

Erstattungsanspruch gemäß § 105 SGB X - Anwendbarkeit des § 111 Satz 2 SGB X - Anwendbarkeit des § 111 Satz 2 SGB X n.F. - konkludente Entscheidung des erstattungspflichtigen Trägers; hier: Urteil des Bayerischen Landessozialgerichts (LSG) vom 4.2.2003 - L 3 U 239/02 - (Vom Ausgang des Revisionsverfahrens - B 2 U 29/03 R - wird berichtet.)

Das Bayer. LSG hat mit Urteil vom 4.2.2003 - L 3 U 239/02 - (s. Anlage) Folgendes entschieden:

### **Orientierungssatz**

1. Nach der Auffassung des Senats ist § 111 S 2 SGB 10 auch dann anzuwenden, wenn der zunächst leistende, erstattungsberechtigte Träger erst einige Zeit nach der an den Versicherten erbrachten Leistung positive Kenntnis (hier: durch Vergleich mit Versicherten bzgl der Anerkennung bzw Nichtanerkennung von Unfallfolgen) davon erhält, dass nicht er, sondern ein anderer Träger verpflichtet ist.
2. Der Neufassung des § 111 S 2 SGB 10 ist nicht zu entnehmen, dass der Lauf der Frist von der Entscheidung des erstattungspflichtigen Leistungserbringers gegenüber dem Versicherten, abhängig sein solle. Vielmehr ist darin nur von "seiner Leistungspflicht" die Rede. Dass es in einem Fall, wo der Versicherte bereits Leistungen erhalten hat und zufrieden gestellt ist, keiner weiteren Entscheidung des - erst dann bekannten - materiellrechtlich verpflichteten Versicherungsträgers bedarf, hat der Gesetzgeber entweder übersehen oder als von der von ihm gewählten Formulierung miteinfaßt betrachtet.
3. Beruft sich der erstattungspflichtige Leistungsträger auf die Ausschlussfrist des § 111 S 1 SGB 10, kann in der Erklärung konkludent eine seine Leistungspflicht bejahende Entscheidung iS von § 111 S 2 SGB 10 - wenn auch nicht gegenüber dem Versicherten - enthalten sein.

#### Anlage

Urteil des Bayer. LSG vom 4.2.2003 - L 3 U 239/02 -

Holz-Berufsgenossenschaft - Klägerin und Berufungsklägerin -  
g e g e n

AOK Westfalen-Lippe - Beklagte und Berufungsbeklagte -

- I. Die Beklagte wird unter Aufhebung des Urteils des Sozialgerichts München vom 06.06.2002 verurteilt, der Klägerin 30.715,73 Euro zu erstatten.
- II. Kosten sind nicht zu erstatten. III. Die Revision wird zugelassen.

#### I. Tatbestand:

Die Klägerin begehrt von der Beklagten die Erstattung von Geld- und Sachleistungen in Höhe von 30.715,73 Euro, welche sie aus Anlass des Unfalls, den ihr Versicherter G. B. - nachfolgend B. - am 06.01.1995 erlitt, in der Zeit vom 06.05.1995 bis 31.05.1996 erbrachte. Sie ist der Auffassung, in diesem Zeitraum seien Leistungen der Heilbehandlung und Leistungen infolge von Arbeitsunfähigkeit nicht mehr wegen der Unfallfolgen, sondern wegen einer unfallunabhängigen Erkrankung angefallen. Die Beklagte hält den Erstattungsanspruch gem. § 111 des 10. Sozialgesetzbuchs (SGB X) für ausgeschlossen.

B. ist bei der Klägerin gegen Unfall und bei der Beklagten gegen Krankheit versichert. Am 06.01.1995 erlitt er während seiner versicherten Tätigkeit als Möbelpacker einen Stromunfall. Er stürzte auf den Hinterkopf und zog sich nach dem Bericht des Durchgangsarztes vom 10.01.1995 eine Hinterhauptprellung zu. Daneben äußerte Dr.G. den Verdacht auf

einen Apoplex. Später wurden noch eine Gehirnerschütterung, eine frische Hirnembolie sowie eine Schultersteife diagnostiziert. Vom 06.10. bis 20.10.1995 wurde B. stationär behandelt. Die Klägerin zahlte neben den Kosten für stationäre und ambulante Behandlung bis einschließlich 31.05.1996 an B. Verletztengeld zuzüglich der hierauf entfallenden Beitrag zur Renten-, Arbeitslosen-, Kranken- und Pflegeversicherung, Kosten für Krankengymnastik und Reizstrombehandlung und Fahrtkosten zur stationären Behandlung.

Am 30.01.1995 meldete die Klägerin gegenüber der Beklagten vorsorglich einen Erstattungsanspruch nach §§ 102 ff SGB X an, sofern die Erkrankung nicht Folge des Arbeitsunfalls sein sollte. Am 24.03.1995 übersandte die Beklagte der Klägerin die Abrechnung über das von ihr im Auftrag der Klägerin an B. ausgezahlte Verletztengeld ab dem 21.02.1995. Mit Schreiben vom 26.10.1995 machte die Klägerin der Beklagten gegenüber Kostenerstattung geltend. Es bestünden Zweifel, ob die gesamten Beschwerden sowie die gesamte Dauer der Arbeitsunfähigkeit ursächlich auf das Unfallereignis vom 06.01.1995 zurückzuführen seien. Die bis dahin entstandenen Kosten bezifferte sie mit 31.924,25 DM. Die Klägerin holte ein neurologisches sowie ein orthopädisches Gutachten ein und teilte der Beklagten am 04.06.1996 mit, die berufsgenossenschaftliche Heilbehandlung sei aufgrund dieser Gutachten abgebrochen worden. Mit Bescheid vom 26.06.1996 lehnte die Klägerin gegenüber dem Versicherten einen Anspruch auf Verletztenrente ab. Einen Abdruck dieses Bescheides übersandte sie der Beklagten. Der Versicherte erhob nach erfolglosem Widerspruch am 03.07.1996 Klage beim Sozialgericht Detmold. Das Verfahren endete mit einem vom Versicherten am 26.03.1999 angenommenen Vergleich, in dem sich die Beklagte bereit erklärte, eine leichte Hirnsubstanzschädigung und unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit für die Zeit vom 06.01.1995 bis 05.05.1995 anzuerkennen sowie im Anschluss daran für die Dauer von acht Monaten bis 05.01.1996 Verletztenrente zu zahlen. Die Landesversicherungsanstalt (LVA) Westfalen gewährte dem B. ab 08.06.1996 Rente wegen Erwerbsunfähigkeit bzw. ab 01.09.1996 Altersrente.

Bereits mit Schreiben vom 01.08.1997 hatte die Klägerin der Beklagten die einzelnen Leistungen ihres Erstattungsanspruchs bekannt gegeben und mit 70.550,83 DM beziffert. Am 27.04.1999 reduzierte die Klägerin ihren Erstattungsanspruch auf 61.124,14 DM wegen der im Vergleich vor dem Sozialgericht Detmold bis 06.05.1995 zugestandenen unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit. Trotz diverser Mahnungen am 22.09.1999, 12.01.2000, 20.01.2000, 27.01.2000 und 06.03.2000 leistete die Beklagte keine Zahlung. Vielmehr erklärte sie, sie bemühe sich um Einsicht in die Akten des Sozialgerichts Detmold (Schreiben vom 12.07.1999 und 05.10.1999) bzw. bitte sie um Übersendung des Urteils bzw. des Vergleichs (Schreiben vom 14.01.2000 und vom 24.01.2000). Letzterem Wunsch entsprach die Klägerin am 27.01.2000. Am 08.03.2000 erklärte die Beklagte schließlich, das Erstattungsersuchen sei nicht ordnungsgemäß und rechtzeitig bei ihr eingegangen; der Anspruch auf Erstattung sei gem. § 111 SGB X ausgeschlossen. Die Klägerin verwahrte sich im Schreiben vom 16.03.2000 im Hinblick auf die zuvor geführte Korrespondenz gegen diese Rechtsauffassung.

Am 27.03.2000 hat die Klägerin beim Sozialgericht München Klage erhoben und einen Erstattungsanspruch gemäß § 105 SGB X in Höhe von 60.074,74 DM geltend gemacht. Sie habe den Erstattungsanspruch ordnungsgemäß nach § 111 SGB X angemeldet. Der Eingang ihrer Anmeldung vom 26.10.1995 sei von der Beklagten bestätigt worden. Die Beklagte hat dagegen eingewandt, nach der Rechtsprechung müsse eine ordnungsgemäße Anmeldung die erbrachten Leistungen benennen und nach Zeiträumen aufschlüsseln sowie die aufgewandten Kosten beziffern. Dies sei bei der Anmeldung vom 26.10.1995 nicht der Fall gewesen. Sie sei daher nicht zur Zahlung verpflichtet. Einen vor dem Sozialgericht München am 06.03.2002 geschlossenen widerruflichen Vergleich, in dem sich die Beklagte verpflichtete, die Hälfte der streitgegenständlichen Summe an die Klägerin zu bezahlen, hat die Beklagte widerrufen. Mit Urteil vom 06.06.2002 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, die Jahresfrist des § 111 Abs. 1 SGB X habe mit dem Ende der Leistungen von Verletztengeld am 31.05.1996 bzw. von Heilbehandlungsmaßnahmen am 08.07.1996 zu laufen begonnen. Die Frist sei daher spätestens am 08.07.1997 abgelaufen gewesen. Bis dahin hätte der Erstattungsanspruch beziffert vorgetragen werden müssen. Die Neufassung des § 111 Satz 2 SGB X sei nicht einschlägig; diese sei auf Erstattungsansprüche nach § 105 SGB X nach dem Sinn und Zweck der neuen Bestimmung nicht anwendbar. Eine Beiladung des Versicherten sei nicht notwendig gewesen.

Dagegen hat die Klägerin Berufung eingelegt und ihr Begehren aufrechterhalten. Sie hat die Auffassung vertreten, sie habe den Erstattungsanspruch ordnungsgemäß und innerhalb der Ausschlussfrist des § 111 SGB X geltend gemacht. Darüberhinaus sei entgegen der Meinung des Sozialgerichts die Neufassung des § 111 SGB X einschlägig. Ihre Klage hätte bereits aus diesem Grund zum Erfolg führen müssen. Sie beziffere ihre Forderung jetzt in Euro und schlüsse diese nochmals nach der jeweiligen Leistungsart und den verschiedenen Zeiträumen, für die diese Leistungen erbracht worden seien, auf. Insoweit wird auf das Schreiben der Klägerin vom 15.07.2002 gem. § 136 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) Bezug genommen.

Die Klägerin beantragt,  
die Beklagte unter Aufhebung des Urteils des Sozialgerichts München vom 06.06.2002 zu verurteilen, die in der Erkrankungssache des B. nach dem 05.05.1995 von ihr erbrachten Geld- und Sachleistungen in Höhe von 30.715,73 Euro zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,  
die Berufung der Klägerin zurückzuweisen.

Das Sozialgericht habe die Sach- und Rechtslage im angefochtenen Urteil zutreffend beurteilt.

Im Übrigen wird gem. § 136 Abs. 2 SGG auf den Inhalt der Akten der Klägerin sowie der Gerichtsakten erster und zweiter Instanz Bezug genommen.

#### II. Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Klägerin ist zulässig (§§ 143, 144 Abs. 1 Ziff. 2, 151 SGG) und begründet. Ihr Erstattungsanspruch ist nicht nach § 111 SGB X ausgeschlossen.

Die Beklagte hat der Klägerin gem. § 105 SGB X die Kosten zu erstatten, die diese dem B. in der Zeit vom 06.05.1995 bis 31.05.1996 an Verletztengeld zuzüglich Sozialversicherungsbeiträge und an Heilbehandlungsmaßnahmen in Höhe von insgesamt 30.715,73 Euro gezahlt hat. Dass § 105 SGB X die richtige Anspruchsnorm ist, wird von den Beteiligten nicht bestritten. Danach kann ein Leistungsträger Erstattung verlangen, wenn sich nachträglich herausstellt, dass nicht er sondern der andere Sozialleistungsträger dafür zuständig ist. Eine solche Fallkonstellation liegt hier vor. Der von der Beklagten mit dem Versicherten am 26.03.1999 geschlossene Vergleich hat die Frage geklärt, ob bestimmte Gesundheitsstörungen, deretwegen B. arbeitsunfähig und behandelt worden war, als Folgen des Arbeitsunfalls vom 06.01.1995 zu gelten haben oder nicht. Erst dadurch stand fest, dass die unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit nur bis zum 05.05.1995 vorgelegen hatte. Für die Krankenbehandlung danach war die Beklagte der zuständige Leistungsträger nach §§ 2, 11 Abs. 4, 27, 44 ff SGB V. Ein Erstattungsverhältnis liegt somit dem Grunde nach zwischen der Klägerin und der Beklagten vor.

Ihren in erster Instanz vorgebrachten Einwand, B. habe keinen Krankengeldanspruch gehabt, weil er Rente von der LVA bezogen habe, hat die Beklagte im Berufungsverfahren nicht mehr wiederholt. Er trifft auch nicht zu, denn nach der Mitteilung der LVA vom 06.02.2002 gegenüber dem Sozialgericht bezog B. erst ab dem 08.06.1996 Rente wegen Erwerbsunfähigkeit bzw. ab 01.09.1996 Altersruhegeld. Ein Krankengeldanspruch wäre somit nach § 50 SGB V erst ab dem Zeitpunkt des Rentenbezugs ausgeschlossen, aber nicht für die hier strittige Zeit bis zum 31.05.1996.

Der Erstattungsanspruch scheidet entgegen der Meinung des Sozialgerichts nicht an der Ausschlußwirkung des § 111 SGB X. Denn nach der Übergangsregelung des § 120 Abs. 2 SGB X gilt die Neufassung des § 111 Satz 2 SGB X durch das 4. Euro-Einführungsgesetz für Erstattungsverfahren, welche am 01.06.2000 noch nicht abschließend entschieden waren. Ob ein Erstattungsverfahren abschließend entschieden ist, beurteilt sich nach allgemeinen Regeln. Danach muss der Erstattungsanspruch entstanden, inhaltlich konkretisiert worden, bei dem für erstattungspflichtig gehaltenen Versicherungsträger wirksam geltend gemacht worden und von letzterem darüber entschieden worden sein, d.h. er muss ihn anerkannt oder abgelehnt haben (Kassler Kommentar, § 120 SGB X Anm. 3). Insoweit bedarf es nach der Auffassung des Senats keiner Erörterung, ob das Schreiben der Klägerin vom 26.10.1995 den Erfordernissen einer wirksamen Anmeldung eines Erstattungsanspruchs entsprochen hat, denn es können auch spätere Schreiben der Klägerin herangezogen werden, wie etwa das vom 01.08.1997 oder vom 27.04.1999. Dass die darin enthaltenen Angaben den Erfordernissen einer ordnungsgemäßen Geltendmachung entsprechen, wird auch von der Beklagten nicht bestritten. Die Meinung des Sozialgerichts, Erklärungen der Beklagten nach Ablauf eines Jahres, gerechnet von der jeweiligen letzten Leistung an B., also spätestens nach der am 08.07.1997 geleisteten Krankenbehandlung, hält der Senat nicht für zutreffend. Diese Auffassung entspricht zwar der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG in SozR 3-1300 § 111 Nrn. 8 und 9) zur früheren vor dem

4. Euro-Einführungsgesetz bis 31.12.2000 geltenden Fassung des § 111 SGB X. Nach der in Anwendung der Übergangsvorschrift des § 120 Abs. 2 SGB X geltenden Neufassung des § 111 Satz 2 SGB X beginnt die Jahresfrist jedoch erst mit dem Zeitpunkt, an welchem der erstattungsberechtigte Leistungsträger (hier die Klägerin) von der Entscheidung des erstattungsverpflichteten Leistungsträger Kenntnis über dessen Leistungspflicht erlangt. Dabei kommt es auf die positive Kenntnis an; ein Wissenmüssen oder schuldhaftes Nichtwissen spielt nach dem Wortlaut der jetzigen Fassung des § 111 SGB X keine Rolle. Allerdings ist dem Sozialgericht insoweit beizutreten, als der vom Gesetzgeber bei der Neufassung ins Auge gefasste typische Ablauf eines Erstattungsverfahrens hier nicht ganz zutrifft. Denn hier hat die erstattungsberechtigte Klägerin durch den von ihr mit dem Versicherten abgeschlossenen Vergleich erst die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass ihre Leistungspflicht, welche wegen § 11 Abs. 4 SGB V zunächst bestand, zum 05.05.1995 endete und damit die Leistungspflicht der Beklagten einsetzte, ohne dass letztere eine Entscheidung gegenüber dem versicherten B. getroffen hätte. Es fehlt somit zumindest an einer Entscheidung der Beklagten gegenüber B. bezüglich ihrer Einstandspflicht als Krankenversicherungsträger. In den Gesetzesmaterialien (Bundestags-Drucksache 14/4375 S 60) wird zur Begründung der Gesetzesänderung ein Fallbeispiel genannt: einer ehemaligen Arbeitslosenhilfeempfängerin - nachdem dieser Leistungsbezug schon über ein Jahr abgeschlossen war - sei durch einen Träger der Unfallversicherung rückwirkend Versichertenrente für die Zeit des Bezugs von Arbeitslosenhilfe bewilligt worden. Obwohl dem Arbeitsamt der Anspruch auf Versichertenrente erst auf Grund der übersandten Durchschrift des Bewilligungsbescheids bekannt geworden sei, habe das BSG den daraufhin geltend gemachten Erstattungsanspruch der Bundesanstalt für Arbeit wegen der erbrachten Arbeitslosenhilfe auf Grund der Jahresfrist des § 111 SGB X als ausgeschlossen angesehen. Auf die möglicherweise mehrere Jahre zurückliegende Entstehung des Erstattungsanspruchs abzustellen, sei nicht sachgerecht, weil der erstattungsberechtigte Träger in solchen Fällen keine Möglichkeit habe, seinen Erstattungsanspruch fristgerecht geltend zu machen. Anders als im vorgenannten Fallbeispiel ist im hier zu entscheidenden Fall erst durch den Vergleich vor dem Sozialgericht Detmold die Rechtssicherheit hinsichtlich der Frage geschaffen worden, welcher Leistungsträger im Endergebnis zuständig ist. Wenngleich das vorgenannte sozialgerichtliche Verfahren keine Bindungswirkung für die nicht beigeladene Beklagte entwickeln konnte, so hat sie ihre Leistungspflicht dem Grunde nach zu keinem Zeitpunkt bestritten. Auch der Senat ist davon überzeugt, dass die Beklagte zur Leistung für die Zeit vom 06.05.1995 bis 31.05.1996 verpflichtet war. Damit steht der Anwendung des § 111 Satz 2 SGB X nichts im Wege. Der Lauf der Jahresfrist nach § 111 Satz 1 SGB X beginnt daher frühestens mit dem Zeitpunkt, zu dem die Klägerin "von der Entscheidung der Beklagten über ihre Leistungspflicht" Kenntnis erlangt hat. Denn der Gesetzgeber hat bei der Neufassung - wie

oben bereits erläutert - gewollt, dass entgegen der früheren Fassung, bei der nach der ständigen Rechtsprechung des BSG der Beschleunigungseffekt im Vordergrund gestanden hatte, gerade dem Umstand Rechnung getragen werde, dass es geraume Zeit in Anspruch nehmen kann, bis der zuständige Träger feststeht (von Wulffen, SGB X, § 111, Anm.9). Dem Gesetz ist ferner kein Anhalt zu entnehmen, dass die Vorschrift nur für Erstattungsansprüche gem. § 103 SGB X, bei denen regelmäßig eine Entscheidung des Erstattungspflichtigen vorausgeht, gelten solle, wie das Sozialgericht meint; eine solche Auslegung wird in der Literatur ebensowenig vertreten (von Wulffen, a.a.O. § 111 Anm. 3; Kassler Kommentar, a.a.O. § 111 SGB X, Anm. 5). Nach der Auffassung des Senats ist § 111 Satz 2 SGB X auch dann anzuwenden, wenn, wie hier, der zunächst leistende, erstattungsberechtigte Träger erst einige Zeit nach der an den Versicherten erbrachten Leistung positive Kenntnis davon erhält, dass nicht er sondern ein anderer Träger verpflichtet ist. Ansonsten käme ein Erstattungsanspruch nur dann in Betracht, wenn der zunächst nicht leistende, aber objektiv materiellrechtlich verpflichtete Träger aus eigener Überzeugung seine Leistungspflicht bejahen und dann wohl ohnehin den Erstattungsanspruch anerkennen und erfüllen würde, nicht aber wenn dieser seine Leistungspflicht verneinen würde. Lediglich in letzterem Fall besteht ein Konfliktverhältnis, für das eine gesetzliche Regelung notwendig ist. Zudem ist der Neufassung des § 111 Satz 2 SGB X nicht zu entnehmen, dass der Lauf der Frist von der Entscheidung des erstattungspflichtigen Leistungserbringers gegenüber dem Versicherten, wie das Sozialgericht meint, abhängig sein solle. Vielmehr ist darin nur von "seiner Leistungspflicht" die Rede. Zu fragen ist insoweit, aus welchem Grunde der Gesetzgeber nicht auf "seine Erstattungspflicht" abgestellt hat; eine solche Formulierung wäre klarer. Andererseits ist der Senat der Meinung, dass sowohl die Klägerin als auch die Beklagte erst nach Beendigung des Rechtsstreits zwischen B. und der Klägerin Kenntnis vom Bestehen oder Nichtbestehen ihrer - sich gegenseitig ausschließenden - Leistungspflicht haben konnten. Dass es in einem solchen Fall, wo der Versicherte bereits Leistungen erhalten hat und zufrieden gestellt ist, keiner weiteren Entscheidung des - erst dann bekannten - materiellrechtlich verpflichteten Versicherungsträgers bedarf, hat der Gesetzgeber entweder übersehen oder als von der von ihm gewählten Formulierung miterfaßt betrachtet. Der Beklagten ist insoweit zuzustimmen, wenn sie meint, der in den Gesetzesmaterialien (Bundestags-Drucksache a.a.O.) geschilderte Beispielfall rechtfertige nicht die Annahme, andere Erstattungsansprüche würden nicht vom Satz 2 des § 111 SGB X erfaßt und bei diesen bleibe es bei der Beschleunigungswirkung des Satzes 1. Hätte der Gesetzgeber eine solche Beschränkung gewollt und hätte er damit die typischen Fallgestaltungen des § 105 SGB X ausgrenzen wollen, so wäre zu erwarten gewesen, dass er einen ausdrücklichen Ausschluss formuliert hätte. Denn solches wäre eine von der früheren Rechtslage stark abweichende Rechtsfolge,

die einer ausdrücklichen Klarstellung bedurft hätte. Einen Hinweis in diese Richtung lassen die Gesetzesmaterialien nicht erkennen. Der Senat hält daher eine den Wortlaut erweiternde Auslegung für angebracht, wonach es auf die positive Kenntnis des Erstattungsberechtigten von der Leistungs- bzw. von der Erstattungspflicht des anderen Trägers ankommt. In diesem Zusammenhang neigt der Senat zu der Auffassung, dass die Erklärung der Beklagten in ihrem Schreiben vom 08.03.2000, in dem sie sich - erstmals - auf die Ausschlussfrist des § 111 Satz 1 SGB X berief, konkludent eine ihre Leistungspflicht bejahende Entscheidung - wenn auch nicht gegenüber dem Versicherten, was nach der oben vertretenen Meinung auch nicht notwendig ist - enthält. Denn der Ausschluss kann nur zum Tragen kommen, wenn eine Leistung dem Grunde nach bejaht wird. Insofern sieht der Senat in einer solchen Erklärung eine Entscheidung i.S.d. § 111 Satz 2 SGB X, welche die 12-Monats-Frist des Satzes 1 in Lauf setzt. Damit greift die Ausschlussfrist des § 111 Satz 1 SGB X für den hier im Streit stehenden Erstattungsanspruch nicht ein. Der - von der Beklagten zu keinem Zeitpunkt der Höhe nach bestrittene - Anspruch auf Erstattung ist begründet (vgl. BSGE 68, 82). Aus der Sicht des Senats kommt es damit auf die Frage, ob Schreiben der Klägerin vor dem Ablauf der Jahresfrist, gerechnet von der jeweils dem Versicherten erbrachten Leistung, einer ordnungsgemäßen Anmeldung eines Erstattungsanspruchs entsprochen haben, nicht an. Vorsorglich merkt er jedoch zum Argument der Beklagten an, dass ihr zumindest die Höhe der Verletztengeldzahlungen hinreichend bekannt war. Denn diese Leistungen hatte die Beklagte im Auftrag der Klägerin zu berechnen und an den Versicherten auszus zahlen. Dass sie hierzu über die erforderlichen Berechnungsunterlagen verfügte, beweisen ihre Abrechnungen gegenüber der Klägerin hinreichend. Im Übrigen muss sich die Beklagte entgegenhalten lassen, dass sie im Rahmen der ihr nach § 86 SGB X auferlegten Pflicht zur Zusammenarbeit mit anderen Sozialversicherungsträgern (BSG SozR 3 1.300 § 111 N. 9) verpflichtet gewesen wäre, eine Rückfrage an die Klägerin zu richten. Denn diese hatte bereits mit Schreiben vom 30.01.1995 auf einen möglichen Erstattungsanspruch hingewiesen und den ablehnenden Bescheid gegenüber B. vom 26.06.1996 bekannt gegeben. Eine ordnungsgemäße Anmeldung des Erstattungsanspruch sieht der Senat insoweit als erfüllt an.

Die neben der Ausschlussfrist des § 111 SGB X noch zu prüfende Verjährungsvorschrift des § 113 SGB X, greift in der Neufassung durch das 4. Euro Einführungsgesetz nicht ein, weil für den Fristablauf die obigen Ausführungen entsprechend gelten.

Danach waren das Urteil des Sozialgerichts vom 06.06.2002 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin 30.715,73 Euro zu erstatten.

Hinsichtlich der Kostenentscheidung gilt § 193 Abs. 4 SGG.

Der Senat hat die Revision zugelassen, weil er die Frage der Auslegung des § 111 Satz 2 SGB X in der Fassung durch das 4. Euro Einführungsgesetz für klärungsbedürftig hält, zumal diese Rechtsfrage auch im Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 25.04.2002 (L 16 Kr 117/98) angesprochen wird.