, Die Sozialversicherung 1986, 309; Jung, ZfSH/SGB 1988, 16, 19).

Daß der Kläger den streitigen Erstattungsanspruch im vorgenannten Sinn verloren hat, ergibt sich aus folgendem:

Im Sinne von Satz 1 aaO ist der letzte Tag, für den (nicht: an dem) die Leistung erbracht wurde, nach den bindenden (§ 163 SGG) tatsächlichen Feststellungen des LSG vor dem 4. Juli 1983 abgelaufen, weil die der Beigeladenen zugewendete Krankenbehandlung, um deren Kosten gestritten wird, vor diesem Zeitpunkt beendet war.

Der Erstattungsanspruch des Klägers ist aber auch mit der Folge des Beginns der Ausschlußfrist iS von Satz 2 aaO vor dem 4. Juli 1983 "entstanden". Die Erstattungsansprüche nach den §§ 102 bis 105 SGB 10, die mit dem Sozialleistungsanspruch des Leistungsempfängers nicht identisch und daher rechtlich selbständig sind, entstehen, sobald ihre gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen (insoweit allgemeine Ansicht, stellvertretend: BSG SozR 1300 § 104 Nr 6 S 13 f; Hauck/Haines/Nehls, aaO, § 111 RdNr 6). Für den hier in Frage stehenden Erstattungsanspruch setzt § 105 Abs 1 Satz 1 SGB 10 nur voraus, daß der unzuständige Leistungsträger, ohne - wie hier - iS von § 102 Abs 1 SGB 10 vorgeleistet zu haben, "Sozialleistungen erbracht" hat, soweit - was hier nicht in Betracht kommt (so) - der zuständige Träger nicht bereits in Unkenntnis der Leistung des anderen Trägers selbst geleistet hat. Oben ist bereits ausgeführt worden, daß der Kläger die Sozialleistungen als unzuständiger Leistungsträger erbracht hat. Sein Erstattungsanspruch ist daher in dem Zeitpunkt des Erbringens, also in dem Zeitpunkt entstanden, in dem er die Sozial-



leistung nach dem für ihn maßgeblichen Recht an die Beigeladene bewirkt hat (ebenso: Hauck/Haines/Schmidt, aaO, K § 107 RdNr 6; Pickel, SGB 1984, 545, 549) und damit zugleich deren Sozialleistungsanspruch gegen die Beklagte als erfüllt galt (§ 107 Abs 1 SGB 10, § 362 Abs 1 BGB). Wie oben entwickelt, ist das Erbringen von "Sozialleistungen" im Sinne der gesetzlichen Begriffsbestimmung des § 11 Satz 1 SGB 1 zu verstehen. Es kann deswegen nur in der tatsächlichen Zuwendung (realen Bewirkung) von Dienst-, Sach- und (hier nicht einschlägig:) Geldleistungen bestehen, die "Gegenstand der sozialen Rechte" (§§ 3 bis 10 SGB 1) der Leistungsempfänger sind. Dies schließt es - entgegen der Ansicht des Klägers - aus, Zahlungen (Erstattungen, Aufwendungsersatz) an die beauftragten unmittelbaren Leistungserbringer (Ärzte, Krankenhäuser, Apotheker usw) oder gar an andere Leistungsträger (§ 12 Satz 1 SGB 1) - die als öffentlich-rechtliche, einseitig hoheitlich handelnde Rechtsträger keiner Sozialleistungen bedürfen und keine sozialen Rechte iS des SGB haben können - als "Erbringen von Sozialleistungen" zu qualifizieren (aa möglicherweise der 3. Senat des BSG im og Urteil vom 9. Februar 1989 - 3/8 RK 25/87; VDR-Kommentar, aaO, § 111 RdNr 3.1.; Adami/Schroeter, SGB-SozVers-GesKomm, aaO, § 111 Anm 5; von Wulffen in: Schroeder-Printzen, aaO, § 107 Anm 3.1). Da die Sozialleistungen "erbracht", nicht nur bewilligt worden sein müssen, entsteht der Erstattungsanspruch nicht dadurch, daß nur ein Bewilligungsbescheid erteilt, die bewilligte Geld-, Sach- oder Dienstleistung aber tatsächlich noch nicht zugewendet worden ist (aa Hauck/Haines/Nehls, aaO, § 111 RdNr 6; wohl auch Casselmann in: Koch/Hartmann, aaO, § 113 RdNr 7).

Rechtskonstruktionen, die auf eine künstliche, von Wortlaut und von der Systematik der §§ 105, 111 SGB 10 nicht gestützte Aufspaltung des Begriffs der "Sozialleistungserbringung" angewiesen sind, sind ungeeignet. Einem Hinausschieben der Entstehung des Erstattungsanspruchs auf einen nach realer Bewirkung liegenden späteren, vom Verhalten der Leistungsträger bei der Abwicklung ihrer internen Beziehungen abhängigen Zeitpunkt widerspricht im übrigen augenfällig der Zweck des § 111 SGB 10, möglichst rasch klare Verhältnisse darüber zu schaffen, ob eine Erstattungspflicht besteht (vgl BT-Drucks 9/95, S 26). Deswegen hat der Gesetzgeber den Beginn der Ausschußfrist von leicht feststellbaren objektiven Umständen (Leistungserbringung, Ablauf des Zeitraums, für den sie erfolgte) abhängig gemacht, nicht hingegen davon, daß der Erstattungsberechtigte subjektiv das Bestehen des Erstattungsanspruchs oder den Erstattungspflichtigen kannte oder feststellen bzw prüfen konnte (vgl Urteil des 3. Senats des BSG vom 9. Februar 1989 - 3 RK 25/87 - S 5 mwN; BSGE 21, 181, 183 = SozR Nr 2 zu § 1539 RVO;



Casselmann in: Koch/Hartmann, Die Rentenversicherung im Sozialgesetzbuch, Kommentar, Bd II, Stand: Februar 1986, § 111 RdNr 8, 9; Hauck/Haines/Nehls, Sozialgesetzbuch, SGB X 3, Kommentar, Stand: Oktober 1986, K § 111 RdNr 10). Dies wäre weiter auch mit dem Zweck des § 107 Abs 1 SGB 10 nicht vereinbar, nach dem der Anspruch des Berechtigten gegen den zur Leistung verpflichteten Leistungsträger als "erfüllt" gilt, "soweit ein Erstattungsanspruch besteht". Diese Vorschrift soll Doppelleistungen vermeiden (BT-Drucks 9/95, S 26; stellvertretend: von Wulffen in: Schroeder-Printzen, aaO, § 107 Anm 1; Hauck/Haines/Schmidt, aaO, RdNr 8). Sie soll verhindern, daß der Leistungsempfänger seinen Anspruch gegen den zuständigen Leistungsträger noch nach Empfang der Leistung von einem anderen (unzuständigen) Leistungsträger behält und uU sogar durchsetzt (bei Geldleistungen: ihn etwa auf Dritte überträgt oder verpfändet, oder daß ein Dritter ihn pfändet). Im Blick hierauf liefe ein Entstehen des Erstattungsanspruchs des unzuständigen Leistungsträgers erst nach Empfang der Leistung durch den Berechtigten leer, weil es Doppelleistungen nicht verhindern könnte.

Es kann jedoch offenbleiben, ob die Frage, wann ein Leistungsträger eine Sozialleistung "erbracht" hat, für die §§ 102 bis 105 SGB 10 und für alle Leistungsbereiche des SGB einheitlich zu beantworten ist. Jedenfalls für den Anwendungsbereich des § 105 Abs 1 Satz 1 SGB 10, der anders als die §§ 102 bis 104 SGB 10 die Entstehung des Erstattungsanspruchs von keinen weiteren als den oben genannten Voraussetzungen abhängig macht, und für die Fälle, in denen ein Träger der gesetzlichen Krankenversicherung für die Versorgungsbehörde (§ 18c Abs 1 Satz 3 BVG) Leistungen erbringt, gibt das Gesetz keine Handhabe, Sozialleistungen als vom Leistungsträger noch nicht erbracht anzusehen, obwohl sie dem Berechtigten - wie vorliegend der Beigeladenen (so) - bereits zugewendet worden sind und zudem feststeht, welchem Leistungsträger - hier: Träger der Versorgung nach dem BVG - sie rechtlich als von ihm erbracht eindeutig zuzuordnen sind.

Der Anspruch des Klägers ist daher vor dem 4. Juli 1983 entstanden und nach § 111 SGB 10 ausgeschlossen.

Mit dieser Rechtsprechung weicht der erkennende Senat nicht iS von § 42 SGG von der Rechtsprechung des 3. Senats des BSG im Urteil vom 9. Februar 1989 - 3/8 RK 25/87 - ab, nach der die Frist für die Geltendmachung des Erstattungsanspruches eines Sozialhilfeträgers gegen die Krankenkasse bei Sachleistungen der Kranken- und Mutterschaftshilfe am Tag ihrer Bezahlung durch den Erstattungsberechtigten beginnt. Diese Entscheidung ist zu einem



wesentlich anders liegenden Fall ergangen. Dort hatte die beklagte AOK als "Auftragsgeschäft" (§ 367a RVO; Krauskopf in: Krauskopf/Schroeder-Printzen, Soziale Krankenversicherung, Kommentar, Stand: April 1983, § 367a Anm 4) für den Träger der Sozialhilfe Krankenhilfe (§ 37 des Bundessozialhilfegesetzes - BSHG) und Hilfe für werdende Mütter und Wöchnerinnen (§ 38 BSHG) erbracht und von ihm vollen Aufwendungsersatz bereits erhalten, ohne daß den Leistungsträgern bekannt war, daß die AOK kraft Gesetzes vorrangig leistungspflichtig geworden war. Das Rückabwicklungsgeschehen zwischen diesen Leistungsträgern hat der 3. Senat des BSG ua nach § 104 SGB 10 und - hieran anschließend nach § 111 SGB 10 beurteilt. Demgegenüber betrifft der vom erkennenden Senat hier entschiedene Fall nicht das Ausgleichsverhältnis zwischen den an der Leistungserbringung beteiligten Leistungsträgern. Der konkrete Sachverhalt ist schon nicht nach § 104 SGB 10 zu beurteilen und wirft auch nicht die Frage auf, wann die aaO genannten Leistungen eines Sozialhilfeträgers im Blick auf ggf zu beachtende Besonderheiten des Leistungsrechts nach dem BSHG (vgl Bundesverwaltungsgericht, BVerwGE 37, 133, 135; Schellhorn/Jirasek/Seipp, Kommentar zum BSHG, 12. Auflage 1985, § 37 RdNr 20 ff und § 11 RdNr 25) erbracht sind. Deswegen hatte der erkennende Senat zu den vom 3. Senat entschiedenen Fragen nicht Stellung zu nehmen, so daß offenbleiben kann, ob ihm zu folgen wäre.

Nach alledem konnte die Revision des Klägers keinen Erfolg haben, so daß sie - wie geschehen - zum Teil als unzulässig zu verwerfen, im wesentlichen aber als unbegründet zurückzuweisen war. Der Senat ist dem - nicht verpflichtenden (BSG SozR Nr 29 zu § 75 SGG) - Antrag des Klägers, die Bundesrepublik Deutschland beizuladen (§ 168 Halbsatz 2 iVm § 75 Abs 1 SGG), nicht gefolgt, weil nicht ersichtlich ist, daß deren berechnigte Interessen durch die Entscheidung berührt werden.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 193 Abs 1 und 4 SGG.

