

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: 9a/9 RV 6/89

Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gaststätten,
Mannheim 1, Dynamostraße 7 - 9 , (in Sachen R. R.),
vertreten durch die Geschäftsführung,

Klägerin und Revisionsbeklagte,

g e g e n

Land Rheinland-Pfalz,
vertreten durch das Landesversorgungsamt Rheinland-Pfalz
- Außenstelle Landau - Landau/Pfalz, Reiterstraße 16,

Beklagter und Revisionskläger.

Der 9a Senat des Bundessozialgerichts hat ohne mündliche Verhandlung am
14. Februar 1990 durch Vorsitzenden Richter Dr. S c h m i t t , Richter Dr. W u l f h o r s t
und Richterin J a e g e r sowie ehrenamtliche Richter F i e d l e r und Dr. R o o s
für Recht erkannt:

Die Revision des Beklagten gegen das Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg
vom 16. Februar 1989 wird zurückgewiesen.

Kosten sind 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

Die Beteiligten streiten darüber, ob die Klägerin einen Erstattungsanspruch rechtzeitig geltend gemacht hat. Die Klägerin zahlte in den Monaten Juli bis September 1985 insgesamt mehr als 10.000,-- DM für die stationäre Behandlung und den Krankenhaustransport der inzwischen verstorbenen Kriegerwitwe R. R. (im folgenden: R.), weil sie aufgrund der Angaben von Frau R. zunächst davon ausgegangen war, diese habe am 17. Juni 1985 im Betrieb ihres Schwiegersohnes einen Arbeitsunfall erlitten. Nachdem sie ermittelt hatte, daß der Unfall im privaten Bereich geschehen war, meldete sie mit Schreiben vom 16. Dezember 1985 einen Erstattungsanspruch bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) für den R. -M. -K. an. Diese erklärte, die Verletzte sei zwar nicht versichert, werde von ihr aber als Kriegerwitwe im Auftrag der Versorgungsverwaltung betreut. Der Erstattungsanspruch werde erfüllt, wenn ein Arbeitsunfall zweifelsfrei ausgeschlossen sei. Nach weiterer Sachaufklärung hielt die AOK den Erstattungsanspruch für begründet und wandte sich an das Versorgungsamt mit der Bitte um Zustimmung zur Erfüllung des Erstattungsanspruchs. Die Versorgungsverwaltung bestritt die Befugnis der AOK zur Regelung von Erstattungsansprüchen. Den mit Schreiben vom 3. Oktober 1986 ihr gegenüber geltend gemachten Erstattungsanspruch der Klägerin lehnte sie schon wegen Ablaufs der Jahresfrist des § 111 Sozialgesetzbuch - Verwaltungsverfahren (SGB X) ab. Außerdem sei die Frage des Arbeitsunfalls noch nicht geklärt.

Das Sozialgericht (SG) hat die Klage nach Beweiserhebung über den Unfallhergang allein wegen Versäumung der Ausschlußfrist abgewiesen (Urteil vom 30. März 1988). Das Landessozialgericht (LSG) hat der Berufung stattgegeben und den Beklagten zur Erstattung verurteilt (Urteil vom 16. Februar 1989): Nach dem Beweisergebnis stehe fest, daß die Verletzung von Frau R. nicht auf einem Arbeitsunfall beruhe. Der Beklagte und nicht die Klägerin sei für die Krankenhausbehandlung zuständig gewesen. Die Anmeldung des Erstattungsanspruchs bei der AOK habe die Frist gewahrt, weil sie für die Versorgungsverwaltung im gesetzlichen Auftrag gehandelt habe.

Mit der durch das LSG zugelassenen Revision rügt der Beklagte eine Verletzung des § 111 SGB X. Er ist der Auffassung, der Erstattungsanspruch sei



zwar entstanden, die Anmeldung des Erstattungsanspruchs bei der AOK aber nicht geeignet gewesen, die Jahresfrist des § 111 SGB X zu wahren.

Der Beklagte beantragt,

das Urteil des Landessozialgerichts insoweit zu ändern, als es ihn über einen Betrag von DM 57,20 hinaus zur Erstattung weiterer DM 10.030,18 verurteilt hat, und in diesem Umfang die Berufung zurückzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

Die Beteiligten sind mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden.

II

Die Revision des beklagten Landes ist nicht begründet.

Das LSG hat den Beklagten zu Recht verurteilt, der Klägerin die Kosten zu erstatten, die ihr durch die Krankenhausbehandlung der Frau R. Mitte 1985 entstanden sind. Der Beklagte bestreitet selbst nicht mehr, daß dieser Anspruch entstanden ist. Umstritten ist nur noch, ob der Erstattungsanspruch nach § 111 SGB X untergegangen ist, weil ihn die Klägerin erst später als ein Jahr, nachdem er entstanden war, bei dem Beklagten angemeldet hat.

Das LSG hat auch insoweit zutreffend entschieden, daß die Klägerin die Jahresfrist des § 111 SGB X dadurch eingehalten hat, daß sie den Anspruch noch im Jahre 1985 bei der AOK angemeldet hat.

Nach § 111 SGB X ist der Anspruch auf Erstattung "ausgeschlossen, wenn der Erstattungsberechtigte ihn nicht spätestens 12 Monate nach Ablauf des letzten Tages, für den die Leistung erbracht wurde, geltend macht". Gegenüber wem der Erstattungsanspruch geltend zu machen ist, ergibt sich ausdrücklich weder aus dieser noch aus einer anderen Vorschrift. Maßgebend kann dann nur die Anspruchsgrundlage sein. Das ist hier § 105 SGB X. Danach ist der "zuständige oder zuständig gewesene Leistungsträger" erstattungspflichtig, wenn ein unzuständiger Leistungsträger die Sozialleistung erbracht hat. Wer für die Leistung der Krankenhausbehandlung der Frau R. zuständig war, ergibt



sich nicht aus der allgemeinen Zuständigkeitsvorschrift des § 2 des Gesetzes über das Verwaltungsverfahren in der Kriegsopferversorgung, sondern aus § 18c Bundesversorgungsgesetz -BVG- (idF durch das 11. AnpG-KOV vom 20.11.1981 - BGBl I 1199). Nach § 18c Abs 1 Satz 2 BVG werden eine Reihe besonders aufgezählter Leistungen von der Verwaltungsbehörde, also dem Beklagten, erbracht. In Satz 3 heißt es dann : "Die übrigen Leistungen werden von den Krankenkassen für die Verwaltungsbehörde erbracht".

Nach der Systematik dieser Vorschrift war die AOK der zuständige Leistungsträger, weil Krankenhausbehandlung nicht ausdrücklich als Leistung der Verwaltungsbehörde aufgeführt ist. Darum war sie nach dem Wortlaut des § 105 SGB X auch der für die Erstattung zuständige Leistungsträger, bei dem der Anspruch geltend zu machen war. Es besteht kein Grund anzunehmen, § 111 SGB X verlange, daß zur Wahrung der Jahresfrist der Anspruch bei dem Leistungsträger angemeldet werden muß, "für" den die AOK zu leisten hat und der letztlich die Kosten der Leistung nach § 20 BVG tragen muß. - Es ist allerdings einzuräumen, daß der Beklagte dann zuständig ist, wenn darüber gestritten wird, ob nach Versorgungsrecht überhaupt eine Leistung durch die Krankenkasse zu erbringen ist. Insoweit ist die Zuständigkeitsregelung des § 18c Abs 1 Satz 3 BVG in Verbindung mit den Regelungen zu sehen, die den Beklagten zum Herrn des Verfahrens machen: Der Beklagte ist für die Durchführung der Krankenversorgung grundsätzlich zuständig (§ 18c Abs 1 Satz 1 BVG). Ferner entscheidet die für die Verwaltungsbehörde zuständige Widerspruchsbehörde über Widersprüche gegen Verwaltungsakte, die im Rahmen der Leistungserbringung von Krankenkassen erlassen werden (§ 18c Abs 2 Satz 2 BVG). Geht der Streit darum, ob sich die Krankenkasse zu Recht geweigert hat, eine beantragte Leistung zu erbringen, kann dem Antragsteller entgegengehalten werden, daß § 18c Abs 1 Satz 3 BVG keine umfassende Zuständigkeitsregelung für die Krankenkasse enthält. Die Krankenkasse ist im Widerspruchsverfahren und im Klageverfahren nicht passiv legitimiert (vgl BSGE 65, 31, 34 = SozR 1300 § 111 Nr 4). Unabhängig davon, ob der Fall streitig wird, ist der Anspruch zuerst bei der Krankenkasse geltend zu machen. Wird er streitig, wechselt die Zuständigkeit für das weitere Verfahren auf die Verwaltungsbehörde über. Sie kann sich dann aber nicht darauf berufen, daß die Anmeldefrist versäumt sei. Das Verfahren wird nicht neu in Gang gebracht, sondern lediglich fortgesetzt. Es gilt hier nichts anderes als für Anträge des Leistungsberechtigten. Daß er sich gemäß der gesetzlichen Zuständigkeitsregelung, die sich aus dem gesetzlichen Auftrag ergibt, zunächst an den Beauftragten halten muß, ist klar (vgl auch § 16 Abs 1 Satz 1 SGB I). Er kann sich nach § 92 SGB X sogar im Falle einer vertraglichen Aufgabenübertragung an



den Beauftragten wenden. Gründe, die dagegen sprächen, daß der für den Leistungsantrag zuständige Leistungsträger auch der für die Anmeldung des Erstattungsanspruches zuständige Leistungsträger ist, liegen nicht vor. Im Gegenteil:

Die Prüfung einer Erstattungsforderung verlangt von der Krankenkasse im wesentlichen keine andere Tätigkeit als die Prüfung von Leistungsansprüchen, wenn der Erstattungsanspruch auf eine Heilbehandlung durch einen unzuständigen Leistungsträger zurückzuführen ist. Auch hierbei geht es um die Abrechnung ärztlicher Leistungen und Verordnungen, Krankenhausleistungen und sonstiger Leistungen, die auf Abrechnungsfähigkeit, Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit zu überprüfen sind. Die Krankenkasse wird auf diese Weise frühzeitig in die Leistungsabwicklung einbezogen. Die nach sachlicher und rechnerischer Prüfung durch die kompetente Stelle erfolgende zügige Erstattung entspricht dem generellen Anliegen des Gesetzgebers, Erstattungsansprüche schnell abzuwickeln. Daß die Krankenkasse ihrerseits wiederum einen Erstattungsanspruch gegen die Versorgungsverwaltung geltend machen muß, bedeutet keine Erschwernis; dies erfolgt im Rahmen der regelmäßigen Abrechnung aus dem gesetzlichen Auftragsverhältnis zur Versorgungsverwaltung.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)