



DGUV Hochschule

Hochschule der Deutschen
Gesetzlichen Unfallversicherung (HGU)
University of Applied Sciences

UVR

UV Recht & Reha Aktuell

05/2026 44. Jahrgang

www.dguv.de/uvr

Editorial

Herausforderungen der gesetzlichen Krankenversicherung
Prof. Dr. Heiko Burchert

Aufsätze

Auswirkungen des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes
auf die gesetzliche Krankenversicherung
Martin Kunze

Erstattungsansprüche zwischen Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung und privaten Krankenversicherungsunternehmen
Prof. Dr. Denis Hedermann

Besprechung

Fristwahrende Anmeldung eines Erstattungsanspruchs
Ass. iur. Tobias Schlaeger

Rechtsprechung

Fristwahrung von Erstattungsansprüchen
LSG Bayern, Urt. v. 24.11.2025 – L 3 U 149/25

Erstattung von Kinderpflege-Verletztengeld
LSG Sachsen, Urt. v. 15.04.2025 – L 5 U 76/22

Keine Erstattung privatärztlicher Heilbehandlungskosten ohne Vorprüfung des Unfallversicherungsträgers
SG Hamburg, Gerichtsbescheid v. 14.04.2025 – S 36 U 145/23 D

Echo

Aus anderen Publikationen

Herausgeber Prof. Dr. Denis Hedermann, Prof. Dr. Eric Zimmermann

Herausforderungen der gesetzlichen Krankenversicherung

von Prof. Dr. Heiko Burchert

Beschäftigt man sich in Deutschland mit der gesetzlichen Krankenversicherung so geht zunächst der Blick zurück auf ihre Anfänge. Als Grundstein eines für seine Zeit weltweit fortschrittlichen und beispielgebenden Systems der Sozialversicherungen wurde sie vom damaligen Kanzler des Deutschen Reiches, Otto Eduard Leopold von Bismarck-Schönhausen, als „Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter“ am 15. Juni 1883 ins Leben gerufen. Bismarck definierte damit, worin das Soziale in der Kranken- sowie in den ebenfalls durch ihn geschaffenen Unfall- und Rentenversicherung bestand. Dies wirkt bis heute fort. Nur sieht dieses Heute anders aus als 1883.

Von einem Aufbegehren einer sozialistischen Arbeiterbewegung, welchem damit begegnet werden sollte und auch erfolgreich wurde, ist heute keine Rede mehr. In den zwei später ergänzten Sozialversicherungen (Arbeitsförderung – SGB III und Soziale Pflegeversicherung – SGB XI) wurden zwar die damaligen Grundsätze aufgegriffen, einer Befriedung des Aufbegehrens einer Arbeiterbewegung bedurfte es indes schon nicht mehr. Eher gesamtgesellschaftliche Belange bildeten die Ansatzpunkte dieser Regelungen.

Einer davon sind die Wirkungen des demografischen Wandels, welche bereits ein Teil der Beweggründe für die soziale Pflegeversicherung war. Als die wesentliche Wirkung des demografischen Wandels gilt die doppelte Überalterung unserer Gesellschaft. Der bereits Jahrzehnte anhaltende Geburtenrückgang reduziert das Aufkommen an Arbeitskräften im Gesundheitswesen, was die Leistungserbringer vor große Herausforderungen stellt, denn eine ansteigende Lebenserwartung hat eine steigende Nachfrage nach Gesundheitsleistungen zur Folge. Beides wirkt auch auf die gesetzliche Krankenversicherung: die Einzahlungen schrumpfen und die Ausgaben wachsen. Letztlich stehen ebenso die Leistungsempfänger vor zwei Problemen. Es wird zunehmend schwieriger, Leistungserbringer mit freien Kapazitäten zu finden. Und nicht zuletzt sorgen die fehlenden Gelder in der Krankenversicherung für einen schrumpfenden Leistungskatalog und sinkende Zahlungen an die Leistungserbringer. In der Konsequenz steigen die finanziellen Belastungen der Leistungsempfänger.

Manche Beteiligte haben für sich einen bunten Strauß individueller Lösungen für diese Probleme gefunden. Nicht immer geschieht dies im Rahmen des geltenden Rechts. So können Leistungserbringer etwa durch Abrechnungsbetrug, unter Umständen sogar im kollusiven Zusammenwirken mit Leistungsempfängern, auf sinkende Vergütungen reagieren. Auch Fälle kollusiven Verhaltens zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen zur Erhöhung von Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds sind bekannt. Einzelne

Leistungsempfänger wiederum nutzen Hilfsmittel oder Medizinprodukte nicht wie vorgesehen, sondern veräußern diese weiter und erzielen dadurch zusätzliche Einnahmen.

Mit der aktuellen Gesundheitsreform, in Form des GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetzes, soll nun auf diese und weitere auch durch die Politik selbst hervorgerufenen Ursachen der „Milliarden-Finanzlücke“ der gesetzlichen Krankenversicherung reagiert werden. Statt einem Aufbegehren der Arbeiterbewegung ist jetzt einer gesamtgesellschaftlichen Unzufriedenheit zu begegnen. Ob die Krankenversicherung noch als fortschrittlich, beispielgebend und sozial angesehen werden kann, bliebe abzuwarten.

Der Autor ist Professor für das Lehrgebiet betriebswirtschaftliche und rechtliche Grundlagen des Gesundheitswesens, Fachbereich Wirtschaft, Hochschule Bielefeld.

Aus der Redaktion:

Die UVR – UV Recht & Reha Aktuell erscheint in dieser Ausgabe erstmalig als Themenheft.

Wir legen einen inhaltlichen Schwerpunkt auf die Beziehung zwischen gesetzlicher Unfallversicherung und gesetzlicher sowie privater Krankenversicherung.

Sofern Sie, liebe Leserin und lieber Leser, Vorschläge für zukünftige Themenhefte haben, lassen Sie es uns gerne wissen. Wir freuen uns auf Ihre Rückmeldungen! Gerne wollen wir – Ihr Interesse vorausgesetzt – in unregelmäßiger Folge neben der „normalen“ UVR auch immer mal wieder thematisch-gebundene Ausgaben erstellen.

Allgemeine Hinweise, Wünsche und auch Kritik sind ebenso erwünscht. Schreiben Sie uns gerne unter uvr@dguv.de an!

Denis Hedermann/Eric Zimmermann

Inhalt

Editorial

Herausforderungen der gesetzlichen Krankenversicherung Prof. Dr. Heiko Burchert	170
--	-----

Aufsätze

Auswirkungen des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes auf die gesetzliche Krankenversicherung Martin Kunze	172
Erstattungsansprüche zwischen Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung und privaten Krankenversicherungsunternehmen Prof. Dr. Denis Hedermann	178

Besprechung

Fristwahrende Anmeldung eines Erstattungsanspruchs Ass. iur. Tobias Schlaeger	186
--	-----

Rechtsprechung

Fristwahrung von Erstattungsansprüchen LSG Bayern, Urt. v. 24.11.2025 – L 3 U 149/25	189
Erstattung von Kinderpflege-Verletztengeld LSG Sachsen, Urt. v. 15.04.2025 – L 5 U 76/22	198
Keine Erstattung privatärztlicher Heilbehandlungskosten ohne Vorprüfung des Unfallversicherungsträgers SG Hamburg, Gerichtsbescheid v. 14.04.2025 – S 36 U 145/23 D	205

Echo

Aus anderen Publikationen	211
---------------------------	-----

Impressum

212

Auswirkungen des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes auf die gesetzliche Krankenversicherung

von Martin Kunze*

I. Vorbemerkungen

1. Ziel des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes¹ ist eine einnahmeorientierte Ausgabengestaltung. Es wird versucht, die sehr hohen Zuwächse bei den Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung wieder in Einklang mit der Einnahmenentwicklung zu bringen. Alle Beteiligten, also Leistungserbringer, Hersteller von Arzneimitteln und Hilfsmitteln, Krankenkassen, Beitragszahlerinnen und Beitragszahler, Versicherte sowie Patientinnen und Patienten sollen einen angemessenen Beitrag zur finanziellen Konsolidierung leisten. Der Gesundheitssektor ist der am schnellsten wachsende Sektor unserer Volkswirtschaft.² Die Ausgaben der GKV sind deshalb zu begrenzen und bedürfen der Anpassung an das Einnahmenvolumen. Da die aktuelle Belastung der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler schon sehr hoch ist, ist keine radikale Veränderung beschlossen worden. Das Gesetz gleicht insofern mehr einer Notoperation als dem therapeutischen Ansatz. Allenfalls ein kurzfristiger Beitragsanstieg für 2027 wird mit den gesetzlichen Maßnahmen verhindert. Ob die Reform den rasanten Ausgabenanstieg darüber hinaus verhindert, darf bezweifelt werden. Nicht das Erforderliche wurde geregelt, sondern das politisch Machbare.

2. Das Gesetz tritt schrittweise ab dem 30.07.2026, 01.01.2027 und 01.01.2028 in Kraft.³ Die Regelungen zur Teilarbeitsunfähigkeit (vgl. zu V.) und zu den Zuschlägen bei Familienversicherung (vgl. IV.3) treten erst am 01.01.2028 in Kraft. Eine nur redaktionelle Änderung der Übermittlungsvorschrift für die Künstlersozialkasse gilt ab 01.07.2028.⁴

3. Mit diesem Artikelgesetz werden Folgeänderungen im SGB III, IV, VI, IX, XI und XII eingeführt. Ebenso werden zu unterschiedlichen Zeitpunkten geändert:⁵ Krankenhausentgeltgesetz, Krankenhausfinanzierungsgesetz, Bundespflegegesetzverordnung, Risikostruktur-Ausgleichsverordnung, Medizinproduktemethodenbewertungsverordnung, Besondere Gebührenverordnung BMG, Pflegepersonalbemessungsverordnung, Zweites Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte, Aufwendungsausgleichsgesetz,

Gesetz über Alterssicherung der Landwirte, Künstlersozialversicherungsgesetz.

4. Das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (GKV-BStabG) ist offensichtlich „mit heißer Nadel gestrickt“. Etliche eingeführte Regelungen sollen bereits vor Inkrafttreten wieder geändert werden. Dazu liegen Änderungsanträge zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung als Folgeregelungen zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz vor, die inzwischen am 15.10.2026 vom Deutschen Bundestag beschlossen worden sind. Die Zustimmung des Bundesrates wird am 20.11.2026 erwartet.⁶ Das Gesetzgebungsverfahren hierzu soll vom Bundestag und Bundesrat noch bis Ende November 2026 abgeschlossen werden, mit dem Ziel, dass wesentliche Teile bereits ab Januar 2027 in Kraft treten. Einzelheiten zu den Änderungsanträgen sind der Ausschussdrucksache des Deutschen Bundestages 21(14)107 vom 05.10.2026 zu entnehmen. Ob und inwieweit alle Anträge unverändert beschlossen werden, ist bei Redaktionsschluss dieses Aufsatzes nicht absehbar.

II. Betroffene in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Ausgehend von 83 Millionen Einwohnern trägt das medizinische Netzwerk momentan über 1.800 Krankenhäuser, 160.000 ambulante Ärztinnen und Ärzte und mehr als 18.000 Apotheken.⁷ Leistungsträger der GKV sind 93 Krankenkassen.

Über 74 Millionen Menschen sind als Mitglieder und beitragsfreie Versicherte in der GKV versichert. Knapp 59 Millionen Menschen sind beitragszahlende Mitglieder. Der Anteil der in der GKV Versicherten an der Gesamtbevölkerung beträgt etwa 91 %. Etwa 9 % sind privat krankenversichert.⁸

Die Gesundheitsausgaben insgesamt pro Jahr und Person für das Jahr 2024 sind mit 6.444 Euro berechnet worden.⁹ Das sind summarisch 12,4 % des Bruttoinlandsprodukts. Das Beitragssatzstabilitätsgesetz hat nichts an der

* Martin Kunze war stellvertretender Geschäftsführer der Unfallkasse Nord und ist Lehrbeauftragter an der DGUV Hochschule in Bad Hersfeld.

¹ Gesetz zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz), BGBl. I 2026 Nr. 228 vom 29.07.2026, <https://www.recht.bund.de/eli/bund/bgbl-1/2026/228>, abgekürzt GKV-BStabG oder BStabG. Die Beschlussempfehlungen des Ausschusses für Gesundheit vom 08.07.2026 (Drs. 21/7016) sind noch in das Gesetz eingeflossen.

² Bundeskanzler Friedrich Merz in verschiedenen Pressemitteilungen, zuletzt im Rahmen der Presseerklärung zur Regierungsumbildung am 24.07.2026.

³ Art. 8 Abs. 1-4 BStabG.

⁴ Art. 8 Abs. 4 BStabG i.V.m. § 95 c Abs. 2 Nr. 2 SGB IV.

⁵ Art. 8 Abs. 1-4 BStabG.

⁶ Deutscher Bundestag, Ausschussdrucksache 21(14)107 vom 05.10.2026 (Ausschuss für Gesundheit). Drs. 21/6808, 21/8630 und 21/8629. Inkrafttreten der wesentlichen Teile mit Tag nach Verkündung (Art. 11 Abs. 1 Entwurf des Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung).

⁷ Ärzte, Krankenhäuser & Apotheken | Statista, Zahlenstand 2024, letzter Abruf 11.09.2026.

⁸ Private und gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland 2025 | Statista, letzter Abruf 11.09.2026.

⁹ Statistisches Bundesamt, https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/_inhalt.html, letzter Abruf 19.10.2026

paritätischen Beitragszahlung durch Mitglieder und Arbeitgeber geändert.¹⁰ Dies gilt ebenso für den Zusatzbeitrag.¹¹

Kassenärztliche Vereinigungen sind nach wie vor wichtige Sicherstellungskörperschaften, die für die vertragsärztliche Versorgung in der GKV zuständig sind.¹² Eine solche Zwischeninstanz gibt es in der GUV nicht.

III. FinanzKommission Gesundheit

Das Gesetz geht auf 66 Empfehlungen der FinanzKommission Gesundheit (FKG) zurück.¹³ Nicht alle Empfehlungen der FKG wurden übernommen. Das durch die Kommission vorgeschlagene Einsparvolumen lag bei über 42,3 Milliarden Euro für das Jahr 2027. Tatsächlich wurde weniger als die Hälfte an Einsparungen realisiert. Dies liegt vor allem daran, dass der Bund nicht vollständig für die Krankenversorgung der Grundsicherungsempfänger (früher: Bürgergeld) eintritt. Der Bund übernimmt eine jährlich abgestufte pauschale Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen an den Gesundheitsfond.¹⁴

IV. Schwerpunkte des Gesetzes¹⁵

1. Das Bundesministerium für Gesundheit prognostiziert, dass das **Finanzdefizit** bei den gesetzlichen Krankenkassen für die kommenden Jahre mit der Reform abgedeckt wird.¹⁶ Diese Prognose darf als optimistisch angesehen werden. Der GKV-Spitzenverband ist in einer umfangreichen Stellungnahme vom 16.06.2026 auf den damaligen Gesetzentwurf eingegangen.¹⁷

2. Die **Beitragsbemessungsgrenze**¹⁸ und die **Jahresarbeitsentgeltgrenze** (Versicherungspflichtgrenze)¹⁹ werden zum Januar 2027 um einen Fixbetrag von 3.600 Euro jährlich bzw. 300 Euro monatlich (zuzüglich zur regulären Lohnentwicklung) angehoben. Für Gutverdienende bedeutet dies eine Beitragserhöhung – und deshalb wird die Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze bei den Krankenkassen durchaus kritisch gesehen. Gibt es nämlich eine erhöhte Wechselbewegung Besserverdienender hin in die PKV, schwächt diese die GKV und deren Einnahmen dauerhaft.²⁰ Für

Beschäftigte, die am 31. Dezember 2026 wegen Überschreitens der damaligen Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei und privat krankenversichert waren, wird die Grenze 2027 nicht erhöht. Die Bundesregierung legt diese Grenze gesondert fest.²¹

3. Der **Beitragszuschlag für mitversicherte Ehegatten/Lebenspartner**²² in Höhe von 2,5 Prozent (ab 01.01.2028) wird nicht erhoben für Eltern mit Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr. Darüber hinaus bleiben Ehegatten/Lebenspartner mit Pflegegrad 3, 4 oder 5 sowie mit einem Rentenanspruch wegen voller Erwerbsminderung oder als nicht erwerbsfähige Leistungsberechtigte, die Grundsicherung beziehen, beitragsfrei mitversichert. Weitere Personengruppen sind im Gesetz benannt.

4. **Zuzahlungen**, die Versicherte ab 2027 zu leisten haben, betragen 10 % des Abgabepreises und werden per Sockelbetrag auf mindestens 7,50 Euro und höchstens 15 Euro erhöht.²³ Der Eigenanteil (Zuzahlung) für stationäre Behandlungen beträgt ab 01.01.2027 kalendertäglich 15 Euro.²⁴ Zuzahlungen der Versicherten zu Zahnersatz wurden erhöht bzw. die Festzuschüsse abgesenkt.²⁵ Die Belastungsgrenze der jährlichen Bruttoeinnahmen von 2 Prozent der Bruttoeinnahmen beziehungsweise 1 Prozent für chronisch Kranke bleibt unverändert.

5. Das sog. **Zweitmeinungsverfahren**, das bisher für Patientinnen und Patienten freiwillig war, wird bei mengenmäßigen Eingriffen obligatorisch eingeführt.²⁶ Ab 2028 werden jährlich mindestens zwei neue planbare Eingriffe bestimmt. Damit sollen in der Vergangenheit zu häufig durchgeführte planbare Eingriffe eingedämmt werden. Voraussichtlich ab dem 01.04.2027 können ambulant oder stationär tätige Fachärztinnen und Fachärzte bei den Kassenärztlichen Vereinigungen eine Genehmigung beantragen, um Zweitmeinungen für transarterielle Linksherz-

¹⁰ §§ 249 ff. SGB V.

¹¹ § 242 SGB V.

¹² §§ 72 ff. SGB V.

¹³ Empfehlungen zur Stabilisierung des Beitragssatzes zur Gesetzlichen Krankenversicherung, abrufbar über <https://finanzkommission-gesundheit.de>, abgerufen am 23.07.2026.

¹⁴ § 221 Abs. 1 SGB V.

¹⁵ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/bundestag-beschliesst-gkv-beitragsatzstabilisierungsgesetz-pm-10-07-2026>, letzter Abruf 05.09.2026.

¹⁶ Bundesministerium für Gesundheit, GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetz, Fragen und Antworten: 2027 = 19 Mrd. Euro, 2028 = 25 Mrd. Euro, 2029 = 35 Mrd. Euro, 2030 = 44 Mrd. Euro).

¹⁷ GKV-V_BStabG_Stellungnahme, zuletzt abgerufen am 10.09.2026.

¹⁸ § 6 S. 3 SGB V; für das Jahr 2026 = 69.750 Euro jährlich und 5.812,50 Euro mtl. Für das Jahr 2027 lt. Kabinettsbeschluss vom 07.10.2026 = 76.500 Euro jährlich und 6.375 Euro mtl.

¹⁹ § 223 Abs. 4 SGB V; für das Jahr 2026 = 77.400 Euro. Für die Personengruppe nach § 6 Abs. 6 SGB V steigt die Jahresarbeitsverdienstgrenze lt. Kabinettsbeschluss vom 07.10.2026 auf 84.150 Euro.

²⁰ Anhebung der BBG – Risiko für die Solidargemeinschaft | Die Techniker - Presse & Politik, zuletzt abgerufen am 10.09.2026.

²¹ https://www.dak.de/arbeitgeber-portal/sozialversicherung/gkv-beitragsatzstabilisierungsgesetz_225524, zuletzt abgerufen am 11.09.2026.

²² § 242 b SGB V.

²³ § 61 SGB V.

²⁴ § 61 S. 2 SGB V.

²⁵ § 55 Abs. 1 SGB V.

²⁶ § 27 b SGB V.

Katheteruntersuchungen abgeben und mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen zu können.²⁷

6. Von 2027 bis 2029 soll der **Vergütungszuwachs** grundsätzlich höchstens der Grundlohnrate abzüglich einem Prozentpunkt entsprechen.²⁸ Ab dem 1. Januar 2027 werden viele bisher extrabudgetäre Leistungen in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung überführt, darunter ambulante Operationen, Früherkennungsuntersuchungen und große Teile der Psychotherapie.²⁹

7. Die bisher **extrabudgetären Vergütungen für psychotherapeutische Leistungen**, die sich in den letzten zehn Jahren nahezu verdoppelten, werden zum überwiegenden Teil in das Budget für die Vergütung ambulanter Behandlungen gesetzlich Versicherter (morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, MGv) zurückgeführt. Es wird sichergestellt, dass es für den Teil der Vergütungen, der in die MGv überführt wird, nicht zu Verschiebungen des Honorars in andere Fachbereiche kommt. Begonnene psychotherapeutische Behandlungen werden bis zum Abschluss der Behandlung im Rahmen der Honorarverteilung ohne Abzug vergütet. Aufgrund vielfältiger Forderungen aus Lobbykreisen, insbesondere der Deutschen Psychotherapeuten Vereinigung, ist mit dem Entwurf zur Notfallreform per Annexregelung allerdings vorgesehen, Teile der Leistungseinschränkungen für psychotherapeutische Leistungen wieder zurückzunehmen.³⁰

8. Für **Heil- und Hilfsmittel sowie für pharmazeutische Produkte** einschließlich des Apothekenrabatts³¹ enthält das Gesetz Restriktionen ab 01.01.2027. Über § 29 Abs. 1 S. 2 und Abs. 2 SGB VII bei Festbeträgen für Arznei- und Verbandmittel und Abs. 2 SGB VII (Apothekenrabattregelungen) sowie § 31 Abs. 2 S. 3 SGB VII für Festbeträge für Hilfsmittel gelten diese Abrechnungsmethoden auch in der GUV. Für Hilfsmittel werden für ab 01.01.2027 begonnene Versorgung 3 % Minderungen berechnet.³² Mit Entschließungsantrag der Regierungsfractionen zum GKV-BStabG wird die Bundesregierung aufgefordert, weitere Ausnahmen vom zusätzlichen Herstellerabschlag in § 130a SGB V aufzunehmen.³³ Für die GUV ist zu beachten, dass über Festbetrags- und Apothekenrabattregelungen hinaus die besonderen

Vertragsregelungen zwischen DGUV und sonstigen Beteiligten gelten.³⁴

9. Nicht mehr im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen sind die Verabreichung von **Cannabisblüten** in getrockneter Form³⁵, ebenso **homöopathische und anthroposophische Arzneimittel**.³⁶

9.1 **Homöopathie** ist künftig eine Leistung, die Versicherte komplett selbst zahlen müssen.

9.2 Nach Mitteilung der DGUV betrifft die bei 9. genannte Leistungseinschränkung **nicht** die **gesetzliche Unfallversicherung**, weil der geltende Arzneiversorgungsvertrag zwischen DGUV/SVLFG und dem Deutschen Apothekerverband (DAV) keine Verweisung auf § 31 SGB V enthält. Es sei der Grundsatz der Heilbehandlung mit allen geeigneten Mitteln gem. § 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII zu beachten.³⁷ Allerdings verweist die DGUV richtigerweise darauf, dass über die medizinische Eignung und Notwendigkeit einer Arzneimitteltherapie ärztlich entschieden³⁸ werden muss und die gewählte Behandlung zur Erreichung des Heilbehandlungsziels geeignet und notwendig ist.

9.3 Die Verabreichung **cannabishaltiger Fertigarzneimittel** ist eine vorgeschlagene Regelung zu Therapieversuchen in § 31 Abs. 6 S. 2 SGB V durch Annexregelungen der geplanten Notfallreform.³⁹

10. Für **Krankenhäuser** gilt grundsätzlich ebenso von 2027 bis 2029 die Obergrenze aus Grundlohnrate abzüglich einem Prozentpunkt.⁴⁰ Hinzu kommen höhere Prüfquoten bei Krankenhausabrechnungen. Zur Abfederung hat die Bundesregierung per Protokollerklärung zusätzliche Mittel für die besondere Vorhaltung der Universitätskliniken in Aussicht gestellt.⁴¹

11. Erhöht eine gesetzliche Krankenkasse ihren **Zusatzbeitrag**, haben gesetzlich Versicherte ein Sonderkündigungsrecht. Bis 29.07.2026 mussten Krankenkassen ihre Mitglieder spätestens einen Monat vor einer Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes informieren und auf das Sonderkündigungsrecht hinweisen.⁴² Diese Informationspflicht ist mit dem

²⁷ Pressemitteilung des nach § 92 Abs. 1 SGB V tätigen Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) vom 20.08.2026. Der entsprechende Beschluss ist zum Zeitpunkt der Recherche am 13.09.2026 noch vor der Veröffentlichung. Bisherige Basis ist die Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren/Zm-RL, Richtlinie, zuletzt abgerufen am 13.09.2026.

²⁸ § 87a SGB V in Verbindung mit Regelungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

²⁹ Auswirkungen des Spargesetzes, Zusammenstellung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, letzter Abruf 09.09.2026; Die Sparliste: Liste der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, letzter Abruf 09.09.2026.

³⁰ Deutscher Bundestag, Ausschussdrucksache 21(14)107 vom 05.10.2026 und 21(14)108 (24) vom 06.10.2026.

³¹ Der Kassenabschlag auf verschreibungspflichtige Fertigarzneimittel wird auf 2,07 Euro pro Packung erhöht (§ 130 Abs. 1 SGB V). Nach § 130a Abs. 1b SGB V wird ein zusätzlicher Abschlag in Höhe von 8,5 % des Abgabepreises des pharmazeutischen Unternehmens ohne MwSt. eingeführt. Der Herstellerabschlag für Patent-Arzneimittel wurde von 7 auf 15,5 % erhöht.

³² § 127 Abs. 1b SGB V.

³³ Drs. 21/7063 vom 10.07.2026.

³⁴ Baron/Lüder in: LPK-SGB VII (6. Auflage), § 34 Rn. 18.

³⁵ § 31 Abs. 6 SGB V, neu gefasst durch Art. 1 Nr. 12 c i.V. m. Art. 8 Abs. 1 GKV-BStabG.

³⁶ § 31 Abs. 1 S. 1 SGB V, neu gefasst durch Art. 1 Nr. 12 a i.V.m. Art. 8 Abs. 1 GKV-BStabG.

³⁷ DGUV-Rundschreiben 0253/2026 vom 07.09.2026.

³⁸ Besser: vorgeschlagen. Denn es entscheidet der Leistungsträger.

³⁹ Vgl. zu I.4 dieses Aufsatzes (Änderungsantrag 11). Es ist abzuwarten, ob dieser Antrag ins Gesetzblatt kommt.

⁴⁰ §§ 71 Abs. 3 Satz 3 und 4 SGB V, 9 Abs. 1b S. 2 KHEntG i.V.m. § 10 Abs. 3 KH EntG i.d.F. vom 30.07.2026.

⁴¹ Regelungen des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz mit Auswirkungen für Krankenhäuser und ihre Beschäftigten | Marburger Bund Bundesverband, letzter Abruf 09.09.2026.

⁴² § 175 Abs. 4 S. 7 SGB V a.F., Wegfall durch Art. 1 Nr. 58 Buchstabe b BStabG.

neuen GKV-BStabG entfallen.⁴³ Es darf davon ausgegangen werden, dass diese aus Gründen der Bürokratieentlastung eingeführte Neuregelung, die internetaffine bzw. ständig informierte Mitglieder voraussetzt, mit einer nächsten Reform überdacht und möglicherweise in den Urzustand zurückgeführt wird. Konkret vorgesehen ist die Herstellung des früheren Rechtszustandes mit entsprechender Informationspflicht zunächst mit Änderungsantrag 9 zur Reform der Notfallversorgung.⁴⁴

V. Teilarbeitsunfähigkeit und Teilkrankengeld

1. Ein wichtiger rechtsdogmatisch interessanter Aspekt der Neuregelungen – und deshalb hier breiter besprochen – sind die neuen Begrifflichkeiten Teilarbeitsunfähigkeit und Teilkrankengeld (§§ 44 Abs. 1a, 44c SGB V). Danach ist bei Einwilligung des Versicherten vom Arzt attestierte Teilarbeitsunfähigkeit von 25, 50 oder 75 Prozent der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit möglich, wenn aufgrund der Art, Schwere oder voraussichtlichen Dauer der Erkrankung eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als vier Wochen zu erwarten ist. Diese Regelungen zur Teilarbeitsunfähigkeit treten am 01.01.2028 in Kraft.⁴⁵

Das Krankengeld ist der Höhe nach nicht angetastet worden.

Anders als noch im Regierungsentwurf⁴⁶ vorgesehen, ist in der Endfassung der Krankengeldvorschriften auf einen Vorrang der Teilarbeitsunfähigkeit vor der stufenweisen Wiedereingliederung („Hamburger Modell“ gem. §§ 74 SGB V, 44 SGB IX) verzichtet worden. Die stufenweise Wiedereingliederung, die sich schon in der Vergangenheit bewährt hat und im rechtlichen Wirkungsbereich der Arbeitsunfähigkeit anzusiedeln ist⁴⁷, ist somit – nach wie vor – die favorisierte Feststellung der Wahl. Aus Sicht der Praxis ist die stufenweise Wiedereingliederung derart erprobt, dass sich nur schwerlich das Verfahren der teilweisen Arbeitsunfähigkeit etablieren wird. Wollte man das neue Verfahren zu Schwung verhelfen, bedürfte es erheblichen Anstrengungen, insbesondere gezielte Anschläge in Betrieben und Werbekampagnen in der Ärzteschaft. Vor allem bräuchte es intrinsische Motivation bei den Versicherten, sich auf teilweise Arbeits(un)fähigkeit einzulassen. Und ob es bei nicht flächendeckender Nutzung des Instruments der Teilarbeitsunfähigkeit zu nennenswerten Minderungen der Leistungsausgaben führt, wäre eher langfristig zu messen. Sämtliche durch das GKV-BStabG neu eingeführte Maßnahmen werden spätestens zum 31.12.2030 evaluiert.⁴⁸

2. Das im Regierungsentwurf zunächst umständlich vorgesehene Zustimmungsverfahren des Arbeitgebers ist jedenfalls vereinfacht worden. Nunmehr ist mit § 44c Abs. 3 Nr. 1 SGB V vereinfacht, dass die nach § 44 Abs. 2 SGB V vom Versicherten beantragte und vom Arzt attestierte Teilarbeitsunfähigkeit als vollständige Arbeitsunfähigkeit behandelt wird, wenn der Arbeitgeber die teilweise Erbringung der Arbeitsleistung ablehnt oder nicht innerhalb von sieben Kalendertagen nach Zugang der Anzeige des Versicherten mitteilt, ob er der teilweisen Erbringung der Arbeitsleistung in dem angezeigten Umfang zustimmt.⁴⁹ Eine weitere Klarstellung in § 44 SGB V ist in Vorbereitung, die eine Störfalllösung für den Fall beschreibt, dass ein Fall des § 44c Abs. 3 SGB V eintritt. Dies hätte zur Folge, dass in den Fällen des § 44c Abs. 3 SGB V der volle Krankengeldanspruch bestehen soll.⁵⁰

3. Eine für die GUV wichtige Frage ist, ob die Regelungen zur Teilarbeitsunfähigkeit auch für das Verletztengeld nach § 45 SGB VII gelten.⁵¹

3.1 Die vorgenannten SGB V-Regelungen zur Teilarbeitsunfähigkeit sind nicht ausdrücklich in das SGB VII-Recht überführt worden. Eine regelrechte Verweisungsnorm findet sich nicht.⁵² Allerdings gibt es eine Festlegung der DGUV⁵³, wonach „insbesondere die Regelungen zur Teil-Arbeitsunfähigkeit und zum Teil-Krankengeld nicht analog im Bereich des Verletztengeldes nachvollzogen“ wurden. Bei I.3 dieses Artikels wurde aufgeführt, welche Bücher des SGB mit dem GKV-BStabG geändert werden. Das SGB VII ist nicht aufgeführt.

3.2 Weiterhin wird im Bezugsrundschreiben der DGUV auf die zu überarbeitende Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie, die auch der GUV als Orientierung dient, hingewiesen – und dass über die weitere Entwicklung berichtet wird. Diese Rechtsauffassung – der Nichtgeltung der Teilarbeitsunfähigkeit für das Verletztengeld – könnte damit begründet werden, dass eine für eine Analogie notwendige unbeabsichtigte Regelungslücke nicht bestehe. Man könnte zur Untermauerung dieser Argumentation anführen, dass die Voraussetzungen für das Verletztengeld abschließend in § 45 SGB VII aufgeführt sind und lediglich die Höhe des Verletztengeldes gem. § 47 SGB VII hinsichtlich der Berechnung des Regelentgelts auf das GKV-Recht verweist. Außerdem stützt diese Auffassung, dass ein nur teilweise gezahltes Verletztengeld einer Leistungskürzung beim Anspruchsberechtigten auf Verletztengeld gleichkäme – und dafür bedürfte es einer expliziten Gesetzesregelung.

⁴³ Zusatzbeitrag der Krankenkasse: Sonderkündigung und Wechsel möglich | Verbraucherzentrale.de, letzter Abruf 15.09.2026.

⁴⁴ Vgl. hier die Ausführungen bei I.4.

⁴⁵ Art. 8 Abs. 3 GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz.

⁴⁶ Vgl. insoweit *Kunze/Zimmermann*, UVR - UV-Recht & Reha Aktuell 03/2026, 108-112.

⁴⁷ Versicherte sind unter der Voraussetzung einer stufenweisen Wiedereingliederung vollständig arbeitsunfähig und erhalten nach Ablauf der Entgeltfortzahlung eine Entgeltsatzleistung (in der GKV Krankengeld und in der GUV Verletztengeld).

⁴⁸ § 430 SGB V.

⁴⁹ Anders noch nach Stand des Regierungsentwurfs in *Kunze/Zimmermann*, UVR 3/2026, 108 (110) aufgezeigt.

⁵⁰ Vorgesehener Art. 2a zum Entwurf des Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung mit Änderungsvorschlag zu § 44 Abs. 1a S. 3 SGB V (vgl. zu I.4 dieses Aufsatzes).

⁵¹ Zustimmung *Kunze/Zimmermann*, UVR 3/2026, 108 (111).

⁵² Zur Rechtsgültigkeit von Verweisungen, insbesondere dynamischen Verweisungen vgl. Handbuch der Rechtsförmlichkeit des BMJV, Rn. 86 ff, 110; HdR - Inhaltsübersicht - Verweisungen im Bundesrecht, letzter Abruf 13.09.2026.

⁵³ Rundschreiben 0242/2026 vom 20.08.2026.

3.3 Ob die bei V.3.1 und V.3.2 aufgezeigten Argumentationen vor dem Hintergrund der dogmatischen Äquivalenz der Begrifflichkeit der Arbeitsunfähigkeit für die Rechtsbereiche der GKV und GUV gleichermaßen standhalten, muss in Frage gestellt werden.⁵⁴ Rhetorisch gefragt: Warum soll Arbeitsunfähigkeit in der GUV anders beurteilt werden als in der GKV? Rechtsbegriffe verschiedener Sozialleistungen rufen geradezu danach, einheitlich ausgelegt zu werden.⁵⁵ Erfolgt keinerlei weitere gesetzliche Festlegung oder Interpretation der obersten Bundesbehörde, muss davon ausgegangen werden, dass die Regelungen zur Teilarbeitsunfähigkeit und zum Teilkrankengeld keine Anwendung in der GUV finden werden.

4. Wenn während einer Teilarbeitsunfähigkeit ein Arbeitsunfall mit eigener Arbeitsunfähigkeit hinzutritt, ist bei Zugrundelegung des bisher bekannten Instrumentariums die unfallunabhängige Arbeitsunfähigkeit mit Leistungsbezug nach dem SGB V fortzuführen, zumindest so lange wie die unfallunabhängige Arbeitsunfähigkeit besteht.⁵⁶ Diese Vereinbarung muss auf den Prüfstand, denn mit dem Arbeitsunfall und die dadurch ausgelöste Arbeitsunfähigkeit löst eine vollständige Arbeitsunfähigkeit die nur teilweise Arbeitsunfähigkeit ab.

VI. Die Verwaltungskosten der Krankenkassen (Personal- und sächliche Verwaltungskosten) werden durch § 4 Abs. 5 SGB V gedeckelt, ebenso die Werbeausgaben nach § 4a Abs. 3 SGB V.

VII. Kein Inhalt des Beitragssatzstabilisierungsgesetzes, jedoch in der Diskussion

1. **Nicht** durch das GKV-BStabG geregelt ist die Einführung eines sog. **Karenztages**, also die Einführung eines entgeltlosen Tages nach Krankmeldung. Diese Maßnahme zur Kosteneinsparung in den Unternehmen wurde zwar vorgeschlagen, konnte sich jedoch bisher nicht durchsetzen, zumal durch gegenläufige Tarifverträge ohnehin die Durchschlagskraft fraglich wäre. Gleiches gilt für die vorgebrachte Idee der Krankmeldung ab dem ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit. Auch hierfür hat sich bisher keine politische Mehrheit gefunden.

2. Auf dem Weg sind Vorbereitungen für ein **Primärarztverfahren** über den Hausarzt, das bereits im Koalitionsvertrag der Regierungsparteien angelegt war.⁵⁷ Der Hausarzt soll damit zum Lotsen für den GKV-Versicherten werden, um unnötige Facharztbesuche zu vermeiden bzw. dem fachlich richtigen Facharzt zuzuweisen. In der gesetzlichen

Unfallversicherung kennt man so etwas bereits mit dem Durchgangsarztverfahren.

3. Ein Gesetzentwurf der Bundesregierung zur **Neustrukturierung der Notfallversorgung** ist am 15.10.2026 vom Bundestag verabschiedet und bedarf noch der Zustimmung des Bundesrates.⁵⁸ Ziel dieser Initiative ist es, für alle Hilfesuchenden eine bundesweit einheitliche und gleichwertige Notfallversorgung sicherzustellen. Dieses Gesetz war bereits in der letzten Legislaturperiode eingebracht, fiel seinerzeit durch die vorzeitige Neuwahl und Neukonstituierung des Bundestages jedoch der Diskontinuität zum Opfer.

4. Aufgabe des neuen Bundesgesundheitsministers ist, die **Pflegeversicherung** nach dem SGB XI zu konsolidieren und in Anbetracht der alternden Gesellschaft zukunftsfähig zu gestalten. Für den Bereich der Pflegeversicherung ist also in Kürze ein erster Aufschlag zu erwarten, im Kern mit Beitragserhöhungen zunächst für Kinderlose. In Deutschland sind bereits mehr als sechs Millionen Menschen pflegebedürftig. Mit ihrer Zahl wächst der Bedarf an Pflegeleistungen. Das setzt die Pflegeversicherung finanziell unter Druck. Für 2027 wäre ohne Gegenmaßnahmen mit einem rechnerischen Defizit von rund 7,6 Milliarden Euro zu rechnen, 2028 wären das mehr als 15 Milliarden Euro. Deshalb hat das Bundeskabinett einen Gesetzentwurf zur Neuordnung der Pflegeversicherung beschlossen. Damit will die Bundesregierung die Finanzierung stabilisieren und gleichzeitig die Versorgung für die Zukunft sichern.⁵⁹ Strukturelle Veränderungen der Pflegeversicherung stehen im Jahr 2027 für die Folgejahre auf der Tagesordnung.

5. Die **Anzahl der Krankenkassen** von aktuell 93 auf maximal 20 zu senken, ist das Bestreben des neuen Gesundheitsministers.⁶⁰

6. In ernsthaften politischen Diskussionen sind aktuell **gesundheitspräventive Maßnahmen** wie die Erhöhung der Tabaksteuer⁶¹ und Alkoholsteuer⁶² und die Einführung einer Steuer auf zuckerhaltige Getränke.⁶³

7. Ein Entschließungsantrag der Regierungsfractionen zur **Versorgungskontinuität für den Bereich der Psychotherapie** einschließlich der Ausnahmefälle für extrabudgetäre Vergütungen bei Leistungen der Kinder- und Jugendlichen-Psychologie ist eingebracht.

⁵⁴ Kunze/Zimmermann, UVR 03/2026, 108 (111).

⁵⁵ Empfehlungen der Kommission zur Sozialstaatsreform, im anderen Zusammenhang beispielsweise Empfehlung 7, www.bmas.de/publikationen, zuletzt abgerufen am 02.09.2026.

⁵⁶ Verwaltungsvereinbarung Generalauftrag Verletztengeld vom 01.01.2023 zu 4.3, Verwaltungsvereinbarung_Generalauftrag.pdf, letzter Abruf 13.09.2026.

⁵⁷ Vgl. insoweit Antwort der BReg. auf die Kleine Anfrage 21/1315 vom 19.08.2025.

⁵⁸ Drs. 21/6808 vom 01.07.2026 und Drs. 21/6808, 21/8630 und 21/8629. Inkrafttreten der wesentlichen Teile mit Tag nach Verkündung (Art. 11 Abs. 1 Entwurf des Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung).

⁵⁹ Kabinettsbeschluss vom 30.09.2026 zum Entwurf eines Pflegeordnungssetzungsgesetz (PNOG); im Kabinett beschlossen: Pflegeordnungssetzungsgesetz | Bundesregierung, zuletzt abgerufen am 08.10.2026.

⁶⁰ Bundesgesundheitsminister Carsten Linnemann in verschiedenen Interviews, zuletzt in Bild am Sonntag vom 23.08.2026.

⁶¹ Gesetz zur Änderung des Tabaksteuergesetzes, Drs. 21/7859 mit Einführung zum 01.01.2027.

⁶² Im noch nicht beschlossenen Bundeshaushalt für das Jahr 2027 für höherprozentige Spirituosen, Schaumweine, Likörweine und Alkopops mit Steuererhöhung um 20% eingeplant.

⁶³ Kabinettsbeschluss mit geplanter Einführung zum 01.07.2027.

VIII. Ausblick

1. Eine im Fachblatt THE LANCET jüngst erschienene Studie⁶⁴ beweist eine oft geäußerte Beobachtung: Menschen werden immer älter, aber der Gewinn an Lebenszeit wird oft von Krankheiten begleitet. Zwangsläufig werden wir mehr in unser **Gesundheitssystem** zu investieren haben. Gefordert sein werden mehr Effizienz, mehr Geld und auch mehr Eigeninitiative für ein gesundes Leben. Ärzte und Versicherte haben wichtige Kostensenkungsmaßnahmen in der eigenen Hand: Müssen z.B. Medikamente im Übermaß verordnet werden und ohne Gebrauch im Müll landen? Können Zivilisationskrankheiten, die durch Bewegungsmangel, Fehlernährung, ständigem Stress sowie übermäßigem Konsum von Genussmitteln entstehen, durch eigenes Tun oder Unterlassen vermieden werden? Die GKV ist solidarisch, das sollten sich alle Beteiligten im Gesundheitsbereich gelegentlich in Erinnerung rufen.

2. Ein schon länger bestehendes Patientenrecht ist ein wenig in Vergessenheit geraten: die **Patientenquittung**.⁶⁵ Wenn Versicherte erfahren, was und in welcher Höhe abgerechnet wurde, dürften zumindest die solidarischen und kostenbewussten Versicherten beim nächsten Arztbesuch auf ihrer Meinung nach verzichtbare Leistungen hinweisen.

3. Ergebnis

Das GKV-BStabG soll den festgelegten Stand mindestens für das Jahr 2027 schützen. Das nächste Sparpaket im Sinne einer Leistungssenkungsmaßnahme und/oder die nächsten Beitragserhöhungen für die GKV scheinen angesichts der demografischen Entwicklung mit steigenden Gesundheitskosten unvermeidlich. Eine Begrenzung der hohen Leistungsausgaben ist in Anbetracht des erfreulichen klinischen Fortschritts mit Einschränkungen verbunden. Diese Einschränkungen werden von den Versicherten durch bisher ungewohnte Leistungskürzungen aufzufangen sein. Höhere Zuzahlungen sind jetzt der Anfang. Wir werden künftig höhere Krankenversicherungsbeiträge zu diskutieren haben – oder aber die Kürzung oder den Wegfall ganzer Leistungsgruppen. Wirklich kostensparend ist vor allem der gesunde Lebenswandel, die Selbstprävention, die Selbstfürsorge

oder wer es besser in englischer Absprache verstehen mag: Selfcare.

⁶⁴ Globale, regionale und nationale Trends zur Morbiditätslücke sowie zu beitragenden Krankheiten, Verletzungen und Risikofaktoren, 1990–2023: eine systematische Analyse für die Global Burden of Disease Study 2023 – The Lancet Public Health, zuletzt abgerufen am 10.09.2026.

⁶⁵ Versicherte haben auf Verlangen einen Rechtsanspruch gegen die Leistungserbringer auf die Unterrichtung der in der GKV in Anspruch genommenen Leistungen (§ 305 Abs. 2 SGB V). Nach Satz 3 dieser Vorschrift ist eine Aufwandsentschädigung von 1 Euro zuzüglich eventueller Versandkosten dafür fällig.

Erstattungsansprüche zwischen Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung und privaten Krankenversicherungsunternehmen

von Prof. Dr. Denis Hedermann*

I. Einleitung

Die Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung sind vorrangig gegenüber den Leistungen anderer Sozialversicherungszweige, und zwar grundsätzlich auch dann, wenn deren Leistungen ggf. höher wären.¹ Für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung ergibt sich dies aus § 11 Abs. 5 SGB V.

Erstattungsansprüche für den Fall, dass ein unzuständiger Träger Leistungen erbracht hat, richten sich im Verhältnis zwischen gesetzlicher Unfallversicherung und gesetzlicher Krankenversicherung ausschließlich nach § 105 SGB X.²

Die Vorschrift erfasst aber nicht das Verhältnis zwischen gesetzlicher Unfallversicherung und privaten Krankenversicherungsunternehmen.

Insoweit sind zwei Fallgestaltungen denkbar: Zum einen die Situation, in der ein Versicherungsnehmer eines privaten Krankenversicherungsunternehmens einen Versicherungsfall erleidet, dessen Anerkennung vom zuständigen Unfallversicherungsträger zunächst abgelehnt wird, so dass das private Krankenversicherungsunternehmen die Kosten der Heilbehandlung übernimmt, später jedoch der Versicherungsfall doch anerkannt wird, so dass die Leistungspflicht von Anfang an den Unfallversicherungsträger getroffen hätte. Zum anderen ist auch die gegenteilige Situation vorstellbar, in der ein Träger der gesetzlichen Unfallversicherung an eine privat krankenversicherte Person in der irrigen Annahme, es liege ein entsprechender Versicherungsfall vor, Leistungen erbringt.

II. Erstattungsansprüche des privaten Krankenversicherungsunternehmens

Erbringt das private Krankenversicherungsunternehmen Leistungen aufgrund einer irrig angenommenen eigenen Verpflichtung an die versicherte Person, so kommen unterschiedliche Anspruchsgrundlagen gegenüber dem Träger der gesetzlichen Unfallversicherung in Betracht.

1. Übergang des Kostenerstattungsanspruchs der versicherten Person aus § 13 Abs. 3 S. 1 SGB V analog

Das gemäß § 26 Abs. 4 S. 2 SGB VII für Heilbehandlungsleistungen in der gesetzlichen Unfallversicherung geltende Sachleistungsprinzip kann in eng begrenzten Ausnahmefällen durchbrochen werden.

Unter anderem ist § 13 Abs. 3 S. 1 SGB V in der gesetzlichen Unfallversicherung entsprechend anwendbar, da insoweit eine Regelungslücke im SGB VII besteht, die durch diese Vorschrift sachgerecht ausgefüllt wird.³ In § 13 Abs. 3 S. 1 SGB V heißt es: Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Diese Voraussetzungen (ebenso: § 18 Abs. 6 S. 1 SGB IX) sind für die Kostenerstattung für selbstbeschaffte Leistungen in der gesetzlichen Unfallversicherung entsprechend anwendbar.⁴

Voraussetzung für eine Kostenerstattung ist demnach, dass vom Unfallversicherungsträger eine unaufschiebbare Leistung entweder abgelehnt oder nicht rechtzeitig erbracht wurde. Zweck der Kostenerstattung ist ausschließlich, Versicherte so zu stellen, wie sie stünden, wenn die Sach- oder Dienstleistung vom Sozialversicherungsträger korrekt erbracht worden wäre. Erfasst sind daher nur diejenigen Kosten, die der versicherten Person bei systemgerechter Leistungserbringung nicht entstanden wären⁵, wohingegen selbstbeschaffte Leistungen ohne Einbeziehung des Unfallversicherungsträgers nicht nachträglich über § 13 Abs. 3 S. 1 SGB V erstattet werden können.⁶

Die Geltendmachung eines Kostenerstattungsanspruchs steht zudem unter engen Voraussetzungen, insbesondere ist der zu erstattende Betrag konkret zu beziffern, was bedeutet, dass die Heilbehandlungskosten im Einzelnen so aufzuschlüsseln sind, dass deutlich wird, worauf sie sich beziehen.⁷ In der Folge hat der gesetzliche Unfallversicherungsträger der versicherten Person die von ihr getragenen notwendigen Kosten einer Heilbehandlung zu erstatten.

* Der Autor ist Professor für Sozialrecht an der Hochschule der DGUV.

¹ Vgl. etwa für das Krankengeld BSG v. 25.06.2002 – B 1 KR 13/01 R – juris, Rn. 12.

² Vgl. BGH v. 08.07.2003 – VI ZR 274/02 – juris, LS; zu den (teilweise umstrittenen) Einzelheiten vgl. auch BSG v. 20.03.2018 – B 2 U 16/16 R – juris, Rn. 14 ff.

³ Vgl. BSG v. 20.03.2007 – B 2 U 38/05 R – juris, Rn. 13.

⁴ BSG v. 10.08.2021 – B 2 U 2/20 R – juris, Rn. 25.

⁵ Vgl. LSG Baden-Württemberg v. 09.12.2019 – L 10 U 1119/15 – juris, Rn. 25.

⁶ Vgl. Hessisches LSG v. 30.04.2021 – L 9 U 189/19 – juris, Rn. 33; LSG Niedersachsen-Bremen v. 17.08.2023 – L 6 U 88/22 – juris, Rn. 34; kritisch dazu *Plagemann*, FD-SozVR 2023, 817080.

⁷ Vgl. BSG v. 10.08.2021 – B 2 U 2/20 R – juris, Rn. 25; LSG Baden-Württemberg v. 17.10.2022 – L 9 U 2531/21 – juris, Rn. 30.

a) Abtretung gemäß § 53 Abs. 2 SGB I

Denkbar wäre eine Abtretung dieses Kostenerstattungsanspruchs an das private Krankenversicherungsunternehmen gemäß § 53 Abs. 2 SGB I. Danach können bestimmte Ansprüche auf Geldleistungen übertragen und verpfändet werden.

Es ist allerdings umstritten, ob dies überhaupt möglich ist. So ist bereits fraglich, ob es sich beim Kostenerstattungsanspruch um eine Geldleistung handelt. Von der Rechtsprechung wird dies zum Teil bejaht⁸, zum Teil aber auch verneint, jedenfalls für den Fall, dass der Kostenerstattung eine Dauerleistung zugrunde liegt.⁹ Die rechtswissenschaftliche Literatur tut sich zum Teil schwer mit der Einordnung. Teilweise wird vertreten, es handele sich um eine Geldleistung¹⁰, nach anderer Auffassung stellt der Kostenerstattungsanspruch keine Geldleistung dar, sei aber „teilweise so zu behandeln“.¹¹ Sofern man den Kostenerstattungsanspruch als verschuldensunabhängigen Schadensersatzanspruch aus Garantiehaftung begreift¹², bestehen allerdings gegen seine Einordnung als Geldleistung keine durchgreifenden Bedenken.

Dies bedeutet indes noch nichts für die Abtretbarkeit. So sind auch Geldleistungen nach allgemeiner Ansicht gemäß § 53 Abs. 1 SGB I von der Abtretung dann ausgeschlossen, wenn sie als Surrogat für konkrete Dienst- oder Sachleistungen gezahlt werden¹³, etwa Geldleistungen im Rahmen eines persönlichen Budgets nach § 29 SGB IX.¹⁴ Dies betrifft aber nur solche Sachleistungssurrogate, die erst die Beschaffung der Leistung ermöglichen sollen und wegen ihrer Höchstpersönlichkeit im Falle der Übertragung mit einer Inhaltsänderung verbunden wären (vgl. § 399 BGB).¹⁵

Dagegen sind Kostenerstattungsansprüche, die daraus resultieren, dass Berechtigte die Leistung wegen einer zu Unrecht erfolgten Ablehnung vorfinanziert haben, abtretbar¹⁶, was auch für den Kostenerstattungsanspruch aus § 13 Abs. 3 SGB V gilt.¹⁷ Dies ergibt sich daraus, dass in diesen Fällen der hinter der Sach- und Dienstleistung stehende Anspruch bereits erfüllt wurde und eine Abtretung den mit der Leistung verfolgten Zweck daher nicht mehr vereiteln kann.¹⁸

Der Kostenerstattungsanspruch gemäß § 13 Abs. 3 S. 1 SGB V analog ist daher grundsätzlich gemäß § 53 Abs. 2 SGB I abtretbar.¹⁹

Allerdings kommt eine Abtretung nur dann in Betracht, wenn der Anspruch bereits rechtskräftig im Verwaltungs- oder Gerichtsverfahren festgestellt wurde.²⁰ Dies beruht auf der Überlegung, dass das Sozialrecht im Falle der Abtretung keine umfassende Neubestimmung der Gläubigerstellung oder den vollständigen Eintritt des neuen Gläubigers in das gesamte Sozialrechtsverhältnis einschließlich seines Pflichtengefüges vorsieht.²¹ Um dem besonderen Schutzbedürfnis der Sozialleistungsberechtigten und ihrer Einbindung aufgrund der Mitwirkungspflichten aus §§ 60 ff. SGB I Rechnung zu tragen, wird dem Abtretungsberechtigten daher nur ein auf die Auszahlung begrenzter Anspruch übertragen, ohne dass sich der Inhalt des zugrundeliegenden Rechts verändern würde.²²

Eine (prozessuale) Geltendmachung des Kostenerstattungsanspruchs durch das private Krankenversicherungsunternehmen gegenüber dem Unfallversicherungsträger ist daher nicht möglich.

b) Legalzession nach § 86 Abs. 1 S. 1 i.V.m. § 194 Abs. 1 VVG

Zu überlegen wäre daneben ein Übergang des Kostenerstattungsanspruchs der versicherten Person aus § 13 Abs. 3 S. 1 SGB V analog auf das private Krankenversicherungsunternehmen gemäß § 86 Abs. 1 S. 1 VVG.

Danach geht ein Ersatzanspruch, der einem Versicherungsnehmer gegen einen Dritten zusteht, auf den Versicherer über, soweit dieser den Schaden ersetzt. Die Vorschrift greift auch für die private Krankenversicherung, wenn der Versicherungsschutz insoweit nach den Grundsätzen der Schadensversicherung gewährt wird, was im Bereich der Krankheitskostenversicherung nach § 192 Abs. 1 VVG der Fall ist.²³

Der Anspruchsübergang nach § 86 Abs. 1 S. 1 VVG steht unter der Voraussetzung einer sog. „Kongruenz“. Diese liegt vor, wenn der Schaden in den Schutzbereich des

⁸ Vgl. BSG v. 18.07.2006 – B 1 KR 24/05 R – juris, Rn. 13; LSG Baden-Württemberg v. 08.11.2022 – L 11 KR 1645/20 – juris, Rn. 23.

⁹ Vgl. LSG Niedersachsen v. 15.06.2005 – L 4/16 KR 8/02 – juris, Rn. 27.

¹⁰ So etwa Zimmermann, in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB I, 4. Aufl., § 53 Rn. 110 (Stand: 23.12.2025), Schifferdecker, in: BeckOGK § 13 SGB V Rn. 71 (Stand: 15.05.2026); wohl auch Joussen, in: BeckOK SozR, § 13 SGB V Rn. 20a (Stand: 01.06.2026).

¹¹ Vgl. Volkmann, in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung, Pflegeversicherung, § 11 SGB I Rn. 13 (Werkstand: 129. EL April 2026); ähnlich Mrozynski, SGB I, 7. Aufl. 2024, § 11 Rn. 21.

¹² So die wohl überwiegende Auffassung, vgl. nur Heinig, in: Berchtold/Huster/Rehborn, Gesundheitsrecht, 2. Aufl. 2018, § 13 SGB V Rn. 23 m.w.N.

¹³ Vgl. nur Weingart, in: LPK SGB I, 5. Aufl. 2025, § 53 Rn. 9 m.w.N.

¹⁴ Vgl. Siefert, in: BeckOGK § 53 SGB I Rn. 6 (Stand 15.11.2023).

¹⁵ Vgl. Gutzler, in: BeckOK SozR § 53 SGB I Rn. 11 (Stand 01.06.2026).

¹⁶ Vgl. Weingart, in: LPK SGB I, 5. Aufl. 2025, § 53 Rn. 9 m.w.N.

¹⁷ Vgl. Mrozynski, SGB I, 7. Aufl. 2024, § 53 Rn. 28; Siefert, in: BeckOGK § 53 SGB I Rn. 6 (Stand 15.11.2023); a.A. Zimmermann, in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB I, 4. Aufl., § 53 Rn. 50 (Stand: 23.12.2025).

¹⁸ Vgl. von Koppenfels-Spies, in: Hauck/Noftz, SGB I, § 53 Rn. 18 (Stand 1/22) m.w.N.

¹⁹ Vgl. BSG v. 18.07.2006 – B 1 KR 24/05 R – juris, Rn. 13.

²⁰ Vgl. BSG v. 03.04.2014 – B 2 U 21/12 R – juris, Rn. 16; Hauck, in: Peters, Handbuch der Krankenversicherung Teil II, § 13 SGB V, Rn. 81 (Werkstand: 102. Lfg., Februar 2026).

²¹ Vgl. BSG v. 18.07.2006 – B 1 KR 24/05 R – juris, Rn. 14; BSG v. 03.04.2014 – B 2 U 21/12 R – juris, Rn. 16.

²² Ausführlich dazu Köhler, WzS 2019, 247, 248 m.w.N.

²³ Vgl. Gramse, in: BeckOK VVG § 194 Rn. 1 m.w.N. (Stand 01.08.2026).

Versicherungsvertrages fällt und mit der vom Versicherer geschuldeten Versicherungsleistung deckungsgleich ist.²⁴ Für Ansprüche auf Sachleistungen nach § 26 SGB VII wird dies abzulehnen sein.²⁵ Mit Blick auf den Kostenerstattungsanspruch aus § 13 Abs. 3 S. 1 SGB V analog ist eine solche Kongruenz jedoch durchaus denkbar.²⁶

Das BSG steht insoweit allerdings auf dem Standpunkt, dass der Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs. 3 S. 1 SGB V auch im Wege der Legalzession nicht übergangsfähig sei, da – vergleichbar mit dem Fall der Abtretung – das aus dem Sozialrechtsverhältnis resultierende besondere Schutzbedürfnis des Sozialleistungsberechtigten den Verlust seines Rechts auf Feststellung eines (vermeintlichen) Kostenerstattungsanspruchs im Verwaltungs- oder Gerichtsverfahren auch durch gesetzlichen Forderungsübergang verbiete. Hierbei sei vor allem auch der Zweck des § 86 Abs. 1 S. 1 VVG zu berücksichtigen. Dieser solle verhindern, dass der zur Leistung verpflichtete Dritte (hier der Unfallversicherungsträger) einen Vorteil durch die Leistung des Versicherers erzielt und von seiner Verpflichtung befreit wird. Daneben solle eine Bereicherung durch einen doppelten Leistungsbezug verhindert werden. Da der gesetzlich vorgesehene Forderungsübergang aber ebenso wenig wie die grundsätzlich zulässige Abtretung darauf abziele, den Sozialleistungsberechtigten aus dem gesamten Sozialrechtsverhältnis zu verdrängen und ihn durch einen neuen Gläubiger zu ersetzen, würde durch einen gesetzlichen Forderungsübergang der sozialrechtliche Anspruch auch inhaltlich verändert.²⁷

Ein Übergang des Kostenerstattungsanspruchs der versicherten Person aus § 13 Abs. 3 S. 1 SGB V analog auf das private Krankenversicherungsunternehmen gemäß § 86 Abs. 1 S. 1 VVG kommt daher nicht in Betracht.

2. Anspruch aus §§ 677, 683 BGB

Die Regelungen des BGB über die Geschäftsführung ohne Auftrag sind nach überwiegender Auffassung im öffentlichen Recht entsprechend anwendbar.²⁸ Dafür müsste die Leistung vom Geschäftsherrn nach öffentlichem Recht zu erbringen sein.²⁹

Aufwendungsersatzansprüche nach den Vorschriften über die Geschäftsführung ohne Auftrag sind nur dann ausgeschlossen, wenn der Geschäftsführende kraft Gesetzes zum

unentgeltlichen Tätigwerden verpflichtet ist und daher die Aufwendungen selbst zu tragen hat³⁰ oder wenn der Sachverhalt durch Vorschriften des öffentlichen Rechts abschließend geordnet ist und daher ein Rückgriff auf die § 677 ff. BGB nicht mehr in Betracht kommt.³¹

Für den Bereich der Sozialversicherung sollen nach Auffassung des BSG die Vorschriften über die Geschäftsführung ohne Auftrag jedenfalls in den Fällen entsprechende Anwendung finden, in denen es sich bei dem Geschäftsführenden nicht um einen Leistungsträger im Sinne der §§ 102 ff. SGB X handelt, mithin ein Erstattungsanspruch nach diesen Bestimmungen ausscheidet, und der Geschäftsführende mit der Geschäftsführung eine Aufgabe eines sozialrechtlichen Leistungsträgers übernommen hat.³²

Problematisch wird allerdings häufig der sog. Fremdgeschäftsführungswille sein. Zwar wird der Wille, ein fremdes Geschäft zu besorgen, vermutet, wenn es sich objektiv um ein fremdes Geschäft handelt, was auch dann gilt, wenn die Übernahme des Geschäfts zugleich im eigenen und im Interesse eines anderen liegt (sog. „auch-fremdes Geschäft“).³³ Selbst bei irrtümlicher Annahme einer eigenen Verpflichtung, soll eine Geschäftsführung ohne Auftrag für einen anderen vorliegen, wenn der Geschäftsführende nicht lediglich im eigenen Interesse, sondern auch willentlich im Interesse des anderen handelt.³⁴ Allerdings muss der Fremdgeschäftsführungswille in irgendeiner Form nach außen in Erscheinung treten bzw. Anhaltspunkte vorhanden sein, die ihn äußerlich erkennbar machen.³⁵

Daran wird es in den hier in Rede stehenden Fällen häufig fehlen, da das private Krankenversicherungsunternehmen eine aus dem Krankenversicherungsvertrag resultierende eigene Verbindlichkeit gegenüber der versicherten Person erfüllen will.³⁶ Wenn allerdings deutlich wird, dass ein Fremdgeschäftsführungswille vorgelegen hat, etwa bei einer Zahlung unter Vorbehalt des Ausgangs des Widerspruchs- oder Klageverfahrens gegen den Unfallversicherungsträger³⁷ oder bei angekündigter Geltendmachung etwaiger Ersatzansprüche³⁸, ist ein Aufwendungsersatz nach §§ 677, 683 BGB denkbar.

²⁴ Vgl. Halbach, in: Staudinger/Halm/Wendt, Versicherungsrecht, 3. Aufl. 2022, § 86 VVG Rn. 14 m.w.N.

²⁵ Vgl. Köhler, WzS 2019, 247, 249 m.w.N.

²⁶ In diese Richtung auch LG München v. 13.08.2008 – 10 O 10652/07 – juris, Rn. 46; offen gelassen von BSG v. 03.04.2014 – B 2 U 21/12 R – juris, Rn. 18.

²⁷ Vgl. BSG v. 03.04.2014 – B 2 U 21/12 R – juris, Rn. 18 m.w.N.

²⁸ Ausführlich dazu F. Schäfer, in: Münchener Kommentar zum BGB, 9. Aufl. 2023, § 677 BGB Rn. 140 m.w.N.

²⁹ Vgl. S. Schmidt in: Meyer-Ladewig/Keller/Schmidt, SGG, 15. Aufl. 2026, § 51 Rn. 39 m.w.N.

³⁰ Vgl. BGH v. 18.09.1986 – III ZR 227/84 – juris, Rn. 39.

³¹ Vgl. BGH v. 04.06.1959 – VII ZR 217/58 – juris, Rn. 38.

³² Vgl. BSG v. 17.11.1999 – B 6 KA 14/99 R – juris, Rn. 36 m.w.N.

³³ Vgl. nur BGH v. 18.09.1986 – III ZR 227/84 – juris, Rn. 29 m.w.N.

³⁴ Vgl. BSG v. 27.06.1990 – 5 RJ 39/89 – juris, Rn. 28 m.w.N.

³⁵ Vgl. BGH v. 20.06.1963 – VII ZR 263/61 – juris, Rn. 13.

³⁶ Vgl. etwa BSG v. 03.04.2014 – B 2 U 21/12 R – juris, Rn. 20; LG München v. 13.08.2008 – 10 O 10652/07 – juris, Rn. 54 ff.; SG Köln v. 08.06.2012 – S 18 U 319/11 – juris, Rn. 23 = UVR 2013, 114, 117.

³⁷ Vgl. SG Köln v. 08.06.2012 – S 18 U 319/11 – juris, Rn. 23 = UVR 2013, 114, 117; Köhler, WzS 2019, 247, 249.

³⁸ Vgl. LSG Niedersachsen v. 25.11.1998 – L 5 KA 5/94 – juris, Rn. 50.

3. Anspruch aus § 812 BGB analog

Nach Auffassung des BSG³⁹ und Teilen der Literatur⁴⁰ kommt daneben ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch gegenüber dem (eigentlich zuständigen) Unfallversicherungsträger in Betracht. Der Anspruch bestimmt sich nach den Grundsätzen aus § 812 Abs. 1 Satz 1 BGB⁴¹ und besteht folgerichtig der Höhe nach nur insoweit, als der Unfallversicherungsträger selbst wegen der durch einen vorangegangenen Arbeitsunfall verursachten Gesundheitsschäden Heilbehandlungsmaßnahmen nach § 27 SGB VII hätte erbringen müssen.⁴²

Voraussetzung des Erstattungsanspruchs ist der durch Zahlungsaufforderung erklärte Verzicht auf Bereicherungsansprüche gegen den Gläubiger der Leistung (die versicherte Person) sowie die Erklärung, dass die Leistung als für den ersatzpflichtigen Schuldner (der zuständige Unfallversicherungsträger) bewirkt gelten soll.⁴³ Durchgreifende Bedenken gegen eine solche nachträgliche Änderung der Leistungsbestimmung bestehen im Bereich des Sozialrechts – anders als möglicherweise im Zivilrecht (dazu später unter III.3.) – nicht.⁴⁴ Weitere Voraussetzung dürfte allerdings sein, dass die ursprüngliche Leistung in der irrigen Annahme erfolgte, es handele sich hierbei um die Erfüllung einer eigenen Schuld.⁴⁵ Bei Vorliegen eines Fremdgeschäftsführungswillens wäre demgegenüber der Aufwendungsersatzanspruch aus §§ 677, 683, 670 BGB vorrangig.

Hinsichtlich des öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs ist der Einwand der Entreicherung durch den Unfallversicherungsträger nach § 818 Abs. 3 BGB ausgeschlossen. Dies gilt ebenso für den Einwand der positiven Kenntnis der Nichtschuld gemäß § 814 BGB, da die Unfallversicherungsträger dem Grundsatz der Gesetzmäßigkeit verpflichtet sind und ihr Interesse darauf gerichtet sein muss, eine rechtsgrundlose Vermögensverschiebung zu beseitigen und den rechtmäßigen Zustand wiederherzustellen.⁴⁶

Das SG Hamburg vertritt in einer aktuellen Entscheidung vom 14.04.2025⁴⁷ unter Bezugnahme auf die Entscheidung des BSG⁴⁸ die Auffassung, eine irrtümliche Leistungserbringung liege nur dann vor, wenn das private Krankenversicherungsunternehmen bewusst eine Leistung für bzw. anstelle des eigentlich zuständigen Unfallversicherungsträgers habe erbringen wollen, was nur dann der Fall sein könne, wenn die Leistung zuvor vom Unfallversicherungsträger abgelehnt worden sei oder aber das private Krankenversicherungsunternehmen zumindest überprüft habe, ob nicht eine

vorrangige Leistungspflicht anderer Leistungsträger bestehe.⁴⁹ Indes liegt im Falle der bewussten Übernahme einer fremden Leistungsverpflichtung gerade keine irrtümliche Erbringung vor (sondern eher ein Fall der Geschäftsführung ohne Auftrag, vgl. oben II.2.). Zudem lässt sich eine solche Einschränkung der Entscheidung des BSG nicht nur nicht entnehmen, sondern bringt das BSG im Gegenteil deutlich zum Ausdruck, dass selbst der Einwand der positiven Kenntnis der Nichtschuld aus § 814 BGB ausgeschlossen ist. Dies muss dann aber erst recht für das (möglicherweise fahrlässige) Nichterkennen der Zuständigkeit der gesetzlichen Unfallversicherung durch das private Krankenversicherungsunternehmen gelten.

4. Zwischenfazit

Für Erstattungsansprüche des privaten Krankenversicherungsunternehmens gegenüber dem eigentlich zuständigen Unfallversicherungsträger kommen mehrere Anspruchsgrundlagen in Betracht. Der Auszahlungsanspruch im Rahmen einer Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 S. 1 SGB V analog ist zwar grundsätzlich abtretbar, vermittelt dem privaten Krankenversicherungsunternehmen jedoch keine eigene Befugnis zur Feststellung des Anspruchs im Verwaltungs- oder Gerichtsverfahren. Ein Aufwendungsersatzanspruch nach den Grundsätzen der Geschäftsführung ohne Auftrag nach §§ 677 ff. BGB ist dann gegeben, wenn ein entsprechender Fremdgeschäftsführungswille deutlich zum Ausdruck gekommen ist. Ist dies nicht der Fall, kann ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch gemäß § 812 Abs. 1 S. 1 BGB analog bestehen.

III. Erstattungsansprüche des Unfallversicherungsträgers

Hat ein Unfallversicherungsträger in der irrigen Annahme, es liege ein Versicherungsfall vor, Leistungen erbracht, so kommt zunächst ein Anspruch gegen den Leistungsempfänger auf Rückerstattung der Behandlungskosten in Betracht.

Dieser bestimmt sich ausschließlich nach § 50 SGB X.⁵⁰ Die Heilbehandlung nach §§ 26 ff. SGB VII gehört als Sachleistung zu den nach § 50 Abs. 1 S. 2 SGB X erstattungspflichtigen Leistungen und ist in Geld zu erstatten.⁵¹

Allerdings wird eine Erstattung insoweit häufig an den Voraussetzungen des § 45 Abs. 4 S. 1 SGB X scheitern. Dabei kann dahinstehen, ob insoweit – ggf. je nach Fallgestaltung – § 50 Abs. 1 SGB X⁵² oder § 50 Abs. 2 SGB X⁵³ einschlägig

³⁹ Vgl. BSG v. 03.04.2014 – B 2 U 21/12 R – juris, Rn. 9.

⁴⁰ Vgl. *Glaubitz* in: *Schlaeger*, SGB VII, 5. Aufl. 2025, § 26 Rn. 17; *Schlaeger*, jurisPR-SozR 1/2015 Anm. 2.

⁴¹ Ausführlich zur dogmatischen Herleitung und den einzelnen Voraussetzungen *Köhler*, WzS 2019, 247, 249 ff.

⁴² Vgl. BSG v. 03.04.2014 – B 2 U 21/12 R – juris, Rn. 28.

⁴³ Vgl. BSG v. 03.04.2014 – B 2 U 21/12 R – juris, Rn. 25 unter Berufung auf BGH v. 15.05.1986 – VII ZR 274/85 – juris, Rn. 8 ff.

⁴⁴ Mit ausführlicher Begründung *Köhler*, WzS 2019, 247, 252 f.

⁴⁵ Vgl. LSG Nordrhein-Westfalen v. 13.03.2019 – L 17 U 461/17 – juris, Rn. 38; dazu *Brose*, NZS 2019, 512.

⁴⁶ Vgl. BSG v. 03.04.2014 – B 2 U 21/12 R – juris, Rn. 27.

⁴⁷ SG Hamburg v. 14.04.2025 – S 26 U 145/23 D, UVR 2026, 206 ff.

⁴⁸ BSG v. 03.04.2014 – B 2 U 21/12 R.

⁴⁹ SG Hamburg v. 14.04.2025 – S 26 U 145/23 D, UVR 2026, 206 (210, Rn. 27 f.).

⁵⁰ Vgl. nur *Schütze*, in: *Schütze*, SGB X, 10. Aufl. 2026, § 50 Rn. 19 m.w.N.

⁵¹ Zum Umfang der Erstattung vgl. *Mehrtens*, in: *Bereiter-Hahn/Mehrtens*, Gesetzliche Unfallversicherung, § 50 SGB X Rn. 3.

⁵² So offenbar *Mehrtens*, in: *Bereiter-Hahn/Mehrtens*, Gesetzliche Unfallversicherung, § 50 SGB X Rn. 3.

⁵³ So SG Itzehoe v. 09.06.2022 – S 30 U 79/20 – juris, Rn. 26; *Köhler*, WzS 2019, 247, 254

ist⁵⁴, da § 45 SGB X zumindest entsprechend anzuwenden und daher die Rücknahme eines (fiktiven) Verwaltungsaktes zu prüfen ist.⁵⁵ Dabei wird es in der Regel an der Vorwerfbarkeit der Fehlerhaftigkeit des Verwaltungsaktes im Sinne des § 45 Abs. 2 S. 3 SGB X fehlen.⁵⁶

Im direkten Verhältnis zwischen Unfallversicherungsträger und privatem Krankenversicherungsunternehmen kommen verschiedene Anspruchsgrundlagen in Betracht.

1. Abtretung gemäß § 398 BGB

Grundsätzlich ist die Abtretung des Erstattungsanspruchs der versicherten Person gegen das private Krankenversicherungsunternehmen nach § 398 BGB möglich.⁵⁷ Sie unterliegt insbesondere nicht den beschriebenen Restriktionen bei der Abtretung sozialrechtlicher Ansprüche. Zwar besteht insoweit prinzipiell die Möglichkeit, die Abtretung vertraglich einzuschränken oder sogar auszuschließen, jedoch ist eine Bestimmung in Allgemeinen Geschäftsbedingungen, durch welche die Abtretbarkeit für einen auf Geld gerichteten Anspruch des Vertragspartners gegen den Verwender ausgeschlossen wird, gemäß § 308 Nr. 9 BGB unwirksam. Der Wortlaut der mit Wirkung zum 01.10.2021 ins Gesetz aufgenommenen Vorschrift⁵⁸ erfasst zwar nur den Ausschluss der Abtretbarkeit, ausweislich der Gesetzesbegründung sollen jedoch auch Klauseln unter das Verbot fallen, mit denen eine Abtretung des Anspruchs nur an bestimmte Personen zugelassen, beschränkt, an bestimmte Voraussetzungen gebunden oder von einer Zustimmung des Schuldners abhängig gemacht wird.⁵⁹ § 6 Abs. 6 der Musterbedingungen 2009 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung⁶⁰ sieht daher in der Fassung ab dem 01.06.2024 vor, dass das bislang bestehende Abtretungsverbot für ab dem 01.10.2021 geschlossene Verträge nicht mehr gilt.

Eine (freiwillige) Abtretung des Erstattungsanspruchs gegen das private Krankenversicherungsunternehmen ist daher grundsätzlich möglich. § 398 BGB regelt jedoch lediglich die Möglichkeit der Übertragung einer Forderung, begründet aber keinen Anspruch auf Abschluss eines Abtretungsvertrages.

Die interessantere Frage, ob der Unfallversicherungsträger eine solche Abtretung auch verlangen kann bzw. die versicherte Person daran mitwirken muss, ist daher noch nicht beantwortet. Dies dürfte jedenfalls in den Fällen, in denen es an seitens der versicherten Person der Vorwerfbarkeit der Fehlerhaftigkeit des Verwaltungsaktes nach § 45 Abs. 2 S. 3 SGB X fehlt, mangels gesetzlicher Grundlage nicht der Fall sein. Allenfalls könnten hier Billigkeitserwägungen greifen. Allerdings schützt § 45 SGB X den Begünstigten gerade

davor, eine erhaltene Leistung erstatten zu müssen. Würde man aus Gründen der Billigkeit gleichzeitig eine Verpflichtung zur Abtretung annehmen, dann liefe der Vertrauensschutz wirtschaftlich leer, was das gesetzgeberische Ziel des § 45 SGB X konterkarieren würde.

Auch der Gesichtspunkt einer unzulässigen Doppelkompensation rechtfertigt keine Verpflichtung zur Abtretung. Die private Krankenversicherung schuldet nach § 200 VVG keine über die entstandenen Aufwendungen hinausgehende Erstattung, auch nicht in den Fällen, in denen öffentlich-rechtliche Versorgungseinrichtungen beteiligt sind.⁶¹ Der Versicherte erhält daher keinen über den Behandlungsaufwand hinausgehenden Vermögensvorteil; vielmehr würde die Verpflichtung zur Abtretung wirtschaftlich den durch § 45 SGB X gewährten Vertrauensschutz wieder beseitigen.

Ein Anspruch des Unfallversicherungsträgers gegenüber der versicherten Person auf Abtretung der Erstattungsforderung gegen das private Krankenversicherungsunternehmen besteht daher jedenfalls dann nicht, wenn die Rückforderung der Leistungen wegen § 45 Abs. 2 SGB X ausgeschlossen ist.

2. Anspruch aus §§ 677, 683 BGB

Anders als bei der Geltendmachung von Ansprüchen durch das private Krankenversicherungsunternehmen gegenüber dem Unfallversicherungsträger sind die Regelungen über die Geschäftsführung ohne Auftrag im umgekehrten Fall unmittelbar anwendbar. Spezialvorschriften, die einer Anwendung entgegenstehen, sind nicht ersichtlich.

Jedoch dürfte es für die Fälle, in denen der Unfallversicherungsträger irrtümlich leistet, entsprechend den Ausführungen zur Geschäftsführung ohne Auftrag durch das private Krankenversicherungsunternehmen (vgl. oben II.2.) am Fremdgeschäftsführungswillen fehlen, da es sich bei der Leistungserbringung um die Erfüllung einer eigenen gesetzlichen Verpflichtung des Unfallversicherungsträgers handelt. Kommt der Unfallversicherungsträger zu der Auffassung, dass ein Versicherungsfall unter keinen Umständen gegeben sein kann, dürfen Leistungen nicht erbracht werden bzw. ist das Verwaltungsverfahren zu beenden.⁶² Ein Fremdgeschäftsführungswille kann daher in den Fällen der irrtümlichen Leistungserbringung nicht vorliegen.

Anders kann dies allenfalls in Fallkonstellationen sein, in denen noch nicht feststeht, ob ein entschädigungspflichtiger Versicherungsfall überhaupt vorliegt und der Unfallversicherungsträger daher vorläufige Leistungen erbringt. Insoweit sieht § 139 Abs. 2 SGB VII bei ungeklärter Zuständigkeit vor, dass der Unfallversicherungsträger die Voraussetzungen für

⁵⁴ Ebenfalls offengelassen von SG Berlin v. 21.08.2006 – S 98 U 408/03 – juris, Rn. 61.

⁵⁵ Vgl. SG Itzehoe v. 09.06.2022 – S 30 U 79/20 – juris, Rn. 26; ebenso Köhler, WzS 2019, 247, 254.

⁵⁶ Ebenso Köhler, WzS 2019, 247, 254; vgl. auch SG Itzehoe v. 09.06.2022 – S 30 U 79/20 – juris, Rn. 30 ff.; SG Berlin v. 21.08.2006 – S 98 U 408/03 – juris, Rn. 62; a.A. Mehrrens, in: Bereiter-Hahn/Mehrrens, Gesetzliche Unfallversicherung, § 50 SGB X Rn. 3, der Vertrauensschutz unter Berufung auf Sinn und Zweck des § 45 Abs. 2 SGB X ablehnt.

⁵⁷ Vgl. SG Itzehoe v. 09.06.2022 – S 30 U 79/20 – juris, Rn. 26; SG Berlin v. 21.08.2006 – S 98 U 408/03 – juris, Rn. 61.

⁵⁸ Durch Art. 1 Nr. 1 des Gesetzes für faire Verbraucherverträge vom 10.08.2021, BGBl. I 2021, 3433.

⁵⁹ Vgl. BT-Drs. 19/26915, S. 30.

⁶⁰ Abrufbar unter www.pkv.de.

⁶¹ Vgl. Schulte, in: Langheid/Wandt, Münchener Kommentar zum VVG, Band 2, 3. Aufl. 2024, § 200 VVG Rn. 13.

⁶² Vgl. nur Schlaeger, in: BeckOK SozR, § 139 SGB VII Rn. 13 (Stand: 01.06.2026).

eine eventuelle Entschädigung zu prüfen und ggf. vorläufige Leistungen zu erbringen hat.⁶³ Die Vorschrift betrifft zwar ausschließlich das Verhältnis von Unfallversicherungsträgern untereinander⁶⁴, der dahinterstehende Rechtsgedanke, dass Zuständigkeitsfragen nicht zu Lasten der betroffenen Person gehen sollen, dürfte auf die vorliegende Fallgestaltung jedoch übertragbar sein, so dass vorläufige Leistungen auch in der hier in Rede stehenden Konstellation nicht ausgeschlossen sind.

Dabei handelt es sich aber immer noch um ein eigenes Geschäft des Unfallversicherungsträgers innerhalb seines originären gesetzlichen Aufgabenkreises. Der Fremdgeschäftsführungswille für das auch-fremde Geschäft (dazu gleich noch) muss somit nach außen erkennbar hervortreten (vgl. dazu oben II.2.). Behält sich der Unfallversicherungsträger daher bei der Leistungserbringung ausdrücklich vor, die Aufwendungen im Falle des Nichtvorliegens eines Versicherungsfalles vom privaten Krankenversicherungsunternehmen ersetzt zu verlangen, dokumentiert dies, dass er die Leistung nicht ausschließlich als Wahrnehmung eigener Angelegenheiten versteht. Vielmehr bringt er dadurch zum Ausdruck, dass die Leistung zugleich eine Angelegenheit betrifft, die dem Pflichtenkreis des privaten Krankenversicherungsunternehmens zugewiesen ist. In diesen Fällen kann daher der erforderliche Fremdgeschäftsführungswille nicht mit der Begründung verneint werden, der Unfallversicherungsträger habe ausschließlich eigene Angelegenheiten wahrgenommen.

Jedoch stellt sich – unabhängig von der Frage des Fremdgeschäftsführungswillens – noch mehr als in der umgekehrten Konstellation die Frage, ob es sich überhaupt um ein objektiv (auch) fremdes Geschäft handelt. Mit der Erbringung von Heilbehandlungsleistungen müsste insoweit ein Geschäft des privaten Krankenversicherungsunternehmens durch den Unfallversicherungsträger besorgt werden. Zwar dienen sowohl die Sachleistungen der Unfallversicherung als auch die Kostenerstattung durch das private Krankenversicherungsunternehmen dem Zweck, die versicherte Person von den Kosten der Behandlung zu entlasten. Sofern der Unfallversicherungsträger keine Heilbehandlungsleistungen erbracht hätte, wären die Behandlungskosten (ggf. teilweise) vom privaten Krankenversicherungsunternehmen zu tragen gewesen, so dass dieses daher wirtschaftlich gesehen von einer eigenen Leistungspflicht befreit wurde. Eine unmittelbare Erfüllung der Verpflichtung des privaten Krankenversicherungsunternehmens liegt aber gerade nicht vor, die Gewährung der Heilbehandlung in Form der Sachleistung führt lediglich dazu, dass die Verpflichtung des privaten Krankenversicherungsunternehmens zur Kostenerstattung nicht (mehr) erfüllt werden muss. Es handelt sich lediglich um einen sogenannten Reflexvorteil, der für ein objektiv fremdes

Geschäft jedoch nicht ausreicht.⁶⁵ Es spricht daher einiges dafür, dass es bereits am erforderlichen (auch) fremden Geschäft fehlt.

Ein Aufwendungsersatzanspruch aus §§ 677, 683 BGB kommt daher nicht in Betracht; dies gilt jedenfalls in den Fällen der irrtümlichen Leistungserbringung durch den Unfallversicherungsträger.

3. Anspruch aus § 812 BGB

Entgegen der in der Rechtsprechung⁶⁶ und wohl auch in der Praxis überwiegend vertretenen Ansicht⁶⁷ kommt ein Anspruch aus ungerechtfertigter Bereicherung gemäß § 812 Abs. 1 S. 1 BGB in Betracht. Die Vorschrift ist in dieser Konstellation unmittelbar anwendbar.⁶⁸

Da der Unfallversicherungsträger nicht verpflichtet ist, Leistungen zu erbringen, besteht daher zunächst eine ungerechtfertigte Bereicherung auf Seiten der versicherten Person. Diese ist jedoch durch die sozialrechtlichen Ansprüche gesperrt (vgl. oben unter II.). Verlangt der Unfallversicherungsträger nunmehr allerdings vom privaten Krankenversicherungsunternehmen die Erstattung der von ihm getätigten Aufwendungen, so bringt er damit zum Ausdruck, dass er auf ihm zustehende Ansprüche gegen die versicherte Person verzichtet und seine irrtümliche Eigenleistung als für das private Krankenversicherungsunternehmen erbracht gelten soll.

Es handelt sich um eine sogenannte nachträgliche Änderung der Tilgungsbestimmung gemäß § 267 BGB. Deren Zulässigkeit ist im rechtswissenschaftlichen Schrifttum umstritten. Die Argumente sollen hier nicht wiederholt werden, da dies den Rahmen dieses Beitrags sprengen würde⁶⁹, entscheidender dürfte sein, dass sowohl die ordentliche Gerichtsbarkeit⁷⁰ als auch die Sozialgerichtsbarkeit⁷¹ eine nachträgliche Tilgungsbestimmung jedenfalls grundsätzlich zulassen.

Bei der Frage, ob im Einzelfall die nachträgliche Tilgungsbestimmung zulässig ist, legen die Gerichte besonderes Augenmerk auf das Gebot der Billigkeit. Demnach hat der Grundsatz von Treu und Glauben nach § 242 BGB für Bereicherungsansprüche besondere Bedeutung.⁷²

Der BGH stellt in diesem Zusammenhang darauf ab, dass es dem Unfallversicherungsträger mit der nachträglichen Tilgungsbestimmung lediglich darum gehe, sich an den durch die rechtsgrundlos erbrachten Leistungen aus einer gesetzlichen Versicherung im Ergebnis allein Begünstigten zu halten. Demnach wäre es unbillig, wenn dem Unfallversicherungsträger gerade daraus ein Nachteil entstünde, dass er ohne genaue vorherige Prüfung im Rahmen seiner

⁶³ Vgl. BT-Drs. 13/2204, S. 109.

⁶⁴ Vgl. nur Köhler, in: Becker/Franke/Molkentin/Hedermann, LPK-SGB VII, 6. Aufl. 2024, § 139 Rn. 2.

⁶⁵ Vgl. Thole, in: BeckOGK; § 677 BGB Rn. 100 m.w.N. (Stand: 01.06.2026).

⁶⁶ Vgl. OLG Hamm v. 18.04.2023 – 14 U 3/23.

⁶⁷ So zumindest Köhler, WzS 2019, 247, 254, allerdings ohne Nachweise.

⁶⁸ Ebenso Glaubitz in: Schlaeger, SGB VII, 5. Aufl. 2025 § 26 Rn. 17; Schlaeger, jurisPR-SozR 1/2015 Anm. 2; vgl. auch BGH v. 15.05.1986 – VII ZR 274/85 – juris, Rn. 6.

⁶⁹ Ausführliche Darstellung des Streitstandes bei Schwab, in: MünchKomm-BGB, 9. Aufl. 2024, § 812 Rn. 281 m.w.N.

⁷⁰ Vgl. etwa OLG Nürnberg v. 06.12.1989 – 9 U 2685/89; LG Stuttgart v. 04.01.2018 – 22 O 48/17; BGH v. 15.05.1986 – VII ZR 274/85.

⁷¹ Vgl. BSG v. 03.04.2014 – B 2 U 21/12 R.

⁷² Vgl. nur BGH v. 15.05.1986 – VII ZR 274/85 – juris, Rn. 13.

gesetzlichen Eintrittspflicht die anfallenden Heilbehandlungskosten erst einmal übernommen und damit die notwendige ärztliche Versorgung der versicherten Person ermöglicht habe.⁷³ Schutzwürdige Interessen des privaten Krankenversicherungsunternehmens, die einer solchen nachträglichen Tilgungsbestimmung entgegenstehen könnten, sind nicht ersichtlich.

Allerdings betraf der vom BGH entschiedene Fall eine eigene gesetzliche Einstandspflicht des Unterhaltsschuldners, auf die der Unfallversicherungsträger zahlen konnte. Im hier in Rede stehenden Fall einer bestehenden privaten Krankenversicherung wird dagegen die Möglichkeit einer nachträglichen Tilgungsbestimmung mit der Begründung abgelehnt, es bestehe (noch) gar keine Leistungsverpflichtung des privaten Krankenversicherungsunternehmens, da dies eine Inanspruchnahme der versicherten Person in Form eines Kostenerstattungsantrages voraussetze.⁷⁴

Diese Auffassung erscheint jedoch nicht zwingend. Dass der BGH seine Argumentation auf die Fälle einer gesetzlichen Einstandspflicht beschränken wollte, ist nicht ersichtlich. Vielmehr steht im Rahmen vom Billigkeitserwägungen die Frage einer Leistungsverpflichtung im Mittelpunkt. Dies lässt sich auf die hier in Rede stehende Fallkonstellation übertragen: Die Leistungspflicht des privaten Krankenversicherers beginnt mit dem Eintritt des Versicherungsfalls.⁷⁵ Dieser ist mit der Aufnahme der Heilbehandlung gegeben⁷⁶ und daher gerade nicht an einen Antrag der versicherten Person gebunden. Der Antrag der versicherten Person betrifft lediglich die Geltendmachung dieses Anspruchs. Dies hindert jedoch weder dessen Berücksichtigung im Rahmen des bereicherungsrechtlichen Ausgleichs noch die Annahme eines Vermögensvorteils durch ersparte Aufwendungen seitens des privaten Krankenversicherungsunternehmens.

Für das Vorliegen eines Vermögensvorteils ist vielmehr entscheidend, dass bereits mit Eintritt des Versicherungsfalls eine Einstandspflicht des privaten Krankenversicherungsunternehmens entstanden war. Die Befreiung von einer solchen Einstandspflicht stellt einen Vermögensvorteil dar; für die bereicherungsrechtliche Einordnung kommt es (ganz allgemein) nicht darauf an, ob der Anspruch tatsächlich geltend gemacht worden wäre, sondern darauf, dass hier bereits ein rechtliches Risiko der Inanspruchnahme bestand. Dieses Risiko hat sich nur deshalb nicht verwirklicht, weil die Heilbehandlung bereits durch den Unfallversicherungsträger finanziert wurde.

Das OLG Hamm geht ferner davon aus, dass das private Krankenversicherungsunternehmen nicht Schuldner der ärztlichen Vergütungsforderung war und deshalb auf diese Forderung keine Tilgungsbestimmung mit Wirkung für es erfolgen könne.⁷⁷ Dies sei auch ein wesentlicher Unterschied zu den vom BSG⁷⁸ bzw. vom BGH⁷⁹ entschiedenen Fällen.

Was auf den ersten Blick überzeugend klingen mag, erweist sich aber bei näherem Hinsehen als Folge einer Prämisse, die das OLG selbst aufgestellt hat: Nämlich diejenige, dass sich die Tilgungsbestimmung auf die Übernahme der Behandlungskosten bezieht. Sie könnte sich aber ebenso gut auf die Einstandspflicht des privaten Krankenversicherungsunternehmens beziehen. Dass die Zahlung nicht an die versicherte Person erfolgt, sondern unmittelbar an die Leistungserbringer, kann hier nicht den Ausschlag geben, sonst müsste im umgekehrten Fall eine nachträgliche Tilgungsbestimmung ebenfalls ausscheiden, mit der Begründung, die Erstattung der Behandlungskosten sei keine Schuld der gesetzlichen Unfallversicherung.

Die vom OLG Hamm vorgenommene Differenzierung ist daher nicht vollständig überzeugend. Zudem wird damit ein formal-schuldrechtlicher Gesichtspunkt in den Vordergrund gerückt, der für die bereicherungsrechtliche Beurteilung nicht ausschlaggebend sein kann. Maßgeblich ist vielmehr, wer die der Heilbehandlung zugrunde liegende wirtschaftliche Belastung nach der rechtlichen Risikoverteilung letztlich zu tragen hat. Im Fall des Unterhaltsschuldners lag diese Belastung in der gesetzlichen Unterhaltspflicht, im Fall des gesetzlichen Unfallversicherungsträgers in dessen öffentlich-rechtlicher Leistungspflicht. Entsprechendes gilt jedoch auch für das private Krankenversicherungsunternehmen, dessen vertragliche Einstandspflicht mit Eintritt des Versicherungsfalles entsteht. Es erscheint vor diesem Hintergrund zweifelhaft, ob allein die unterschiedliche rechtliche Ausgestaltung der jeweiligen Einstandspflicht eine abweichende bereicherungsrechtliche Bewertung zu rechtfertigen vermag. Entscheidend dürfte vielmehr sein, dass ein Dritter durch die irrtümliche Leistung von einer ihm zugewiesenen Vermögensbelastung entlastet wird.

Wird die Zulässigkeit der nachträglichen Tilgungsbestimmung allein deshalb verneint, weil die Einstandspflicht des Begünstigten nicht unmittelbar gegenüber dem Leistungserbringer, sondern gegenüber der versicherten Person besteht, wird ein bloßes Formalkriterium zum tragenden Argument erhoben. Dies wird den vom Bundesgerichtshof hervorgehobenen Billigkeitsüberlegungen nicht gerecht. Für die bereicherungsrechtliche Rückabwicklung kommt es nicht entscheidend darauf an, gegen wen die ursprüngliche Forderung gerichtet war, sondern darauf, wer durch die rechtsgrundlose Leistung im Ergebnis von einer eigenen Einstandspflicht freigestellt worden ist.

Im Ergebnis sprechen daher gute Gründe für das Bestehen eines Anspruchs des gesetzlichen Unfallversicherungsträgers gegenüber dem privaten Krankenversicherungsunternehmen aus § 812 Abs. 1 S. 1 BGB.

⁷³ Vgl. BGH v. 15.05.1986 – VII ZR 274/85 – juris, Rn. 14.

⁷⁴ So insbesondere OLG Hamm v. 18.04.2023 – 14 U 3/23 – juris, Rn. 6; Köhler, WzS 2019, 247, 254.

⁷⁵ Vgl. Gramse, in: BeckOK VVG § 192 Rn. 87 (Stand 01.08.2026).

⁷⁶ Vgl. nur J. Eichelberger, in: Spickhoff, Medizinrecht, 4. Aufl. 2022, § 192 VVG Rn. 46 m.w.N.

⁷⁷ Vgl. OLG Hamm v. 15.03.2023 – 14 U 3/23 – juris, Rn. 5.

⁷⁸ BSG v. 03.04.2014 – B 2 U 21/12 R.

⁷⁹ BGH v. 15.05.1986 – VII ZR 274/85.

IV. Fazit

Die Erstattungsbeziehungen zwischen Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung und privaten Krankenversicherungsunternehmen entziehen sich den sozialrechtlichen Regelungen der §§ 102 ff. SGB X. Während das Verhältnis zwischen gesetzlicher Unfallversicherung und gesetzlicher Krankenversicherung durch spezialgesetzliche Regelungen weitgehend abschließend geordnet ist, fehlt für das Verhältnis zur privaten Krankenversicherung eine vergleichbare gesetzliche Ausgestaltung. Die daraus resultierenden Ausgleichsansprüche müssen daher anhand allgemeiner zivil- und öffentlich-rechtlicher Institute entwickelt werden.

Dabei sind Ansprüche eines privaten Krankenversicherungsunternehmens gegen den Unfallversicherungsträger durch die höchstgerichtliche Rechtsprechung weitgehend geklärt.

In Teilen immer noch ungeklärt ist dagegen die umgekehrte Konstellation, in der der Unfallversicherungsträger irrtümlich Leistungen erbracht hat und sich der Rückgriff gegen die versicherte Person wegen des sozialrechtlichen Vertrauensschutzes als ausgeschlossen erweist. Gegenüber dem privaten Krankenversicherungsunternehmen erscheinen Ansprüche aus Geschäftsführung ohne Auftrag regelmäßig ausgeschlossen. Allerdings sprechen gewichtige Gründe dafür, einen bereicherungsrechtlichen Ausgleich nach § 812 Abs. 1 Satz 1 BGB zuzulassen, wenn der Unfallversicherungsträger auf Ansprüche gegen die versicherte Person verzichtet und seine Leistung als für das private Krankenversicherungsunternehmen erbracht gelten lässt.

Die Untersuchung zeigt aber auch, dass die gegenwärtige Rechtslage erhebliche Unsicherheiten aufweist. Angesichts der praktischen Bedeutung kostenintensiver Heilbehandlungen erscheint daher die Schaffung einer ausdrücklichen gesetzlichen Ausgleichsregelung zwischen gesetzlicher Unfallversicherung und privater Krankenversicherung zumindest erwägenswert.

Fristwahrende Anmeldung eines Erstattungsanspruchs

Anmerkungen zu LSG Bayern vom 24.11.2025 – L 3 U 149/25

von Ass. iur. Tobias Schlaeger*

I. Gedanken zum Urteil des LSG Bayern

Das Verfahren betrifft eine Erstattungskonstellation unter Beteiligung mehrere Leistungsträger. Die klagende Krankenkasse meldete zunächst mit Schreiben vom 08.02.2013 einen Erstattungsanspruch bei der beigeladenen Berufsgenossenschaft (offensichtlich: BG Bau) für Leistungen, die die Klägerin im Zeitraum 29.11.2012 bis 27.12.2012 erbrachte, an. Anlass war ein Unfallereignis vom 29.11.2012 im Rahmen von Bauarbeiten. Die Beigeladene kommunizierte wiederum direkt mit dem beklagten Unfallversicherungsträger (offensichtlich der nach § 129 Abs. 1 Nr. 3 SGB VII in Frage kommende kommunale Unfallversicherungsträger, im Folgenden einfach: Unfallkasse). Obwohl bereits in einem Schreiben der beigeladenen BG an die beklagte Unfallkasse mitgeteilt wurde, dass nur zwei Helferstunden vorlagen (also deutlich weniger als die derzeit geltende tarifliche Wochenarbeitszeit im Bauhauptgewerbe von 40 Stunden (vgl. § 3 Nr. 1.1 BRTV)¹, akzeptierte die Unfallkasse ihre Zuständigkeit laut Sachverhalt erst mit Schreiben vom 03.02.2016 gegenüber der BG. Zwischenzeitlich erbrachte die BG (erhebliche) Leistungen aufgrund vorläufiger Zuständigkeit nach § 139 SGB VII, so dass die Zuständigkeitsklärung nicht zu Lasten der verunfallten Person ging.

Während also die klagende Krankenkasse gegenüber der (unzuständigen) BG bereits Anfang 2013 einen Erstattungsanspruch nach § 105 SGB X anmeldete, tat sie dies gegenüber der zuständigen Unfallkasse erst mit Schreiben vom 21.07.2015, wohlgemerkt auch für den Leistungszeitraum Ende 2012. Letztendlich war eine Erstattungssumme von rund 135.000,00 Euro aufgelaufen und streitig.

Die Anmeldung der Krankenkasse gegenüber der Unfallkasse war angesichts der Jahresfrist des § 111 SGB X verspätet. Kern des Rechtsstreits war daher, ob die rechtzeitige Anmeldung gegenüber der unzuständigen BG der Unfallkasse zuzurechnen war bzw. ihr gegenüber Rechtswirkungen entfaltete. Das LSG Bayern kam in einem bemerkenswert schnellen Berufungsverfahren (Urteil des Sozialgerichts vom 13.03.2025, Urteil des Landessozialgerichts vom 24.11.2025) zu dem richtigen Ergebnis, dass die Krankenkasse insgesamt keinen Erstattungsanspruch hat. Zentral ist insbesondere die Überlegung, dass eine Anmeldung eines Erstattungsanspruchs i.S.d. § 111 S. 1 SGB X eine

empfangsbedürftige Willenserklärung darstellt. Dabei muss der berechtigte Leistungsträger - hier die Klägerin - zum einen seine Erstattungsforderung endgültig und unmissverständlich geltend machen, so dass eine bloß vorsorgliche und unverbindliche Anmeldung nicht ausreicht.² Zum anderen muss ein Erstattungsbegehren als empfangsbedürftige Willenserklärung unmittelbar und rechtzeitig an den letztendlich zuständigen erstattungspflichtigen Leistungsträger gerichtet sein.³ § 16 SGB I, wonach ein beim unzuständigen Träger gestellter Antrag auf Sozialleistungen mit fristwahrender Wirkung weiterzuleiten ist, findet in dieser Konstellation keine Anwendung, da es sich bei einer Erstattungsforderung nicht um eine Sozialleistung (§ 11 SGB I) handelt.⁴ Weitere Überlegungen, ob die unzuständige BG die Anmeldung hätte weiterleiten müssen und als eine Botin oder Vertreterin aufgetreten wäre, verneint das LSG Bayern zurecht. Da die Ausschlussfrist des § 111 SGB X von Amts wegen zu berücksichtigen ist, können auch in Protokollen niedergelegte Besprechungsergebnisse der Spitzenverbände die Rechtslage nicht ändern⁵ (sofern das überhaupt verbändeseitig gewollt war). Auch der Rettungsanker des treuwidrigen Verhaltens (§ 242 BGB) zog hier nicht zugunsten der klagenden Krankenkasse; insoweit beachtete das LSG Bayern zu Recht, dass die Abgrenzungsprobleme zwischen der BG Bau und den kommunalen Unfallversicherungsträgern (§ 129 Abs. 1 Nr. 3 SGB VII) nicht nur allgemein bekannt sind, sondern ausweislich eines Vermerks der Klägerin bereits vom 17.12.2012 auch dieser an sich bewusst war, nur dass sie dieses Wissen nicht für eine zweite rechtzeitige Anmeldung nutzte.⁶

II. Gedanken zu § 111 SGB X

1. § 111 SGB X regelt den Ausschluss von Erstattungsansprüchen nach §§ 102 bis 105 SGB X.⁷ Das Gesetz wählt dazu den Ansatz, dass ein an sich kraft Gesetzes entstandener Anspruch durch eine rechtzeitige Anmeldung (empfangsbedürftige Willenserklärung) gesichert werden muss. Dahinter steht der Gedanke, dass die Erstattungsvorgänge zwischen Leistungsträgern „möglichst einfach, unkompliziert, schnell und kostensparend vonstattengehen“ sollen.⁸ Wer die Praxis und die entsprechende Rechtsprechung sowie Literatur dazu überblickt, dürfte Zweifel haben, dass dieses gesetzgeberische Ziel erreicht worden ist und im Übrigen den Bedarf daran fraglich finden. Allein der Umfang der

* Der Autor leitet den Bereich Grundsatz Rehabilitation und Entschädigung bei der Unfallkasse Nordrhein-Westfalen.

¹ Vgl. BSG, Urt. v. 16.03.2021 – B 2 U 3/19 R, juris-Rn. 11; *Hedermann* in: Schlaeger, SGB VII, 5. Aufl. 2025, § 129 Rn. 8.

² Vgl. LSG Bayern, Urt. v. 24.11.2025 – L 3 U 149/25, juris-Rn. 50.

³ Der Empfänger kann nicht im Sinne eines „wen auch immer es angeht“ unbestimmt gelassen werden, gleichsam, LSG Bayern, Urt. v. 24.11.2025 – L 3 U 149/25, juris-Rn. 52; allg. zum Gedanken „Geschäft für den, den es angeht“: *Ellenberger* in: Grüneberg, BGB, 84. Aufl. 2025, § 164 Rn. 8.

⁴ Vgl. LSG Bayern, Urt. v. 24.11.2025 – L 3 U 149/25, juris-Rn. 51.

⁵ Vgl. LSG Bayern, Urt. v. 24.11.2025 – L 3 U 149/25, juris-Rn. 53.

⁶ Vgl. LSG Bayern, Urt. v. 24.11.2025 – L 3 U 149/25, juris-Rn. 65 f.

⁷ Auch auf Erstattungsansprüche nach § 14 SGB IX ist § 111 SGB X anwendbar, vgl. BSG, Urt. v. 04.04.2019 – B 8 SO 11/17 R, juris-Rn. 17 f.; *Mutschler* in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB X, 3. Aufl. 2023, § 111 SGB X Rn. 11.

⁸ So z.B. *Marschner* in: Pickel/Marschner, SGB X, Stand: 08/2026, § 111 Rn. 1; ferner BT-Drs. 9/95, S. 26.

(anschwellenden⁹) Kommentierungen zu § 111 SGB X lässt erahnen, wie viele Fallstricke damit verbunden sein können.

2. Gesetzeshistorisch wollte der Gesetzgeber ursprünglich sogar nur eine Anmeldefrist von 6 Monaten normieren.¹⁰ Im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens wurde aus Rücksicht auf die „Erfordernisse der Praxis“ eine Jahresfrist beschlossen.¹¹ So einfach § 111 SGB X auf den ersten Blick scheint, so kompliziert kann es werden, wie auch das vorliegende LSG-Urteil zeigt. Schwierig ist insbesondere das Zusammenspiel der beiden Sätze von § 111 SGB X.

Nach § 111 S. 1 SGB X beginnt die Ausschlussfrist unmittelbar nach Ablauf des letzten Tages, für den die erstattungsfähige Leistung erbracht wurde. Wichtig ist dabei der letzte Tag des Zeitraums, „für“ den Leistungen erbracht wurden, nicht hingegen der Tag „an“ dem diese erbracht wurden.¹² Nach § 111 S. 2 SGB X beginnt die Ausschlussfrist „frühestens“ mit dem Zeitpunkt, zu dem der erstattungsberechtigte Leistungsträger von der Entscheidung des erstattungspflichtigen Leistungsträgers über dessen Leistungspflicht Kenntnis erlangt hat. Die „gründlich misslungene“¹³ bzw. „wenig durchdachte“¹⁴ Relativierung in Satz 2 wirft zahlreichen Fragen auf.¹⁵ Weder dem Gesetzestext noch der Gesetzesbegründung kann entnommen werden, auf welche „Entscheidung“¹⁶ des erstattungspflichtigen Leistungsträgers abzustellen ist.

Mittlerweile besteht Einigkeit, dass mit „Leistungspflicht“ nicht diejenige im Erstattungsverhältnis gemeint ist, sondern die Sozialleistungspflicht gegenüber der versicherten Person.¹⁷ Eine solche muss entweder vorliegen oder zumindest rechtlich möglich sein.¹⁸ Zudem muss die Entscheidung genau diejenige „Leistung“ (der Begriff ist nicht gesetzlich definiert) betreffen, um deren Erstattung es geht.¹⁹ Ein Träger muss sich insoweit fragen, ob eine Entscheidung des Anderen nicht (mehr) ergehen kann oder bloß noch nicht vorgenommen wurde. Spannend wird es bei Konstellationen, in denen der Erstattungspflichtige eine materiell-rechtliche Entscheidung über Leistungen, wie sie der

Erstattungsberechtigte bereits erbracht hat, überhaupt nicht mehr treffen kann und darf.

So sind z.B. Heilbehandlungsleistungen durch den Erstattungsberechtigten bereits im Sinne von § 107 SGB X erfüllt, so dass keine Regelung (§ 31 SGB X) seitens des Erstattungspflichtigen mehr erfolgt. Könnte ferner ein Träger, der die Frist nach § 111 Satz 1 SGB X versäumt hat, aber nicht in den § 107 SGB X-Konstellationen dennoch einen Bescheid erlassen, um die Frist nach § 111 S. 2 SGB X auszulösen (auch, wenn es nur ein Schein-Verwaltungsakt wäre)? Das wird offenbar trotz des Wortlauts von Satz 2 („frühestens“) nicht einheitlich gesehen.²⁰ Zu guter Letzt: wann eine Geltendmachung als Behaupten oder Vorbringen von „hinreichend konkreten“ Einzelfallumständen²¹ rechtssichernd²² genug ist, gibt auch immer wieder Anlass für Abwehrdiskussionen bei dem möglicherweise erstattungspflichtigen Träger.

3. § 111 S. 2 SGB X kann insgesamt dazu führen, dass eine Anmeldung auch noch Jahre nach Ablauf der Regelfrist des § 111 S. 1 SGB X zulässig ist.²³ Wie sich das mit dem ursprünglichen Gesetzesanliegen der „schnellen Klarstellung der Verhältnisse“²⁴ vertragen soll, ist unklar. Und ob das heute noch gilt, ebenso. Selbst das BSG wusste zwischenzeitlich nicht (mehr), „ob (...) der Gesetzgeber mit der Neufassung des § 111 Satz 2 SGB X - wie in der Gesetzesbegründung behauptet wird (vgl. BT-Drucks 14/4375, S. 60 zu § 111) - „der ursprünglichen Intention“ des Gesetzes Rechnung getragen hat oder ob nicht an Stelle des bisher vorrangigen Ziels rascher Rechtssicherheit (vgl. BT-Drucks 9/95, S. 26 zu § 117 des Entwurfs ...) nunmehr dem Ziel materieller (Ausgleichs-)Gerechtigkeit ein grundsätzlicher Vorrang eingeräumt worden ist“.²⁵ Mittlerweile sieht das BSG sowohl „die zügige Klarstellung der Verhältnisse“ als auch „die Herstellung materieller Ausgleichsgerechtigkeit“ als Zweck der Norm an.²⁶

⁹ So bereits *Ricke*, SGB 2001, 152 (153).

¹⁰ Vgl. BT-Drs. 9/95, S. 9, 26 (damals noch als § 117 SGB X geplant).

¹¹ Vgl. BT-Drs. 9/1753, 44.

¹² Vgl. z.B. BSG, Urt. v. 28.02.2008 – B 1 KR 13/07 R, juris-Rn. 12; *Roller* in: Schütze, SGB X, 10. Aufl. 2026, § 111 Rn. 6.

¹³ Vgl. z.B. *Becker* in: Hauck/Noftz, SGB X, Stand: 08/2026, K § 111 Rn. 48; ferner *Ricke*, SGB 2001, 152 (153): „Eine Vorschrift zur Schaffung der Probleme, die es verhindern soll.“

¹⁴ Vgl. *Kater* in: BeckOGK-SGB X, Stand: 15.02.2024, SGB X § 111 Rn. 7.

¹⁵ Vgl. dazu z.B. *Becker* in: Hauck/Noftz, SGB X, Stand: 08/2026, K § 111 Rn. 48 ff.

¹⁶ Z.T. wird auch eine schlichte Auszahlung (Realakt) ohne Vorliegen eines begleitenden Verwaltungsaktes (§ 31 SGB X) als fristauslösende „Entscheidung“ angesehen, vgl. LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 22.01.2014 – L 3 U 3510/13, juris-Rn. 39; *Mutschler* in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB X, 3. Aufl. 2023, § 111 SGB X Rn. 47.

¹⁷ Vgl. z.B. BSG, Urt. v. 10.05.2005 – B 1 KR 20/04 R; *Peters-Lange/Werth*, WzS 2012, 163 (164 ff.) m.w.N.

¹⁸ Vgl. z.B. BSG, Urt. v. 04.04.2019 – B 8 SO 11/17 R, juris-Rn. 19. Soweit ersichtlich ist die Einordnung von Schein-Verwaltungsakten bzw. Schreiben, die die Versicherten aus ihrem Empfängerhorizont als Verwaltungsakt auffassen dürfen, ungeklärt.

¹⁹ Vgl. *Mutschler* in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB X, 3. Aufl. 2023, § 111 SGB X Rn. 47; ferner die Beispiele bei BSG, Urt. v. 16.03.2010 – B 2 U 4/09 R, juris-Rn. 18 (Entscheidung über Gewährung einer Verletztenrente beinhaltet keine Entscheidung über eine stationäre Heilbehandlung); BSG, Urt. v. 30.10.2025 – B 8 SO 12/24 R, juris-Rn. 21 ff. (stationäre Pflege iSd SGB XII als einheitliche Leistung).

²⁰ Wie hier dafür z.B. *Weber* in: BeckOK SozR, 81. Ed., Stand: 01.06.2026, § 111 SGB X Rn. 20; dagegen *Kater* in: BeckOGK-SGB X, Stand: 15.02.2024, SGB X § 111 Rn. 54 f., der nach Ablauf der nach Satz 1 berechneten Frist die Regelung nach Satz 2 für unanwendbar ansieht.

²¹ Vgl. z.B. BSG, Urt. v. 30.10.2025 – B 8 SO 12/24 R, juris-Rn. 28 m.w.N.

²² Vgl. z.B. LSG Hamburg, Urt. v. 12.03.2025 – L 2 U 32/23 D, juris-Rn. 65.

²³ Vgl. auch *Becker* in: Hauck/Noftz, SGB X, Stand: 08/2026, K § 111 Rn. 52.

²⁴ BT-Drs. 9/95, S. 26 (zu § 117 SGB X); kritisch dazu z.B. auch schon *Ricke*, SGB 2001, 152 (153).

²⁵ Vgl. BSG, Urt. v. 10.05.2005 – B 1 KR 20/04 R, juris-Rn. 20.

²⁶ Vgl. z.B. BSG, Urt. v. 30.10.2025 – B 8 SO 12/24 R, juris-Rn. 20.

a) Aufgrund der Erfahrungen der Praxis ist bereits mehrfach und völlig berechtigt die Frage nach dem praktischen Sinn und Nutzen der Ausschlussfrist gestellt worden. Diese Zweifel wurden der Norm bereits in die Gesetzeswiege gelegt, denn schon der Bundesrat bat im Gesetzgebungsverfahren um die Prüfung, „ob auf die Vorschrift nicht verzichtet werden kann“²⁷. Derartige Stimmen sind nie verstummt. Die Anmeldung und Verwaltung von Erstattungsansprüchen binden nicht unerhebliche Ressourcen, zum Teil bemühen sich Träger vor dem Hintergrund einer (vermeintlich) nicht geklärten Rechtslage zur Anwendung des § 113 Abs. 1 S. 1 SGB X²⁸ sogar um sehr vorzeitige Erklärungen zum Verzicht auf die Einrede der Verjährung (§ 113 SGB X) noch innerhalb der Jahresfrist.²⁹ Reagiert der andere Träger - unabhängig davon - nicht auf die erste Anmeldung mittels Eingangsbestätigung, erfolgen Wiedervorlagen und erneute Anfragen. Dies kostet die Verwaltungen Ressourcen, die in Zeiten von zunehmender Personalknappheit sinnvoller zu investieren wären. An entsprechenden Änderungsvorschlägen fehlt es nicht.³⁰ Diese setzen zum Teil an einer Modifikation der Anmeldefrist nach § 111 SGB X mitsamt einer ergänzenden Klarstellung der Verjährung von § 113 SGB X an.³¹ Zum Teil wird für eine ersatzlose Streichung von § 111 SGB X plädiert, da der vierjährige Verjährungszeitraum ausreichend bemessen ist.³²

SGB X könnte als Beitrag zum immer wieder diskutierten Bürokratieabbau angesehen werden.

Letzterem ist aus Praxissicht beizutreten. Damit wäre der auf Erstattung in Anspruch genommene Träger z.B. auch von der Prüfung befreit, ob der die Erstattung begehrende Träger eine Entscheidung noch treffen kann oder darf. Die frühzeitige (und nur einmalige) schlichte Information des potenziellen Erstattungsgegners über eine mögliche Erstattungssituation könnte über die Grundsätze der vertrauensvollen Zusammenarbeit gemäß § 86 SGB X hergeleitet werden, ohne einer solchen Mitteilung eine den Anspruch ausschließende Wirkung zuzumessen.

b) Warum eine Verjährung vier Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die zu erstattenden Leistungen entstanden sind, nicht ausreichen sollte, ist nicht ersichtlich. Sind Klageverfahren der Versicherten gegen ablehnende Entscheidungen anhängig, wird in aller Regel ohnehin die endgültige gerichtliche Klärung abgewartet (ggf. mit Verzicht auf die Einrede der Verjährung), erst recht, wenn die entscheidenden Knackpunkte bei medizinischen Fragestellungen liegen und Gutachten einzuholen sind. Das zeigt, dass die Beteiligten die letztlich richtige Zuständigkeit im Sinne einer „materiellen (Ausgleichs-)Gerechtigkeit“ als führendes Entscheidungskriterium ansehen und die vom Gesetzgeber gerne gesehene „schnelle Klarstellung der Verhältnisse“ in der Praxis weniger bedeutsam ist. Soweit ersichtlich stellen Träger allenfalls bei sehr hohen Erstattungsanmeldungen entsprechende Sicherheiten im Rahmen der vorsorglichen Haushaltsplanung auf (sofern die Haushaltsplanung nicht bereits abgeschlossen ist).³³ Die Streichung bzw. Modifizierung des heutigen § 111

²⁷ Vgl. BT-Drs. 9/95, S. 40 (Nr. 28 zu Artikel 1 § 117 SGB X).

²⁸ Vgl. Becker in: Hauck/Noftz, SGB X, Stand: 08/2026, K § 113 Rn. 22 ff.

²⁹ Vgl. dazu auch Kater in: BeckOGK-SGB X, Stand: 15.02.2024, SGB X § 111 Rn. 56.

³⁰ Vgl. Kater, SGB 2007, 400 ff.; Merten, jurisPR-SozR 21/2008 Anm. 3; Peters-Lange/Werth, WzS 2012, 163 (169); vgl. auch Marburger, DOK 1989, 603 ff.

³¹ So z.B. Kater, SGB 2007, 400 (404).

³² So z.B. Morus/Ricke, BG 1995, 209 (211); Merten, jurisPR-SozR 21/2008 Anm. 3.

³³ Vgl. auch die Haushaltshinweise von Ricke, SGB 2001, 152 (153); Morus/Ricke, BG 1995, 209 (210).

Rechtsprechung

Fristwahrung von Erstattungsansprüchen

LSG Bayern, Urt. v. 24.11.2025 - L 3 U 149/25

Leitsatz:

Die Anmeldung eines Erstattungsanspruchs i.S.d. § 111 Satz 1 SGB X muss zur Fristwahrung grundsätzlich direkt gegenüber dem erstattungspflichtigen Träger erfolgen.

Verfahrenshinweis:

Aufhebung des Urteils des SG München vom 13.03.2025 - S 24 U 570/21

Relevante Normen:

§ 111 S. 1 SGB X

UVR-Hinweis

Die Entscheidung wird in dieser Ausgabe von *Schlaeger* besprochen.

Entscheidung

I. Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts München vom 13. März 2025 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

II. Die Klägerin hat die Gerichtskosten und die außergerichtlichen Kosten der Beklagten zu tragen; im Übrigen trägt jeder Beteiligte seine außergerichtlichen Kosten selbst.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

IV. Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird auf 134.739,84 EUR festgesetzt.

Tatbestand

01 Streitig ist, ob die klagende Krankenkasse für von ihr getätigte Aufwendungen für medizinische Behandlungen eines Versicherten Erstattung von der Beklagten beanspruchen kann.

02 Der bei der Klägerin gesetzlich krankenversicherte H (im Folgenden: Versicherter) fiel am 29.11.2012 auf einer Baustelle von einem Gerüst. Er wurde noch am Unfalltag in das Klinikum A aufgenommen, wo er zunächst bis 27.12.2012 und erneut vom 18.02. bis 10.03.2013 stationär behandelt wurde. Dort wurden eine diffuse Hirnkontusion links temporoparietal, eine Hypertonie und eine Hyponatriämie diagnostiziert (Arztbriefe vom 29.01.2013 und vom 27.03.2013). Vom 19.03. bis 09.04.2013 erfolgte eine neurologische Rehabilitation im M Reha-Zentrum Bad O, u.a. mit den Diagnosen Schädel-Hirn-Trauma mit Kontusionsblutung, Schädelkalottendefekt, Rippenfraktur, Lungenkontusion und Wirbelkörperfrakturen. Der Versicherte wurde in die ambulante Betreuung entlassen (Arztbrief vom 31.05.2013). Eine weitere

neurologische Rehabilitation fand ambulant vom 25.06.2013 bis 12.08.2013 und vom 19.08.2013 bis 30.09.2013 in der Ambulanten Neurologischen Reha (ANR) A statt.

03 Im Zuge der Ermittlungen durch die Polizei bzw. Staatsanwaltschaft sowie spätere Ermittlungen der Beteiligten ergab sich, dass der Versicherte am Unfalltag erstmalig unentgeltlich auf der Baustelle ausgeholfen hatte (Protokoll der Zeugenvernehmung des Herrn A vom 12.12.2012). Das Bauvorhaben, der Neubau eines Einfamilienhauses und einer Lagerhalle/Kfz-Werkhalle, war gegenüber der Beigeladenen angezeigt worden (Schreiben der Beigeladenen vom 16.07.2012). Bauherren waren die Eheleute A, wobei die zu errichtende Lagerhalle zum Teil an das Unternehmen des Herrn A (dieses war Mitglied bei der BG Verkehr) verpachtet werden sollte. Der Versicherte sollte auf Bitte eines Freundes, der Angestellter der Firma des Herrn A war, für wenige Stunden beim Gerüstaufbau helfen, nachdem einige andere Helfer abgesagt hatten (Vermerk der Klägerin vom 17.12.2012, Schreiben der Beklagten vom 02.09.2013 und Fragebogen vom 13.08.2015).

04 Mit Schreiben vom 08.02.2013 meldete die Klägerin bei der Beigeladenen einen Erstattungsanspruch wegen Leistungen an den Versicherten für Heilbehandlung und Fahrtkosten im Zeitraum vom 29.11.2012 bis 27.12.2012 an.

05 Mit Schreiben vom 18.03.2013 teilte die Beigeladene der Beklagten mit, dass der Versicherte als privater Helfer bei einer Baumaßnahme verunglückt und die Zuständigkeit der Beklagten gegeben sei, da insgesamt nur zwei Helferstunden angefallen seien. Die Beigeladene bat zudem die Beklagte um Bestätigung ihrer Zuständigkeit. Die Beklagte lehnte dies aber mit Schreiben vom 13.05.2013 ab.

06 Mit Schreiben vom 29.05.2013 teilte die Beigeladene der Klägerin mit, dass der Versicherte zu ihren Lasten behandelt werde. Es sei jedoch fraglich, ob ein Arbeitsunfall vorgelegen habe bzw. ob die Behandlungsbedürftigkeit eine Folge des Arbeitsunfalls sei. Über das Ergebnis der Ermittlungen werde sie die Klägerin unterrichten.

07 Außerdem teilte die Beigeladene der Klägerin im Schreiben vom 10.01.2014 mit, ihre Zuständigkeitsermittlungen seien noch nicht abgeschlossen.

08 Im Januar 2014 beantragte der Versicherte bei der Beigeladenen die Feststellung der Unfallfolgen und die Gewährung einer Verletztenrente (Schreiben vom 23.01.2014).

09 Die Beigeladene holte daraufhin das HNO-ärztliche Gutachten des M vom 05.06.2014, das augenärztliche Gutachten des W vom 11.06.2014, das chirurgische Gutachten des H/M vom 28.05.2014 sowie das neurologisch-psychiatrische Gutachten des F vom 06.06.2014 ein. Zusammengefasst ergab sich, dass die Minderung der Erwerbsfähigkeit mit 100 v.H. bewertet wurde.

10 Unterdessen wandte sich die Klägerin noch mehrmals an die Beigeladene mit der Bitte um Mitteilung, ob der Unfall als Arbeitsunfall anerkannt werde, und zur Geltendmachung weiterer Aufwendungen (Schreiben vom 02.01.2014, 16.10.2014, 03.03.2015, 09.06.2015 und 11.06.2015). Dem Schreiben vom 09.06.2015 war auch eine aktualisierte Aufstellung der einzelnen Positionen der Erstattungsforderung beigelegt.

11 Im Rahmen ihrer weiteren Ermittlungen bestätigte sich für die Beigeladene die Auffassung, dass die Zuständigkeit der Beklagten gegeben sei und dass es sich bei dem Unfall vom 29.11.2012 um einen entschädigungspflichtigen Versicherungsfall handle. In zwei Schreiben vom 08.12.2014 an die Beklagte wie auch die BG Verkehr teilte die Beklagte daher mit, sie wolle dem Versicherten in vorläufiger Zuständigkeit Verletztenrente und Pflegegeld bewilligen, und fragte an, ob der Anerkennung als Arbeitsunfall zugestimmt werde. Die Beklagte antwortete unter dem 29.12.2014, sie gehe ebenfalls von einem Arbeitsunfall aus. Streitig sei nach wie vor die Zuständigkeit. Ebenso äußerte sich die BG Verkehr im Schreiben vom 11.02.2015.

12 Mit Bescheid vom 05.03.2015 bewilligte die Beigeladene dem Versicherten in vorläufiger Zuständigkeit ab 30.11.2012 Rente auf unbestimmte Zeit als Vollrente. Ferner machte die Beigeladene unter dem 05.03.2015 gegenüber der Beklagten einen Erstattungsanspruch geltend.

13 Mit Bescheid vom 22.05.2015 gewährte die Beigeladene dem Versicherten außerdem ab 11.03.2013 Pflegegeld i.H.v. 40 v.H. des Höchsatzes.

14 Dazu teilte die Beigeladene dem Versicherten mit Schreiben vom 02.07.2015 mit, aus der Nachzahlung des Pflegegeldes habe sie eine Erstattung i.H.v. 7.389,33 EUR an die Krankenkasse geleistet. In dieser Höhe hatte die Klägerin einen Erstattungsanspruch für Pflege- und Pflegegeldleistungen für die Zeit vom 01.03.2013 bis 25.09.2014 mit Schreiben vom 09.06.2015 angemeldet.

15 Auf die Anmeldung einer Erstattung i.H.v. 148.187,66 EUR durch die Klägerin hin (Schreiben vom 11.06.2015) informierte die Beigeladene diese mit weiterem Schreiben vom 02.07.2015 darüber, dass der Erstattungsanspruch an den zuständigen Unfallversicherungsträger weitergeleitet worden sei. Die Klägerin werde gebeten, sich direkt an diesen zu wenden.

16 Daraufhin meldete die Klägerin bei der Beklagten mit Schreiben vom 21.07.2015, der Beklagten zugegangen am 24.07.2015, in Bezug auf den Unfall des Versicherten vom 29.11.2012 einen Erstattungsanspruch für Aufwendungen im Zeitraum vom 29.11.2012 bis 31.05.2015 i.H.v. insgesamt 148.187,66 Euro, bestehend aus Leistungen für Krankenhausbehandlungen, Heilmittel/Hilfsmittel, Rehabilitationen und Fahrtkosten, an.

17 Während die Beklagte die Anerkennung ihrer Zuständigkeit gegenüber der Beigeladenen mit Schreiben vom 14.10.2015 noch abgelehnt hatte, erklärte sie dieser gegenüber ihre Zuständigkeit schließlich mit Schreiben vom 03.02.2016, da die Helferstunden nun mit zwei festgestellt worden seien. Ab August 2016 übernahm die Beklagte sodann die Zahlung der Verletztenrente und des Pflegegeldes an den Versicherten (Schreiben vom 17.08.2016).

18 Die Klägerin erinnerte die Beklagte mit zwei Schreiben vom 13.04.2016 an den Erstattungsanspruch i.H.v. insgesamt 136,44 EUR für Pflegeleistungen im Zeitraum vom 15.11.2013 bis zum 31.07.2015 und i.H.v. 148.187,66 EUR für Behandlungs- und Rehabilitationsleistungen im Zeitraum vom 27.12.2012 bis zum 31.05.2015.

19 Die Beklagte fragte bei der Klägerin zunächst an, wann diese ihren Ersatzanspruch gegenüber der Beigeladenen angemeldet habe (Schreiben vom 29.04.2016). Mit Schreiben vom 06.09.2016 übersandte daraufhin die Klägerin der Beklagten ihr Schreiben vom 08.02.2013 an die Beigeladene sowie erneut die Aufstellung der einzelnen Positionen zu der Erstattungsforderung i.H.v. insgesamt 148.187,66 EUR für Leistungen im Zeitraum vom 29.11.2012 bis zum 31.05.2015.

20 Im Schreiben vom 09.11.2016 an die Klägerin legte die Beklagte dar, dass die Klägerin erstmals mit Schreiben vom 21.07.2015 ihren Erstattungsanspruch gegenüber der Beklagten geltend gemacht habe. Es sei erforderlich, dass die Anmeldung von Erstattungsansprüchen beim zuständigen und letztlich erstattungspflichtigen Adressaten eingehe. Somit seien die Aufwendungen vor dem Ablauf der Frist, hier also vor Juli 2014, verfristet und könnten nicht mehr ausgeglichen werden.

21 Mit Schreiben an die Beklagte vom 16.01.2017 und Erinnerung vom 22.02.2017 bat die Klägerin die Beklagte um Mitteilung der anerkannten Unfallfolgen hinsichtlich der konkret aufgelisteten Leistungen, um eine Übersendung der Unterlagen, die die Beklagte im März 2013 von der Beigeladenen erhalten habe, und um Mitteilung, ob sich bei diesen Unterlagen auch die Anmeldung ihres Erstattungsanspruchs befunden habe.

22 Die Klägerin machte außerdem mit zwei weiteren Schreiben vom 16.01.2017 gegenüber der Beklagten die Erstattung von 13.447,82 EUR und 986,87 EUR für Aufwendungen im Zeitraum vom 03.11.2014 bis 14.09.2015 für Krankenhausbehandlungen, Hilfsmittel/Heilmittel und Fahrtkosten geltend. Darauf leistete die Beklagte an die Klägerin Zahlungen in der begehrten Höhe, insgesamt 14.434,69 EUR.

23 Die Klägerin bat die Beklagte ferner um einen Verzicht auf die Einrede der Verjährung, worauf die Beklagte ihr unter dem 12.12.2017 antwortete, dass die Bearbeitung des Falles von der Beigeladenen übernommen worden und daher eine Einrede der Verjährung nicht erforderlich sei.

24 Hinsichtlich der noch streitigen Aufwendungen i.H.v. insgesamt 134.739,84 EUR kamen die Beteiligten sodann überein, eine geplante Besprechung der Spitzenverbände auf Bundesebene zur in Streit stehenden Thematik (Anmeldung des Erstattungsanspruchs beim unzuständigen Leistungsträger) abzuwarten.

25 Am 17.07.2019 verstarb der Versicherte an einem Lungenkarzinom (Todesbescheinigung vom 18.07.2019).

26 Am 29.10.2019 erfolgte eine Besprechung zwischen den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene und des GKV-Spitzenverbandes mit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) und der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) u.a. zur Thematik des § 111 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB X) und zur Anmeldung des Erstattungsanspruchs beim unzuständigen Unfallversicherungsträger. Als Besprechungsergebnis wurde festgehalten, dass die DGUV und die SVLFG die Unfallversicherungsträger nochmals in geeigneter Weise auf die Beachtung des KV/UV-Besprechungsergebnisses vom 06.11.2012 im Zusammenhang mit Arbeitsunfällen hinweisen, wonach die einem unzuständigen Unfallversicherungsträger zugegangene Anmeldung eines Erstattungsanspruchs im Sinne des § 111 SGB X dem zuständigen Unfallversicherungsträger weiterzuleiten ist und zugleich die Krankenkasse darüber zu informieren ist, damit diese erneut und fristgerecht einen Erstattungsanspruch anmelden kann.

27 Mit E-Mail vom 06.07.2021 erklärte die Beklagte gegenüber der Klägerin ausdrücklich, bis zum 31.12.2021 auf die Einrede der Verjährung zu verzichten.

28 Am 08.12.2021 hat die Klägerin beim Sozialgericht München (SG) Klage erhoben. Sie habe gegen die Beklagte einen Anspruch auf Erstattung der Aufwendungen aufgrund des Unfalls vom 29.11.2012 des am 17.07.2019 verstorbenen Versicherten. Der Anspruch sei nicht ausgeschlossen, denn sie habe ihn mit Schreiben vom 08.02.2013 bei der Beigeladenen angemeldet. Erst im Juli 2015 habe die Beigeladene mitgeteilt, dass der Erstattungsanspruch an die Beklagte weitergeleitet worden sei, die mit Schreiben vom 03.02.2016 ihre Zuständigkeit erklärt habe. Soweit die Beklagte den Anspruch nun ablehne, widerspreche dies nicht nur den auf Bundesebene verabschiedeten Besprechungsergebnissen, sondern stelle auch ein rechtsmissbräuchliches Verhalten dar. Die erneute Anmeldung eines Erstattungsanspruchs sei allein aufgrund der fehlenden rechtzeitigen Unterrichtung über den Zuständigkeitswechsel unterblieben. Eine unzureichende Verfahrensregelung zwischen den Unfallversicherungsträgern dürfe nicht zulasten der Klägerin gehen.

29 Die Beklagte hat erwidert, es werde nicht bestritten, dass grundsätzlich ein Erstattungsanspruch bestehe. Jedoch seien die geltend gemachten Leistungen für den Zeitraum bis 24.07.2014 ausgeschlossen. Die nicht ausgeschlossenen Leistungen i.H.v. 13.447,82 EUR seien der Klägerin im

Februar 2017 erstattet worden. Sie (die Beklagte) habe keine Entscheidung über ihre Leistungspflicht getroffen. Bei bereits erbrachten Sach- oder Dienstleistungen könne der zuständige Träger keine echte Entscheidung mehr über die Leistung treffen. Die Bejahung der Zuständigkeit sei auch keine (konkludente) Entscheidung hierüber. Darin liege nämlich nicht eine Entscheidung dahingehend, Schuldner eines konkreten Leistungsanspruchs (gewesen) zu sein, sondern vielmehr eine reine Statusentscheidung. Inhalt sei daher lediglich, dass es sich um einen Arbeitsunfall gehandelt habe. Die vollständige Anmeldung eines Erstattungsanspruchs sei ihr gegenüber erst mit Schreiben vom 21.07.2015 erfolgt. Die vorher gegenüber der Beigeladenen erhobenen Erstattungsansprüche müsse sie nicht gegen sich gelten lassen. Grundsätzlich sei nämlich ein Erstattungsanspruch direkt beim erstattungspflichtigen Leistungsträger anzumelden. Sie habe es nicht zu vertreten, dass die Anmeldung sie erst am 24.07.2015 erreicht habe. Ein rechtsmissbräuchliches Verhalten liege daher gerade nicht vor.

30 Mit Urteil vom 13.03.2025 hat das SG die Beklagte verurteilt, der Klägerin Aufwendungen i.H.v. 134.739,84 EUR zu erstatten. Die Klage sei zulässig und auch begründet. Es ergebe sich ein Anspruch auf Erstattung von Sozialleistungen der Klägerin als unzuständiger Leistungsträgerin. Die Entstehung des Anspruchs sei unstreitig. Der Anspruch sei auch nicht erloschen. Dies sei der Fall, wenn der Erstattungsberechtigte ihn nicht spätestens zwölf Monate nach Ablauf des letzten Tages, für den Leistungen erbracht wurden, geltend mache. Die Frist beginne erst mit Kenntnis des erstattungsberechtigten Leistungsträgers von der Entscheidung des erstattungspflichtigen Leistungsträgers über seine Leistungspflicht. Es handle sich um eine materielle Ausschlussfrist, die von Amts wegen zu beachten sei. Auf Treu und Glauben könne sich die Klägerin zwar nicht berufen, denn die Beigeladene und nicht die Beklagte habe es versäumt, sie über die strittige Zuständigkeitsfrage rechtzeitig zu informieren. Die Ausschlussfrist sei jedoch gar nicht versäumt. Die Klägerin habe ihren Erstattungsanspruch mit Schreiben vom 08.02.2013 angemeldet. Dass dieses Schreiben nicht an die Beklagte, sondern an die Beigeladene adressiert gewesen sei, müsse die Klägerin nicht gegen sich gelten lassen. Die Geltendmachung sei nicht an eine bestimmte Form gebunden. Auch ändere ein "Schuldnerwechsel" nichts an einer einmal wirksam erfolgten Geltendmachung. Die Beigeladene habe im März 2013 der Beklagten mitgeteilt, dass sie sich nicht für zuständig halte, und ihr das Schreiben der Klägerin vom 08.02.2013 übersandt. Damit habe die Beklagte zu diesem Zeitpunkt gewusst, dass im Fall ihrer Zuständigkeit Erstattungskosten auf sie zukommen würden. Die Beklagte sei daher nicht schutzbedürftig. Dieses Ergebnis sei auch nach dem Grundsatz von Treu und Glauben angemessen. Die Klägerin habe bei dem jahrelangen Zuständigkeitsstreit keine Chance gehabt, ihren Erstattungsanspruch frühzeitig an den zuständigen Unfallversicherungsträger zu adressieren. Zudem frage sich, ob nicht in dem Zuständigkeitsanerkennnis der Beklagten gegenüber der Beigeladenen vom 03.02.2016 eine Entscheidung über die Leistungspflicht zu sehen sei.

31 Hiergegen hat die Beklagte Berufung beim Bayer. Landessozialgericht eingelegt. Die Klägerin habe den Erstattungsanspruch ihr gegenüber nicht fristgerecht geltend gemacht. Der Erstattungsanspruch sei grundsätzlich beim

erstattungspflichtigen Leistungsträger anzumelden. Es gehe zu Lasten des die Erstattung begehrenden Leistungsträgers, wenn er den erstattungspflichtigen Träger nicht ermittelt habe. Um dies zu regeln, hätten der GKV-Spitzenverband und die DGUV festgehalten, dass die einem unzuständigen Unfallversicherungsträger zugegangene Anmeldung eines Erstattungsanspruchs an den zuständigen Unfallversicherungsträger weitergeleitet und zugleich die Krankenkasse darüber informiert werde, damit sie erneut und fristgerecht einen Erstattungsanspruch anmelden könne. Vorliegend habe es die Beigeladene unterlassen, die Klägerin zu informieren. Daher habe die Anmeldung die Beklagte erst am 24.07.2015 erreicht, weshalb Leistungen vor dem 24.07.2014 von der Erstattung ausgeschlossen seien. Die Beklagte müsste sich infolge der Entscheidung des SG nun das Fehlverhalten der Beigeladenen zurechnen lassen. Zwar treffe die Klägerin keine Schuld, die Beklagte aber ebenso wenig. Trotz der Absprachen sei Voraussetzung für eine Erstattung, dass der Anspruch direkt gegenüber dem erstattungspflichtigen Leistungsträger geltend gemacht werde. Sie (die Beklagte) habe mit dem Schreiben vom 03.02.2016 keine Entscheidung über ihre Leistungspflicht getroffen, weil damit eine sachliche Entscheidung gegenüber dem leistungsberechtigten Versicherten, eine materiellrechtliche Entscheidung über die konkrete Leistungspflicht gemeint sei. Auch reiche es nicht aus, dass die Beigeladene das Schreiben der Klägerin über den Erstattungsanspruch weitergeleitet habe. Vielmehr hätte die Klägerin den Anspruch direkt gegenüber der Beklagten anmelden müssen.

32 Die Beklagte beantragt,

33 das Urteil des Sozialgerichts München vom 13.03.2025 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

34 Die Klägerin beantragt,

35 die Berufung zurückzuweisen.

36 Sie hält die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend. Die Auffassung der Beklagten lasse unberücksichtigt, dass die direkte Anmeldung des Erstattungsanspruchs bei der erstattungspflichtigen Beklagten allein aufgrund der fehlenden rechtzeitigen Unterrichtung hinsichtlich des Zuständigkeitswechsels unterblieben sei. Dieser Umstand müsse Berücksichtigung finden. Maßgeblich sei somit, dass sie einen Erstattungsanspruch gegenüber der Beigeladenen geltend gemacht habe, welche dies an die Beklagte weitergeleitet habe. Die Beklagte habe damit selbst Kenntnis von dem Erstattungsanspruch innerhalb der Jahresfrist erhalten. Auf die mit Schreiben vom 21.07.2015 geltend gemachte Erstattungsforderung i.H.v. 148.187,66 EUR habe die Beklagte 14.434,69 EUR bezahlt; offen seien damit noch 134.739,84 EUR. Hinsichtlich der Pflegeleistungen seien von der Beklagten 136,44 EUR und von der Beigeladenen 7.389,33 EUR erstattet worden.

37 Mit Beschluss vom 02.06.2025 ist die Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft zum Verfahren beigeladen worden. Die Beigeladene hat keinen Antrag gestellt, jedoch die Einrede der Verjährung erhoben. Sie hat vorgetragen, die Klägerin habe ihren Erstattungsanspruch fristgerecht gegenüber der Beklagten geltend gemacht. Mit der Zuständigkeitserklärung vom 03.02.2016 habe die Beklagte eine Entscheidung über ihre Leistungspflicht getroffen. Die Klägerin habe der

Beklagten gegenüber ihren Erstattungsanspruch mit Schreiben vom 07.06.2016 geltend gemacht und damit fristgerecht.

38 Zur Ergänzung des Tatbestands wird auf die vorgelegten Behördenakten sowie die Gerichtsakten beider Instanzen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

39 Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist auch im Übrigen zulässig (§§ 143, 144, 151, 65a des Sozialgerichtsgesetzes - SGG) und hat in der Sache Erfolg. Die erstinstanzliche Verurteilung der Beklagten ist zu Unrecht erfolgt. Die Klägerin hat nämlich keinen Anspruch auf Erstattung der geltend gemachten Kosten.

40 Streitgegenstand ist auch im Berufungsverfahren das klägerische Begehren nach Zahlung von 134.739,84 EUR als Erstattung für Aufwendungen für Heilbehandlung, Hilfsmittel/Heilmittel, Fahrtkosten und Rehabilitation an ihren mittlerweile verstorbenen Versicherten im Zeitraum vom 29.11.2012 bis 15.05.2014. Die Zahlung wird dabei allein von der Beklagten begehrt, die sich gegen ihre erstinstanzliche Verurteilung mittels Berufung wendet. Gegenüber der im Berufungsverfahren Beigeladenen hat die Klägerin nach dem in der mündlichen Verhandlung vor dem Senat gestellten Antrag - diesem ging eine konkrete Nachfrage des Senats diesbezüglich voraus - keinen Erstattungsanspruch geltend gemacht. Daher und angesichts der anwaltlichen Vertretung der Klägerin kann der Senat auch kein (hilfsweises) Begehren nach Zahlung gegenüber der Beigeladenen annehmen, welches im Zuge einer Anschlussberufung hilfsweise hätte geltend gemacht werden können (vgl. zu diesem Vorgehen: Schmidt in Meyer-Ladewig/Keller/Schmidt, SGG, 14. Aufl., § 99 Rn. 12; Roller in Berchtold, SGG, 6. Aufl., § 99 Rn. 25; Guttenberger in jurisPK-SGG, § 99, Stand: 15.06.2022, Rn. 47).

41 Einer Beiladung der Rechtsnachfolger des verstorbenen Versicherten gemäß § 75 Abs. 2 SGG bedurfte es nicht, da die Entscheidung über die Kostenerstattung keine Auswirkungen auf dessen Rechtsposition hat und die Erstattungsansprüche nach den §§ 102 ff. SGB X nicht von der Rechtsposition des Versicherten abgeleitet sind (vgl. BSG, Urteil vom 16.03.2010 - B 2 U 4/09 R - juris).

42 Die zulässige Klage hat in der Sache keinen Erfolg. Der Klägerin steht wegen der von ihr im Zeitraum vom 29.11.2012 bis 15.05.2014 getätigten Aufwendungen für Sozialleistungen an den Versicherten kein Erstattungsanspruch gegen die Beklagte zu.

43 Die von der Klägerin im vorliegenden Verfahren geltend gemachten Aufwendungen beziehen sich ausweislich ihres Schreibens an die Beklagte vom 21.07.2015 und der im Berufungsverfahren mit Schriftsatz vom 30.10.2025 noch nachgereichten Aufstellungen auf den Zeitraum vom 29.11.2012 bis zum 15.05.2014. Auf diese Leistungen ist noch keine Zahlung erfolgt, weder durch die Beklagte noch durch die Beigeladene. Das ist weder vorgetragen worden noch lässt es sich den vorgelegten Akten entnehmen. Soweit die Beklagte Erstattungen geleistet hat, bezogen sich diese ausschließlich auf Aufwendungen der Klägerin in der Zeit ab 24.07.2014. Die Beigeladene hat zwar eine Erstattung i.H.v.

7.389,33 EUR aus der Nachzahlung des mit Bescheid vom 22.05.2015 dem Versicherten bewilligten Pflegegeldes an die Klägerin bzw. deren Pflegekasse geleistet. Pflegeleistungen finden sich aber unter den Positionen nicht, deren Erstattung die Klägerin von der Beklagten im hiesigen Verfahren begehrt. Soweit die Beigeladene bereits Zahlungen für Behandlungsmaßnahmen geleistet hat, handelt es sich um andere Leistungen als die von der Klägerin geltend gemachten (siehe dazu die Aufstellung zum Schreiben der Beigeladenen vom 02.07.2015 an die Beklagte). Zusammengerechnet beläuft sich der Betrag der Aufwendungen auf die geltend gemachten 134.739,84 EUR.

44 Als Rechtsgrundlagen für den vorliegend geltend gemachten Erstattungsanspruch der Klägerin kommen § 105 Abs. 1 SGB X sowie - hinsichtlich der Aufwendungen für Rehabilitationsleistungen - § 14 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX - in der bis 31.12.2017 geltenden Fassung des Gesetzes vom 23.04.2004, BGBl. I, 606) i.V.m. § 104 Abs. 1 SGB X infrage.

45 Beide Vorschriften sehen vor, dass der zuständige oder zuständig gewesene Leistungsträger, soweit er nicht bereits selbst geleistet hat, dem Träger, der geleistet hat, dessen Aufwendungen erstattet. Maßgeblich für die Erstattungspflicht ist dabei stets, welcher Leistungsträger "an sich" zuständig gewesen wäre, wenn nicht eine "Zuständigkeitsanmaßung" vorliegt, d.h. der leistende Träger in Kenntnis seiner Unzuständigkeit die Leistungen erbracht und sich damit bewusst eine ihm nicht zustehende Zuständigkeit angemaßt hat (vgl. BSG, Urteil vom 04.04.2019 - B 8 SO 11/17 R - juris).

46 Dabei umfasst § 105 SGB X zwei Ausgangslagen, nämlich die Leistung in Unkenntnis der Zuständigkeit und die Leistung bei unklarer Rechtslage. Letztere Fälle werden dem Erstattungsanspruch nach § 102 SGB X zugeordnet, soweit vorläufige Leistungen aufgrund gesetzlicher Vorschriften erbracht werden. § 105 SGB X erfasst dagegen solche Fälle, in denen ein Leistungsträger zwar nicht in Kenntnis eigener Unzuständigkeit, wohl aber in Kenntnis ungeklärter Zuständigkeit und ungeklärter Leistungsverpflichtung leistet, um einer Benachteiligung des Berechtigten vorzubeugen, ohne durch Gesetz ausdrücklich hierzu ermächtigt zu sein (vgl. HessLSG, Urteil vom 29.03.2021 - L 3 U 140/17 - juris).

47 Ein Fall des § 102 SGB X ist demnach vorliegend in Bezug auf Leistungen der Heilbehandlung nicht gegeben, weil die Klägerin insofern nicht vorläufig Leistungen erbracht hat. Unerheblich ist, dass die Klägerin Sozialleistungen an den Versicherten nicht direkt erbracht hat, sondern dies durch ärztliche bzw. andere Leistungserbringer erfolgt ist. Sie hat an diese dafür Zahlungen erbracht, so dass die Zahlungen an die Krankenhäuser, Ärzte und sonstige Leistungserbringer der Klägerin als eigene Leistungen zuzurechnen sind (vgl. BSG, Urteil vom 29.06.2023 - B 1 KR 12/22 R - juris). Jedoch hat die Klägerin in keiner Weise zu erkennen gegeben (§ 133 des Bürgerlichen Gesetzbuches - BGB), dass die Zahlungen nur vorläufig erfolgen sollen. Dies wäre aber Voraussetzung für eine vorläufige Leistungserbringung i.S.d. Erstattungsregelung des § 102 SGB X (vgl. HessLSG, a.a.O., m.w.N.). Vielmehr liegt es hier so, dass die Klägerin zunächst in Unkenntnis ihrer Unzuständigkeit geleistet hat und zumindest ab der Anmeldung eines Kostenerstattungsanspruchs

bei der Beigeladenen mit Schreiben vom 08.02.2013 von einer ungeklärten Zuständigkeitslage ausging. Nachdem sie aber von der Beigeladenen die Auskunft erhalten hatte, dass noch geprüft werde, ob ein Arbeitsunfall vorliegt (Schreiben vom 29.05.2013), kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Klägerin positiv ihre Unzuständigkeit angenommen und dennoch Leistungen an den Versicherten erbracht hat. Dafür gibt es auch sonst keine Anhaltspunkte.

48 Ob die weiteren Voraussetzungen eines Erstattungsanspruchs nach § 105 SGB X vorliegen, kann der Senat dahin stehen lassen. Ein Anspruch gegen die Beklagte scheitert jedenfalls daran, dass er ihr gegenüber nicht rechtzeitig geltend gemacht wurde.

49 Nach § 111 Satz 1 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. Die Zwölfmonatsfrist ist nach § 26 Abs. 1 SGB X i.V.m. den §§ 187 ff. BGB zu berechnen und beginnt ab dem letzten Tag der erbrachten Leistungen bzw. in dem Fall, dass - wie hier - die Leistungen nicht selbst erbracht wurden, mit der Bewilligung bzw. Zahlung der Kosten an die Leistungserbringer (vgl. BSG, Urteil vom 29.06.2023 - B 1 KR 12/22 R, Urteil vom 16.03.2010 - B 2 U 4/09 R und Urteil vom 22.08.2000 - B 2 U 24/99 R - alle nach juris). Vorliegend macht die Klägerin Aufwendungen i.H.v. insgesamt 134.739,84 EUR für Leistungen geltend, die im Zeitraum vom 29.11.2012 bis 15.05.2014 an den Versicherten erbracht worden sind. Soweit ersichtlich, sind diese Leistungen auch zeitnah von der Klägerin an die jeweiligen Leistungserbringer gezahlt bzw. bewilligt worden. Dass Zahlungen für die genannten Leistungen erst nach dem 23.07.2014 getätigt worden sind, ist weder dargetan noch sonst ersichtlich. Somit sind alle diese Zahlungen nicht mehr rechtzeitig bei der Beklagten angemeldet worden, weil die Klägerin einen Erstattungsanspruch erstmals mit Schreiben vom 21.07.2015 bei der Beklagten geltend gemacht hat und dieses Schreiben bei der Beklagten am 24.07.2015 eingegangen ist.

50 Die Anmeldung bzw. Geltendmachung eines Erstattungsanspruchs i.S.d. § 111 Satz 1 SGB X stellt eine empfangsbedürftige Willenserklärung dar. Dabei muss der berechtigte Leistungsträger - hier die Klägerin - zum einen seine Erstattungsforderung endgültig und unmissverständlich geltend machen, so dass eine bloß vorsorgliche und unverbindliche Anmeldung nicht ausreicht. Zum anderen muss für den erstattungspflichtigen Leistungsträger - hier die Beklagte - erkennbar sein, wegen welcher Leistungen er in Anspruch genommen wird und woraus sich der Erstattungsanspruch ergeben soll. Die diesbezüglichen Anforderungen dürfen aber nicht überspannt werden, wenn die Vorschrift ihren Zweck, eine möglichst frühzeitige Klärung der bestehenden Erstattungspflichten herbeizuführen, nicht verfehlen soll. Es reicht aus, wenn der erstattungspflichtige Träger sich ein Bild über Art und Umfang der in Rede stehenden Leistungen machen kann und in die Lage versetzt wird, seine eigene Leistungszuständigkeit zu prüfen. Einer ins Einzelne gehenden Präzisierung und Aufschlüsselung der Forderung bedarf es nicht (vgl. BSG, Urteil vom 24.02.2004 - B 2 U 29/03 R und Urteil vom 22.08.2000 - B 2 U 24/99 R - alle nach juris: Mutschler in jurisPK-SGB X, § 111, Stand: 23.06.2025, Rn. 23).

51 Das Erstattungsbegehren ist dabei unmittelbar an den erstattungspflichtigen Leistungsträger zu richten. § 16 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch (SGB I), wonach ein beim unzuständigen Träger gestellter Antrag auf Sozialleistungen mit fristwahrender Wirkung weiterzuleiten ist, findet in dieser Konstellation keine Anwendung, da es sich bei einer Erstattungsforderung nicht um eine Sozialleistung i.S.d. § 11 SGB I handelt (vgl. BSG, Urteil vom 29.06.2023 - B 1 KR 12/22 R und Urteil vom 24.02.2004 - B 2 U 29/03 R - alle nach juris; Mutschler, a.a.O., § 111 Rn. 20-22). Adressat der Erklärung muss somit der erstattungspflichtige Träger sein. Es genügt nicht, wenn dieser von einem an einen anderen Träger gerichteten Erstattungsbegehren in irgendeiner Weise Kenntnis erlangt, denn die Erklärung, Erstattung zu fordern, ist dann nicht ihm gegenüber abgegeben worden.

52 Dass demnach das Schreiben der Klägerin vom 21.07.2015 die unmissverständliche Geltendmachung eines Erstattungsanspruchs i.S.d. § 111 Satz 1 SGB X bezogen auf Leistungen an den Versicherten wegen des Unfalls vom 29.11.2012 darstellt, bedarf keiner weiteren Darlegung. Angesichts der geschilderten Auslegung des § 111 Satz 1 SGB X folgt der Senat jedoch nicht der Ansicht des SG, das hier die Weiterleitung des Schreibens der Klägerin vom 08.02.2013 durch die Beigeladene an die Beklagte als ausreichend für die Geltendmachung angesehen hat. Mit dem Schreiben vom 08.02.2013, das bei der Beigeladenen im Februar 2013 eingegangen ist, hat die Klägerin zwar deutlich ihren Willen kundgetan, Erstattung ihrer Aufwendungen aus Anlass des Unfalls des Versicherten am 29.11.2012 zu fordern. Jedoch war die Anmeldung des Erstattungsanspruchs ausschließlich an die Beigeladene adressiert, so dass sie den Anforderungen des § 111 Satz 1 SGB X nicht genügte. Auch wenn die Klägerin zu diesem Zeitpunkt schon um die ungeklärte Zuständigkeit für den Arbeitsunfall wusste, lässt sich dem Schreiben vom 08.02.2013 eine Anmeldung des Erstattungsanspruchs ausschließlich gegenüber der Beigeladenen entnehmen. Da es sich um eine empfangsbedürftige Willenserklärung handelt, kann der Empfänger nicht unbestimmt gelassen werden, gleichsam im Sinn eines "wen auch immer es angeht". Eine derartige Erklärung könnte nicht als unmissverständliche und verbindliche Anmeldung i.S.d. § 111 Satz 1 SGB X angesehen werden. Die Adressierung stellt einen wesentlichen Bestandteil der Überlegung dar, ob ein Erstattungsanspruch infrage kommt und angemeldet wird und bei welchem Träger. Auch nach der Auffassung des Bundessozialgerichts (BSG - Urteil vom 29.06.2023 - B 1 KR 12/22 R - juris) geht es zu Lasten des Erstattung begehrenden Leistungsträgers, wenn es ihm nicht gelingt, den erstattungspflichtigen Leistungsträger innerhalb der einjährigen Ausschlussfrist zu ermitteln. Dies entspricht auch der Auffassung des BSG zur vorherigen Fassung des § 111 SGB X, wobei es u.a. darauf verwiesen hat, dass es sich beim Beginn der zwölfmonatigen Frist um ein leicht feststellbares Kriterium handelt (vgl. BSG, Urteil vom 28.03.2000 - B 8 KN 3/98 U R - juris). Dieser Gedanke der Rechtssicherheit und der leichten Praktikabilität kann nach Ansicht des Senats noch immer Geltung beanspruchen und entspricht gerade dem Zweck des § 111 SGB X, eine Belastung mit Erstattungsforderungen frühzeitig erkennen zu können und Unsicherheiten entgegenzuwirken.

53 Eine andere Beurteilung folgt im Übrigen - ungeachtet dessen, dass dies keine Bindungswirkung entfalten würde,

weil der Gesetzgeber den Leistungsträgern insofern keine Regelungskompetenz eingeräumt hat - auch nicht aus den von den Beteiligten vorgelegten Unterlagen zu den Besprechungen zwischen der DGUV, der SVLFG sowie dem GKV-Spitzenverband. Dort wurde lediglich als Ergebnis festgehalten, dass die einem unzuständigen Unfallversicherungsträger zugegangene Anmeldung eines Erstattungsanspruchs im Sinne des § 111 SGB X dem zuständigen Unfallversicherungsträger weiterzuleiten und zugleich die Krankenkasse darüber zu informieren ist, damit diese erneut und fristgerecht einen Erstattungsanspruch anmelden kann. Es wurde somit nicht vereinbart, dass - betreffend Arbeitsunfälle - die Anmeldung eines Erstattungsanspruchs bei einem unzuständigen Unfallversicherungsträger auch gegenüber dem zuständigen Träger wirken soll. Ohnehin ist die in § 111 SGB X normierte Ausschlussfrist von Amts wegen zu beachten (vgl. BSG, Urteil vom 18.11.2014 - B 1 KR 12/14 R - juris) und es ist den Sozialleistungsträgern auch nicht die Möglichkeit eingeräumt, hiervon abweichende Regelungen zu treffen. Insofern könnte eine Absprache zwischen den Beteiligten keine andere Rechtslage herbeiführen.

54 Im vorliegenden Fall ist die Beigeladene auch nicht als Mittelsperson der Klägerin oder der Beklagten aufgetreten. Eine Stellung der Beigeladenen als Erklärungsbotin oder Erklärungsstellvertreterin der Klägerin bzw. Empfangsbotin oder Empfangsstellvertreterin der Beklagten würde voraussetzen, dass die Beigeladene beauftragt war, eine Willenserklärung weiterzugeben (vgl. Singer/Benedict in Staudinger, BGB, § 130, Stand: 15.04.2025, Rn. 54 ff.). Dafür ist hier weder etwas vorgetragen worden noch bestehen dafür sonst Anhaltspunkte. Es lag keine Beauftragung der Beigeladenen durch die Klägerin zur Weitergabe von Willenserklärungen in Bezug auf die Geltendmachung von Erstattungsansprüchen und ebenso wenig eine Beauftragung der Beigeladenen durch die Beklagte zum Empfang solcher Erklärungen vor. Eine solche Konstellation wird auch nicht dadurch begründet, dass die Beigeladene und die Beklagte beide Unfallversicherungsträger nach dem SGB VII sind. Sie wirken nämlich zumindest hinsichtlich der Behandlung von Arbeitsunfällen nicht zusammen und nehmen nicht wechselseitig Aufgaben des jeweils anderen wahr (anders etwa für die Träger eines Jobcenters: BSG, Urteil vom 14.05.2020 - B 14 AS 28/19 R - juris). Vielmehr stand die originäre Zuständigkeit der Beigeladenen im Raum, was auch zu der vorläufigen Leistung an den Versicherten führte. Soweit überhaupt für Vereinbarungen über die Zuständigkeit und Zusammenarbeit zwischen den Unfallversicherungsträgern Raum besteht (vgl. dazu BSG, Urteil vom 17.02.2009 - B 2 U 38/96 R - juris), beziehen sich diese nicht auf die hier vorliegende Situation einer unklaren Zuständigkeit bzw. des fraglichen Vorliegens eines Arbeitsunfalls. Somit bestand keine Empfangs- oder Erklärungszuständigkeit der Beigeladenen für die Klägerin oder die Beklagte. Auch deswegen kann die Anmeldung des Erstattungsanspruchs gegenüber der Beigeladenen mit Schreiben der Klägerin vom 08.02.2013 nicht gegenüber der Beklagten wirken, so dass die Frist des § 111 Satz 1 SGB X nicht gewahrt ist. Hinsichtlich einer etwaigen Erklärungszuständigkeit für die Klägerin ist es ohnehin so, dass die Beigeladene der Beklagten das Schreiben der Klägerin vom 08.02.2013 mit der Anmeldung des Erstattungsanspruchs ohnehin noch nicht übermittelt hatte, bevor die Anmeldung im Schreiben der Klägerin vom 21.07.2015 bei der Beklagten eingegangen ist.

55 Ferner war auch keine Situation gegeben, welche derjenigen bei einem Schuldnerwechsel vergleichbar ist. Für den Fall, dass es zu einem Wechsel des Schuldners eines Erstattungsanspruchs, insbesondere im Sinn einer Funktionsnachfolge, kommt, wird angenommen, dass es keiner erneuten Geltendmachung i.S.d. § 111 Satz 1 SGB X bedarf, weil eine einheitliche Anmeldung auch für künftige Leistungen abgegeben wird bzw. keine "neue" Schuld entsteht und daher die einmal erfolgte Anmeldung fortwirkt (vgl. OVG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 26.11.2014 - OVG 9 B 59.11 - juris; Becker in Hauck/Noftz SGB X, § 111, Stand: Aug. 2022, Rn. 38a). Hier hat jedoch kein derartiger Schuldnerwechsel stattgefunden. Dass die Beigeladene zunächst in vorläufiger Zuständigkeit (§ 139 SGB VII) tätig geworden ist, bevor die Beklagte den Fall aufgrund ihrer "eigentlichen" Zuständigkeit übernommen hat, stellt eine andere Konstellation dar. Denn bei dem Wechsel von einem vorläufig tätigen zu dem originär zuständigen Träger erfolgt kein Übergang einer Schuld; vielmehr war der eigentlich zuständige Träger auch schon vor der Übernahme der Leistungserbringung an sich zuständig. Deshalb sind für einen vorläufig leistenden Träger auch spezielle Erstattungsansprüche vorgesehen (v.a. § 102 SGB X), nicht dagegen für den Fall eines Schuldnerwechsels.

56 Es fand vorliegend auch nicht wegen § 111 Satz 2 SGB X eine Verschiebung des Fristbeginns statt. § 111 Satz 2 SGB X sieht vor, dass der Lauf der Frist nach § 111 Satz 1 SGB X frühestens mit dem Zeitpunkt beginnt, zu dem der erstattungsberechtigte Leistungsträger von der Entscheidung des erstattungspflichtigen Leistungsträgers über seine Leistungspflicht Kenntnis erlangt hat. Eine den Fristbeginn hinausschiebende Kenntnisaufnahme von der Entscheidung des erstattungspflichtigen Leistungsträgers über seine Leistungspflicht kann aber nicht vorliegen, wenn der Erstattungsverpflichtete eine materiell-rechtliche Entscheidung über Leistungen, wie sie der Erstattungsbeauftragte bereits erbracht hat, überhaupt nicht mehr treffen kann und darf. Das ist in aller Regel der Fall, wenn der Versicherte die Sachleistung bereits erhalten hat und der Bedarf gedeckt wurde, so dass der Anspruch des Berechtigten gemäß § 107 SGB X als erfüllt gilt. Andernfalls würde nämlich der Zweck des § 111 Satz 1 SGB X, eine schnelle Klarstellung der Verhältnisse zu erreichen, verfehlt, weil der erstattungspflichtige Träger häufig erst entscheiden wird, wenn er von dem Erstattungsbegehren erfahren hat (vgl. HessLSG, Urteil vom 31.10.2023 - L 3 U 99/21 - juris, m.w.N.; Mutschler, a.a.O., Rn. 50). § 111 Satz 2 SGB X kann auch nicht dahingehend verstanden werden, dass bei fortdauernder Ermittlung die Ausschlussfrist nicht zu laufen beginnt oder diese jedenfalls nicht abläuft. Bereits der Wortlaut des § 111 Satz 1 SGB X, der ausdrücklich eine Geltendmachung zur Fristwahrung erfordert, steht dem entgegen (vgl. BSG, Urteil vom 29.06.2023 - B 1 KR 12/22 R, Urteil vom 28.02.2008 - B 1 KR 13/07 R - alle nach juris). Ebenso beinhaltet die Entscheidung über die Feststellung eines Versicherungsfalles und die Gewährung einer Verletztenrente keine Entscheidung über eine Leistungspflicht. Es ist nämlich zwischen der Entscheidung eines Unfallversicherungsträgers über das Vorliegen eines Versicherungsfalles nach § 7 Abs. 1 SGB VII und der Entscheidung oder gegebenenfalls den Entscheidungen über die aufgrund dieses Versicherungsfalles zu gewährende(n) Leistung(en) nach den §§ 26 ff. SGB VII, den sog. Leistungsfällen, nach der Systematik des SGB VII grundsätzlich zu unterscheiden (vgl. BSG, Urteil vom 16.03.2010

- B 2 U 4/09 R - juris; Mutschler, a.a.O., Rn. 47). Ausgehend von diesen Grundsätzen kam hier eine Entscheidung der Beklagten über ihre Zuständigkeit hinsichtlich der geforderten Erstattungsleistungen im Zeitraum ab der Anmeldung des Erstattungsanspruchs der Klägerin am 24.07.2015 nicht mehr in Betracht und wurde auch nicht getroffen. Vielmehr waren diejenigen Leistungen an den Versicherten, für welche die Klägerin die hier streitgegenständliche Erstattung fordert, bereits vollständig erbracht. Auch in dem Schreiben der Beklagten vom 03.02.2016, mit dem diese erstmals ihre Zuständigkeit - zumal gegenüber der Beigeladenen - anerkannt hat, kann somit keine Entscheidung über die Leistungspflicht i.S.d. § 111 Satz 2 SGB X gesehen werden. Ohnehin ist im Schreiben vom 03.02.2016 mit Blick auf die vorzunehmende Unterscheidung zwischen der Entscheidung über einen Versicherungsfall und eventuellen Leistungsfällen schon keine derartige Entscheidung zu sehen, da keine konkrete Leistung angesprochen wurde.

57 Angesichts dessen kann die Klägerin keine Erstattung für Aufwendungen vor dem 24.07.2024 von der Beklagten fordern. Sie hat ihren Erstattungsanspruch wegen Aufwendungen für die Behandlung des Versicherten wegen des Unfalls vom 29.11.2012 gegenüber der Beklagten erstmals mit Schreiben vom 21.07.2015 geltend gemacht. Dieses Schreiben ist bei der Beklagten am 24.07.2015 eingegangen. Damit reicht die zwölfmonatige Frist des § 111 Satz 1 SGB X bis einschließlich 24.07.2014 zurück. Davor erbrachte Aufwendungen sind nicht zu erstatten. Dies betrifft, wie dargelegt, die vorliegend streitgegenständliche Forderung i.H.v. 134.739,84 EUR. Dieser Betrag erfasst alle im Schreiben vom 21.07.2015 aufgelisteten Positionen ab Seite 2 mit Ausnahme der Leistungen für Rehabilitation (dazu noch unten). Die auf Seite 1 aufgeführten Leistungen sind dagegen der Klägerin zwischenzeitlich erstattet worden. Bei Eingang des Schreibens am 24.07.2015 waren die vorliegend geltend gemachten Aufwendungen der Klägerin bereits vollständig erbracht. Der Zeitraum der letzten Leistungen reichte bis zum 15.05.2014. Auch diese war am 24.07.2014 bereits gegenüber dem Leistungserbringer abgerechnet. Nachdem, wie oben dargelegt, im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung - diese Rechtsvorschriften sind gemäß § 105 Abs. 2 SGB X maßgeblich - zwischen den einzelnen Leistungsfällen zu differenzieren ist, kann auch kein einheitliches Leistungsgeschehen bzw. eine "Gesamtleistung" (in diese Richtung aber Mutschler, a.a.O., Rn. 44, jedoch mit einer einschränkenden zeitlichen Zäsur) bestehend aus allen wegen der Unfallfolgen an den Versicherten erbrachten Leistungen für Heilbehandlung und Heil-/ bzw. Hilfsmittel und zugehörigen Fahrtkosten angenommen werden, das zu einer zeitlich anderen Betrachtung führen könnte.

58 Hinsichtlich der von der Klägerin erbrachten Rehabilitationsleistungen ergibt sich dasselbe Ergebnis. Insofern ist der Erstattungsanspruch auf § 14 Abs. 1 und 2 SGB IX a.F. i.V.m. § 104 Abs. 1 SGB X zu stützen. Die Regelungen des § 14 Abs. 1 und 2 SGB IX a.F. begründen für das Erstattungsverhältnis zwischen den Leistungsträgern eine nachrangige Zuständigkeit des erstangegangenen Trägers, wenn er nach den Zuständigkeitsregelungen außerhalb von § 14 SGB IX unzuständig, ein anderer Träger aber zuständig gewesen wäre. Dies ermöglicht es, dass der erstangegangene Rehabilitationsträger im Rahmen eines Erstattungsstreits sich die Kosten der Rehabilitationsmaßnahme nach § 104 Abs. 1

SGB X vom vorrangig zuständigen Rehabilitationsträger erstatten lässt (vgl. BSG, Urteil vom 23.06.2023 - B 1 KR 23/22 R und Urteil vom 04.04.2019 - B 8 SO 11/17 R - alle nach juris). Die Klägerin hat, wie ihre Forderungsaufstellung im Schreiben vom 21.07.2015 und ebenso die im Berufungsverfahren mit Schriftsatz vom 30.10.2025 nachgereichte Zusammenstellung zeigen, an den Versicherten auch Rehabilitationsleistungen i.S.d. § 4 Abs. 1 SGB IX erbracht, nämlich in Form der stationären neurologischen Rehabilitationsmaßnahme im M Reha-Zentrum Bad O vom 19.03. bis 09.04.2013 (hierfür fielen Kosten i.H.v. 2.917,32 EUR sowie 28,80 EUR Fahrtkosten abzüglich eines Eigenanteils von 220 EUR an) und in Form der ambulanten neurologischen Rehabilitation vom 25.06. bis 12.08.2013 und vom 19.08. bis 30.09.2013 im ANR A (hierfür wurden 1.371 EUR sowie 914 EUR abzüglich eines Eigenanteils von 235 EUR aufgewandt). Bei beiden Maßnahmen stand der von § 4 Abs. 1 Nr. 1, § 42 SGB IX genannte Zweck des Behinderungsausgleichs und der Teilhabe am täglichen Leben im Vordergrund, nicht jedoch die Beeinflussung einer Krankheit (vgl. zur Abgrenzung: BSG, Urteil vom 15.03.2018 - B 3 KR 18/17 R - juris).

59 Eine Erstattung dieser Rehabilitationsleistungen scheidet hier zwar nicht schon deswegen aus, weil sich die Klägerin durch die Nichtweiterleitung die Zuständigkeit angemaßt hat. Der Senat geht - wie dargelegt - davon aus, dass die Klägerin im Jahr 2013 noch von einer ungeklärten Zuständigkeit ausging, auch wenn seitens der Klägerin in der mündlichen Verhandlung vor dem Senat ein Grund für die unterbliebene Weiterleitung nicht genannt werden konnte. Doch hatte die Beigeladene die Klägerin damals noch dahin unterrichtet, dass die Klärung, ob es sich um einen Arbeitsunfall handelt, andauere (Schreiben vom 29.05.2013).

60 Allerdings fehlt es hinsichtlich der Aufwendungen für Rehabilitationsleistungen ebenfalls an der rechtzeitigen Geltendmachung der Forderung. Auch auf Erstattungsansprüche nach § 14 SGB IX ist § 111 SGB X anwendbar (vgl. BSG, Urteil vom 04.04.2019 - B 8 SO 11/17 R - juris). Daher steht einem Erstattungsanspruch der Klägerin gegen die Beklagte auch insofern die fehlende rechtzeitige Geltendmachung i.S.d. § 111 Satz 1 SGB X entgegen; dazu kann auf die oben Ausführungen verwiesen werden.

61 Es bestand betreffen die Rehabilitationsleistungen ebenso wenig ein einheitliches Leistungsgeschehen (vgl. dazu BSG, Urteil vom 19.05.2022 - B 8 SO 9/20 R - juris; Mutschler, a.a.O., Rn. 43), das über den 23.07.2014 hinaus andauerte. Aus den zeitlich nachfolgend erbrachten Leistungen der Klägerin und der Beigeladenen (Bescheide vom 05.03.2015 und 22.05.2015) ergibt sich dies nicht, denn es wurden die in den o.g. neurologischen Rehabilitationsmaßnahmen adressierten Bedarfe später nicht weiter gedeckt. Selbst wenn man die genannten stationären und ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen als einheitliches Leistungsgeschehen betrachtete, war dieses daher mit Ende der zweiten Maßnahme und deren Abrechnung, spätestens also bis Ende des Jahres 2013, abgeschlossen und die Leistungen waren von der Klägerin erbracht. Damit unterfallen auch diese Leistungen der Ausschlussfrist des § 111 Satz 1 SGB X, da die Anmeldung der Erstattungsforderung gegenüber der Beklagten erst mit dem Schreiben vom 21.07.2015 erfolgt ist.

62 Ebenso scheidet ein Anspruch auf Erstattung aus öffentlich-rechtlicher Geschäftsführung ohne Auftrag in entsprechender Anwendung der §§ 683 ff. BGB (vgl. dazu BSG, Urteil vom 29.06.2023 - B 1 KR 12/22 R - juris) aus. Ungeachtet dessen, dass schon fraglich ist, ob diese Regelungen neben den gesetzlich kodifizierten Erstattungsansprüchen der §§ 102 ff. SGB X überhaupt Anwendung finden können, fehlt es an der Grundvoraussetzung des Fremdgeschäftsführungswillens. Wiewohl die Klägerin mit Schreiben vom 08.02.2013 bei der Beigeladenen einen Erstattungsanspruch angemeldet hatte, war unklar, ob überhaupt Versicherungsschutz in der gesetzlichen Unfallversicherung bestand, mithin ein Arbeitsunfall, vorliegt. Der Senat sieht daher nicht, dass die Klägerin mit den von ihr erbrachten Leistungen auch ein fremdes Geschäft führen wollte, sie also auch für den zuständigen Unfallversicherungsträger tätig werden wollte. Umstände dafür, dass ein Fremdgeschäftsführungswille nach außen hin kundgetan wurde, sind nämlich nicht erkennbar. Das zeigt sich auch an der fehlenden Weiterleitung der Anträge auf Rehabilitationsleistungen. Darüber hinaus könnte sich ein entsprechender Wille der Klägerin bei der Leistungserbringung im hier streitigen Zeitraum auch nur auf die Beigeladene bezogen haben, nicht aber auf die Beklagte, denn von deren Zuständigkeit hat die Klägerin erst im Juli 2015 durch das Schreiben der Beigeladenen vom 02.07.2015, mit dem sie die Klägerin an den "zuständigen Unfallversicherungsträger" verwiesen hat, erfahren.

63 Auch ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch kommt vorliegend nicht zum Tragen. Dieser wird aus den allgemeinen Grundsätzen des Verwaltungsrechts, insbesondere der Gesetzmäßigkeit der Verwaltung hergeleitet, und setzt voraus, dass im Rahmen eines öffentlichen Rechtsverhältnisses Leistungen ohne rechtlichen Grund erbracht oder sonst rechtsgrundlose Vermögensverschiebungen vorgenommen werden. Dabei ist aber zu beachten, dass grundsätzlich nur vom Empfänger die Herausgabe des rechtsgrundlos Erlangten verlangt werden kann, nicht aber von einem Dritten wegen der Bereicherung in sonstiger Weise (vgl. BSG, Urteil vom 29.06.2023 - B 1 KR 12/22 R - juris). Die Klägerin hat ihre Leistungen jedoch weder an die Beklagte noch an die Beigeladene, sondern an die tätig gewordenen Leistungserbringer erbracht, so dass schon eine Vermögensverschiebung zugunsten der Beklagten nicht gegeben ist.

64 Eine Korrektur dieses Ergebnisses mit der Folge einer Unbeachtlichkeit des Fristablaufs (vgl. BSG, Urteil vom 15.12.2015 - B 1 KR 14/15 R - juris) ist nicht unter dem Gesichtspunkt von Treu und Glauben geboten. Das in § 242 BGB verankerte Institut von Treu und Glauben findet - in verschiedenen Ausprägungen - auch im Rahmen öffentlich-rechtlicher Erstattungsbegehren Anwendung (vgl. BSG, Urteil vom 13.11.2012 - B 1 KR 24/11 R - juris). Es setzt voraus, dass bei dem Betroffenen, hier der Klägerin, durch besondere Umstände ein schutzwürdiges Vertrauen auf eine bestimmte Folge bzw. ein bestimmtes Tun oder Unterlassen entstanden ist. Das wird bezogen auf Kostenerstattungsbegehren insbesondere dann in Betracht gezogen, wenn der Erstattungsberechtigte vorsätzlich davon abgehalten wurde, seinen Anspruch rechtzeitig geltend zu machen (vgl. Mutschler, a.a.O., Rn. 65) bzw. schwere Verstöße gegen die Pflicht der Sozialleistungsträger zur engen Zusammenarbeit (§ 86

SGB X) gegeben sind (vgl. BSG, Urteil vom 15.12.2015 - B 1 KR 14/15 R - juris). Ein derartiges Verhalten der Beklagten liegt hier nicht vor. Die Beklagte war von der Klägerin erstmals im Juli 2015 mit dem Schreiben vom 21.07.2015 direkt angesprochen worden. Die Beklagte hatte zuvor nichts unternommen, um die Klägerin von einer Anmeldung eines Erstattungsanspruchs ihr gegenüber abzuhalten. Das kann auch nicht im bloßen Nichtstun gesehen werden, denn die Beklagte war nicht verpflichtet, die Klägerin aktiv auf einen etwaigen Erstattungsanspruch hinzuweisen. Insoweit bestanden keine den §§ 13 ff. SGB I vergleichbaren Aufklärungs- und Beratungspflichten. Mangels eines sonstigen besonderen Verhältnisses zwischen der Beklagten und der Klägerin ergaben sich solche Pflichten auch sonst nicht. Insbesondere war dies auch nach dem Besprechungsergebnissen auf Bundesebene zwischen der DGUV, der SVLFG und dem GKV-Spitzenverband nicht von der Beklagten verlangt. Damit liegt ein grob rechtswidriges Verhalten der Beklagten, das als ein Verstoß gegen die Pflicht aus § 86 SGB X zur engen Zusammenarbeit anzusehen wäre, nicht vor. Ohnehin konnte der Senat nicht feststellen, dass die Beklagte bereits vor dem Zugang des Erstattungsbegehrens der Klägerin am 24.07.2015 davon wusste, dass die Klägerin und nicht nur die Beigeladene Leistungen an den Versicherten erbracht hatte, die zu erstatten sein könnten.

65 Ob ein für die Anwendung von § 242 BGB infrage kommendes Verhalten auf Seiten der Beigeladenen gegeben ist, kann dahinstehen. Zwar hat diese die Klägerin erst mit Schreiben vom 02.07.2015 darüber informiert, dass der Erstattungsanspruch an den zuständigen Unfallversicherungsträger weitergeleitet wurde, und die Klägerin gebeten, sich dorthin zu wenden. Dies geschah offenbar vor dem Hintergrund, dass die Beigeladene erst das endgültige Ergebnis der Zuständigkeitsklärung abwarten wollte. Auch die Beigeladene war aber nicht verpflichtet, die Klägerin vorab darüber zu informieren. Die Problematik bei Unfällen wie demjenigen des Versicherten vom 29.11.2012, ob es sich um einen der gesetzlichen Unfallversicherung unterfallenden Versicherungsfall handelt und welcher Unfallversicherungsträger zuständig ist, musste der Klägerin bekannt sein. So hat sie selbst Ermittlungen zu den Umständen des Unfalls bzw. des Tätigwerdens des Versicherten auf der Baustelle angestellt, wie der Vermerk vom 17.12.2012 zeigt. Zudem ist seitens der Klägerin in der mündlichen Verhandlung vor dem Senat eingeräumt worden, dass es in Fällen von "Eigenbauvorhaben" häufig Zuständigkeitskonflikte bzw. -fragen auf Seiten der Unfallversicherungsträger gegeben hat. Daher ist schon nicht anzunehmen, dass der Beigeladenen eine grobe Pflichtverletzung in Bezug auf die Zusammenarbeit mit der Klägerin anzulasten ist. Jedenfalls aber wäre eine solche nicht der Beklagten zuzurechnen, denn die Beigeladene wurde hier nicht für die Beklagte tätig oder wirkte mit dieser bei der Wahrnehmung von Aufgaben gegenüber den Versicherten oder den Krankenkassen zusammen, wie schon dargelegt.

66 Ferner ist die oben angeführte Überlegung zu berücksichtigen, dass der Lauf der Ausschlussfrist des § 111 Satz 1 SGB X ein leicht feststellbares Kriterium darstellt. Es wäre auch der Klägerin ein Leichtes gewesen, bei der

Beigeladenen nachzufragen bzw. in Kenntnis der häufig auftretenden Zuständigkeitsfragen bei Bauvorhaben zu erwägen, ob noch ein anderer Unfallversicherungsträger als leistungspflichtig in Betracht kommt, und diesem gegenüber fristgerecht einen Erstattungsanspruch geltend zu machen. Damit ist kein unzumutbarer Aufwand, zumal für einen so großen Sozialleistungsträger wie die Klägerin, verbunden.

67 Dahin stehen kann die Frage nach einem Erstattungsanspruch gegenüber der Beigeladenen, denn dieser gegenüber macht die Klägerin keine Kostenerstattung geltend.

68 Die Berufung der Beklagten hat somit Erfolg und führt zur Aufhebung der erstinstanzlichen Verurteilung und zur Abweisung der Klage.

69 Die Kostenentscheidung folgt aus § 197a SGG i.V.m. § 155 Abs. 1 und § 162 Abs. 3 der Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO) und folgt dem Ausgang in der Sache. Die Beigeladene hat sich mangels Antragstellung nicht am Kostenrisiko beteiligt, so dass eine Kostenauflegung wie auch eine Erstattung ihrer außergerichtlichen Kosten nicht billig erscheint.

70 Gründe für die Zulassung der Revision (§ 160 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGG) liegen nicht vor. Aus Sicht des Senats liegt zu den hier im Streit stehenden Rechtsfragen ausreichend höchstrichterliche Rechtsprechung vor. Namentlich betrifft dies die Frage, welchem Träger gegenüber ein Erstattungsanspruch gemäß § 111 Satz 1 SGB X anzumelden ist und wann der Lauf der Frist beginnt bzw. wann § 111 Satz 2 SGB X zum Tragen kommt (dazu: BSG, Urteil vom 29.06.2023 - B 1 KR 12/22 R und Urteil vom 16.03.2010 - B 2 U 4/09 R - beide nach juris).

71 Die Streitwertfestsetzung beruht auf § 197a SGG i.V.m. § 63 Abs. 2 des Gerichtskostengesetzes (GKG). Als Streitwert ist der von der Klägerin als Erstattung geforderte Betrag i.H.v. 134.739,84 EUR festzusetzen (§ 52 Abs. 1 und 3 GKG).

Rechtsprechung

Keine Anwendung der Ausschlussfrist von § 111 S. 1 SGB X auf die Verwaltungsvereinbarung Generalauftrag

LSG Sachsen, Urt. v. 15.04.2025 - L 5 U 76/22

Leitsatz (der UVR):

Normzweck des § 91 SGB X ist, dass der Beauftragte durch die Ausführung des Auftrages keine wirtschaftlichen Nachteile erleidet. Diesem Zweck würde die Anwendung der Ausschlussfrist nach § 111 S. 1 SGB X auf Vereinbarungen nach § 189 SGB VII entgegenstehen.

Verfahrenshinweise:

Bestätigung des Urteils des SG Dresden vom 19.05.2022 - S 39 U 192/19

Die Entscheidung des LSG ist rechtskräftig.

Relevante Normen:

§§ 91, 111 SGB X; Verwaltungsvereinbarung Generalauftrag

UVR-Zusammenfassung

1. Streitgegenständig ist die **Erstattung von Kinderpflege-Verletztengeld** in einem Auftragsverhältnis zwischen der klagenden gesetzlichen Krankenkasse und dem beklagten Unfallversicherungsträger.

Auf der Grundlage der **Verwaltungsvereinbarung Generalauftrag Verletztengeld** (vom Gericht abgekürzt und hier zur Vereinheitlichung übernommen: VV GV)¹ erbrachte die Krankenkasse wegen Erkrankung des Kindes aufgrund eines Arbeitsunfalles des Kindes am 22.06.2017 Kinderpflege-Verletztengeld für die Zeit vom 22.06.-23.06.2017 in Höhe von insgesamt 234,19 €. Die Krankenkasse zahlte den Betrag am 05.09.2018 aus und rechnete die Auszahlung mit dem Unfallversicherungsträger am 05.09.2018 ab.

Der Unfallversicherungsträger lehnte die Zahlung unter Verweis auf § 111 S. 1 SGB X ab. Dort heißt es: „Der Anspruch auf Erstattung ist ausgeschlossen, wenn der Erstattungsberechtigte ihn nicht spätestens zwölf Monate nach Ablauf des letzten Tages, für den die Leistung erbracht wurde, geltend macht.“

Die Krankenkasse erhob Klage beim SG Dresden, das mit Urteil vom 19. Mai 2022 den Unfallversicherungsträger verurteilte, an die Klägerin 234,19 € zu zahlen. Die vom Unfallversicherungsträger eingelegte Berufung beim LSG Sachsen hatte **keinen Erfolg**: Das angefochtene Urteil des SG Dresden sei nicht zu beanstanden.

2. Rechtsgrundlage für den Klageanspruch sei § 91 Abs. 1 und 2 S. 1 SGB X i.V.m. VV GV.

Nach § 189 SGB VII können Unfallversicherungsträger Krankenkassen beauftragen, die ihnen obliegenden Geldleistungen zu erbringen. Für das Verletztengeld wurden die Einzelheiten in der VV GV geregelt.²

Nach § 91 Abs. 1 SGB X ist ein Auftraggeber, für den ein Beauftragter Sozialleistungen erbringt, **zur Erstattung verpflichtet**.

Die sachlichen Voraussetzungen für die Entstehung des Anspruchs auf Zahlung von 234,19 € seien hier von der Krankenkasse erfüllt: Die Krankenkasse habe an ihre Versicherte aufgrund einer ärztlichen Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung des Kindes Kinderpflege-Verletztengeld (§ 45 Abs. 4 SGB VII i.V.m. entsprechender Anwendung von § 45 SGB V) erbracht. Über die Höhe des Erstattungsanspruches bestände zwischen den Beteiligten auch kein Streit. Sachliche Fehler seien ebenso nicht zu erkennen.

3. Entgegen der Rechtsauffassung des Unfallversicherungsträgers kam das LSG Sachsen zum Ergebnis, dass der **Zahlungsanspruch nicht nach § 111 S. 1 SGB X erloschen** ist. **Diese Norm sei im hier zu Grunde liegenden Auftragsverhältnis nach § 91 SGB X nicht anwendbar.**

Nach § 111 S. 1 SGB X ist der Anspruch auf Erstattung ausgeschlossen, wenn der Erstattungsberechtigte ihn nicht spätestens zwölf Monate nach Ablauf des letzten Tages, für den die Leistung erbracht wurde (nicht die tatsächliche Zahlung), 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 hat (Satz 2 der Norm). Demnach wäre aufgrund des

¹ https://www.gkv-datenaustausch.de/media/dokumente/arbeitgeber/eel/gem_rs_kg/Verwaltungsvereinbarung_Generalauftrag.pdf

² Ergänzend gibt es noch für das Verletztengeld (und auch für das Übergangsgeld) die Verwaltungsvereinbarung Einzelauftrag sowie eine eigene Verwaltungsvereinbarung Beiträge.

Leistungszeitraums 22.-23.06.2017 das Erstattungsbegehren vom 28.09.2018 ausgeschlossen.

Denn: § 111 Satz 1 SGB X ist nach Auffassung des LSG Sachsen weder nach dem Wortlaut der einschlägigen Bestimmungen noch nach dem Sinn und Zweck des Regelungskonzepts und dem Regelungssystem auf den Aufwendungsersatzanspruch nach § 91 SGB X anwendbar. Die Entwicklungsgeschichte gäbe keine weiteren Erkenntnisse.

a) Der Wortlaut des § 91 SGB X spräche gegen die Anwendbarkeit des § 111 SGB X.

Ausschlussfristen oder Verjährung seien weder in § 91 SGB X geregelt, noch in diesem Zusammenhang in der Gesetzesbegründung (BT-Drs. 9/95 S. 19 zu § 92 SGB X-Entwurf) angesprochen. Auf die Regelung des § 111 SGB X würde nicht verwiesen.

b) Das gesetzliche Regelungssystem spräche gegen eine Anwendbarkeit des § 111 SGB X im Rahmen des § 91 SGB X.

Bei den §§ 102 ff. SGB X und den §§ 87 ff. SGB X sei jeweils **von geschlossenen Systemen** auszugehen, deren Normen nur **mit entsprechender ausdrücklicher Verweisung** gegenseitig anwendbar seien.

Erster und Zweiter Abschnitt würden indes **nicht aufeinander verweisen**, obwohl beide Regelungen zum Ausgleich von Aufwendungen enthielten.

Im Fall des Auftragsverhältnisses nach § 189 SGB VII bestünde eine **gänzlich andere Situation** als in den Fällen der §§ 102 ff. SGB X. Die Ausgleichspflicht nach § 91 SGB X beruhe auf einem die Aufwendung **legitimierenden Rechtsgrund, dem Auftrag**. Für solche gewillkürte bzw. fakultative Aufträge böte § 189 SGB VII die Rechtsgrundlage. Hier würde es **nicht einer gesetzlichen Vollregelung** zum Ausgleich wie dem Erstattungsrecht aus den §§ 102 ff. SGB X bedürfen.

Aus dem Vorhandensein von Regelungen in einem System und dem Fehlen im anderen System könne nicht ohne Weiteres darauf geschlossen werden, dass solche Regelungen nötig wären und in der konkreten Ausgestaltung übernommen werden müssten.

Insbesondere überzeuge nicht, dass ohne konkrete Regelung Teile eines Regelungssystems übernommen werden sollten, andere hingegen nicht. Dies gelte insbesondere für die Ausschlussfrist des § 111 SGB X. Das LSG verweist darauf, dass in der Literatur eine andere Rechtsauffassung vertreten wird.³

c) Ferner zeigten Sinn und Zweck des § 91 SGB X, dass § 111 SGB X auf Ansprüche auf Aufwendungsersatz aus dieser Norm nicht anwendbar sei.

Normzweck der §§ 88 ff. SGB X sei die Ermöglichung der Leistungserbringung im Auftrag und daraus folgend mit § 91 SGB X die Sicherstellung, dass der Beauftragte durch die Ausführung des Auftrages **keine wirtschaftlichen Nachteile erleide** mit der ausdrücklichen Möglichkeit von Vereinbarungen in § 91 Abs. 4 SGB X. **Dem genannten primären Zweck würde eine generelle Ausschlussfrist gerade entgegenstehen.**

Auch der Zweck des § 111 S. 1 SGB X stünde dem in einem Auftragsverhältnis nicht entgegen. Zweck der Ausschlussfrist des § 111 S. 1 SGB X sei es, möglichst **rasch klare Verhältnisse** darüber zu schaffen, ob eine Erstattungspflicht bestünde.

Dieser Regelungszweck habe besonderes Gewicht in Rechtsverhältnissen, in denen der Gesetzgeber die Anwendung der Ausschlussfrist ausdrücklich vorsähe oder in denen aufgrund gegenseitiger Erwartung von Erstattungsansprüchen der jeweils betroffenen Träger eine Pauschalierung der Abgeltung gegenseitiger Erstattungsansprüche möglich sei.

Nur solche Rechtsverhältnisse rechtfertigten eine zurückhaltende Handhabung der Erstattungsansprüche. Pauschalierende Regelungen von wechselseitig bestehenden Erstattungsansprüchen kämen hier zwar in Betracht. Jedoch sei im Auftragsverhältnis nach §§ 88 ff. SGB X die Pauschalierung der Abgeltung lediglich disponibel (§ 91 Abs. 4 SGB X). Es bedürfte hier also zur Verfolgung des Zwecks des § 111 SGB X **nicht einer gesetzlichen Regelung**, weil den **Beteiligten die Regelung ihrer Beziehung gerade selbst überlassen** sei.

d) Aus diesen Gründen und insbesondere der Möglichkeit der Beteiligten zur Regelung der Rechtsverhältnisse durch Verwaltungsvereinbarung sei § 111 SGB X **auch nicht analog** anzuwenden. Es mangle an einer Regelungslücke.

e) Der Aufwendungsersatzanspruch der Krankenkasse sei auch nicht aus einem anderen Grund erloschen, insbesondere **nicht verwirkt**. Die Verwirkung setze als Unterfall der unzulässigen Rechtsausübung voraus, dass der Berechtigte die Ausübung seines Rechts während eines längeren Zeitraums unterlassen habe und weitere besondere Umstände hinzuträten, die nach den Besonderheiten des Einzelfalls und des in Betracht kommenden Rechtsgebietes das verspätete Geltendmachen des Rechts nach Treu und Glauben dem Verpflichteten gegenüber als illoyal erscheinen lasse. Ein solches besonderes, Vertrauensschutz des Unfallversicherungsträgers begründendes Verhalten der Krankenkasse sei hier nicht erkennbar. Die Krankenkasse wäre gegenüber dem Unfallversicherungsträger gerade überhaupt nicht in Erscheinung getreten.

Auch allein der Umstand, dass die Krankenkasse ihren Anspruch gegenüber dem Unfallversicherungsträger erst über ein Jahr nach Feststellung der Notwendigkeit der Betreuung vom 23.06.2017 am 28.09.2018 geltend machte, rechtfertige keine andere Entscheidung, gerade weil § 111 SGB X nicht

³ Vgl. *Mutschler* in: jurisPK-SGB X, § 111 SGB X Rn. 12: „Fehlt es an einer abweichenden Vereinbarung, sind auf die Erstattungsansprüche nach § 91 SGB X die §§ 111-113 SGB X entsprechend anwendbar.“

anwendbar sei. Ferner folge der Erstattungsanspruch der gesetzlichen Verpflichtung des Unfallversicherungsträgers.

Die Klage sei daher nach Grund und Höhe begründet.

Gründe für die Zulassung der Revision nach § 160 Abs. 2 SGG lägen nicht vor.

Entscheidung

I. Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 19. Mai 2022 wird zurückgewiesen.

II. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens.

III. Der Streitwert wird auf 234,19 € festgesetzt.

IV. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand

01 Die Beteiligten stehen in Streit über die Erstattung von Kinderpflege-Verletztengeld in einem Auftragsverhältnis.

02 Die Berufungsbeklagte und Klägerin - eine gesetzliche Krankenkasse - erbrachte auf der Grundlage der Verwaltungsvereinbarung Generalauftrag Verletztengeld (VV GV) als zuständige Krankenversicherungsträgerin an ihre Versicherte bei Erkrankung deren Kindes (geb. 2009) aufgrund eines Arbeitsunfalles vom 22. Juni 2017 Kinderpflege-Verletztengeld für die Zeit vom 22. Juni 2017 bis zum 23. Juni 2017. Die Auszahlung an die Versicherte erfolgte am 5. September 2018.

03 Diese Leistung rechnete die Klägerin am 28. September 2018 gegenüber der Unfallkasse (Beklagte und Berufungsklägerin) als zuständiger Trägerin der gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) in Höhe von insgesamt 234,19 € (zusammengesetzt aus Kinderpflege-Verletztengeld 92,88 €, RV-Beitrag 16,92 €, AF-Beitrag 2,70 €, Verwaltungskosten 1,69 €, Grundbeiträge insgesamt 120,00 €) ab.

04 Mit Schreiben vom 16. Oktober 2018 lehnte die Beklagte die Zahlung unter Verweis auf das Verstreichen der zwölfmonatigen Ausschlussfrist des § 111 Satz 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) ab.

05 Am 3. September 2019 hat die Klägerin zum Sozialgericht Dresden (SG) Klage erhoben.

06 Mit Urteil vom 19. Mai 2022 hat das SG die Beklagte verurteilt, an die Klägerin 234,19 € zu zahlen. Der von der Klägerin geltend gemachte Anspruch sei insbesondere nicht durch Ablauf der Ausschlussfrist nach § 111 Satz 1 SGB X ausgeschlossen. Im Ausgangspunkt gelte die kurze Ausschlussfrist in § 111 SGB X wegen § 37 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) grundsätzlich auch für andere, in den besonderen Teilen des SGB geregelte Erstattungsansprüche, soweit keine spezialgesetzlichen Sonderregelungen bestehen. Die Vorschrift des § 111 SGB X sei aber auf Auftragsverhältnisse i.S.v. §§ 88, 91 SGB X weder direkt noch entsprechend anwendbar. Die teils differenzierten

Regelungen der VV GV enthielten zur kurzen Ausschlussfrist in Bezug auf das Erstattungsverhältnis keine Regelung.

07 Gegen die Geltung von § 111 SGB X für Auftragsverhältnisse sprächen systematische Gesichtspunkte. Aus § 37 Satz 1 SGB I ergebe sich nichts Weiterführendes, weil das allgemeine Anwendungsgebot nichts über das materielle Regelungsverhältnis innerhalb der vorgenannten Regelungen des SGB X sage. Sinn und Zweck der einschlägigen Regelungen sprächen gegen die Anwendbarkeit der kurzen Ausschlussfrist des § 111 SGB X auf Auftragsverhältnisse i.S.d. §§ 88, 91 SGB X. Die Regelwerke der VV GV i.V.m. § 189 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII), §§ 88, 91 SGB X einerseits und der Erstattungsansprüche nach den §§ 102 ff. SGB X andererseits seien inhaltlich schon nicht zu vergleichen. Es bestehe kein stichhaltiger Grund für die Anwendung von § 111 SGB X in - vereinbarten oder gesetzlichen (§ 93 SGB X) - Auftragsverhältnissen. Auftragsverhältnisse bedürften der einjährigen Ausschlussfrist nicht, sondern es könne für sie bei der regelmäßigen Verjährungsfrist von 4 Jahren bleiben, da gleichermaßen ein Interesse der Beteiligten an rechtzeitiger Abrechnung erbrachter Leistungen bestehe. Das gelte auch vorliegend. Die Beklagte als erstattungspflichtige UV-Trägerin müsse stets und grundsätzlich mit Erstattungsansprüchen der Krankenkassen aus Versicherungsfällen in der GUV rechnen. Grundsätzlich anders sei die Sachlage bei Erstattungsansprüchen nach den §§ 102 ff. SGB X. Solche Erstattungsansprüche seien nicht regelhaft zwischen bestimmten Leistungsträgern zu erwarten, weshalb demjenigen, der auf Erstattung in Anspruch genommen wird, ein besonderes Interesse daran zukommen wird, möglichst bald Klarheit über solche Ansprüche zu erreichen. Diese Gesichtspunkte würden nicht vergleichbar für die Dauerrechtsbeziehung zwischen Krankenkassen und UV-Trägern gelten. Anderweitige rechtsvernichtende oder hemmende Einwendungen seien weder geltend gemacht noch erkennbar einschlägig.

08 Am 15. Juni 2022 hat die Beklagte Berufung eingelegt. Die Auffassung des SG überzeuge nicht. Die Rechtsprechung u.a. des Bundessozialgerichts (BSG) betreffe nur das gesetzliche Auftragsverhältnis nach § 264 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V). Das Fehlen einer Regelung zum Ausschluss des § 111 SGB X in der VV GV könne keine Begründung für dessen Nichtanwendbarkeit sein, da es einer solchen Regelung nur bedürfe, wenn § 111 SGB X überhaupt auf das Auftragsverhältnis anwendbar sei. Sei die Regelung bereits gesetzlich nicht anwendbar, bedürfe es keiner Regelung zum Ausschluss in der VV GV. Allein die Zuweisung zu unterschiedlichen Abschnitten eines Kapitels innerhalb des SGB X führe nicht dazu, dass eine Wechselwirkung zwischen den Abschnitten ausgeschlossen ist. Die Gesetzes-systematik und Aufteilung sei nicht einziger Bestandteil der Auslegung der Norm. Auch sei die Systematik nicht so eindeutig, was der fortdauernde Meinungsstreit zeige. § 37 SGB I führe zur Anwendung von § 111 SGB X auf die VV GV. § 91 Abs. 1 SGB X entspringe nicht „aus den übrigen Büchern“ und der Gesetzgeber sei bei der Schaffung des § 91 SGB X davon ausgegangen, dass die §§ 106 ff. SGB X im Rahmen des Auftrags gelten. Im Auftragsverhältnis nach § 189 SGB VII seien Beauftragter und Auftraggeber immer zugleich Leistungsträger. Diese Besonderheit sei bei der Anwendung der §§ 88 ff. SGB X zu berücksichtigen. Hinsichtlich des Zwecks der VV Generalauftrag und in Bezug auf die

Erstattungsansprüche, mit denen ein Unfallversicherungsträger (oder auch ein Krankenversicherungsträger) zu rechnen hat, überzeugten die Vorstellungen des SG nicht: Bei der VV GV handle es sich um ein spezielles Auftragsverhältnis, das ausschließlich die gesetzliche Unfallversicherung und Krankenversicherung betreffe. Ziel der VV GV sei es, durch die Beauftragung die Auszahlung von Verletztengeld zu vereinfachen und zu beschleunigen. Ohne die VV GV sei die Leistung im üblichen Erstattungssystem der Träger gern. § 105 SGB X abzurechnen. Es handle sich dabei um eine von vielen Leistungen, die einen Erstattungsanspruch nach § 105 SGB X begründen könnten. Sowohl die gesetzliche Krankenversicherung als auch die gesetzliche Unfallversicherung sähen vor, dass die Versicherten sich unmittelbar an Leistungserbringer wenden können, um Sozialleistungen zu erhalten. Aufgrund § 107 SGB X wirkten sich die Unterschiede im Systemzugang (D-Arzt oder Vorlage der elektronischen Gesundheitskarte) bei Erstattungsansprüchen nicht aus. Der Fokus liege auf der zeitnahen Leistung an die Versicherten. Die VV GV greife diese Grundkonstellation auf, der Leistungsempfänger müsse immer Mitglied der Beauftragten sein. Im Rahmen der Entscheidungen zu § 264 SGB V sei die Situation umgekehrt, weil hier Leistungen an Personen erbracht werden, die gerade keine Mitglieder der Krankenkasse sein dürfen, weshalb die (endgültige) Unzuständigkeit der Erstattungsberechtigten Anspruchsvoraussetzung für die Auftragsleistung sei, was der üblichen Situation des § 111 SGB X widerspreche. Die Frage, zu wessen Lasten eine Leistung zunächst erbracht wird, hänge häufig davon ab, wer als Kostenträger in der ärztlichen Bescheinigung angegeben ist. Nach dem Willen des Gesetzgebers unterliege die Abwicklung trotzdem § 111 SGB X. Dessen Zweck sei es, möglichst rasch klare Verhältnisse über mögliche Erstattungspflichten zu schaffen. Soweit eine vertragliche Abweichung von § 111 SGB X für das übliche Erstattungssystem zwischen Unfallversicherungsträger und Krankenkassen überhaupt möglich wäre, sei zumindest eine ausdrückliche Regelung erforderlich. Die Unfallversicherungsträger müssten nicht regelmäßig damit rechnen, dass die Krankenkassen Pflichten aus der VV GV wahrgenommen haben. Gerade der vorliegende Sachverhalt belege dies. Die Unfallkasse habe bis zur Anmeldung des Erstattungsanspruchs keine Kenntnis über einen Bedarf an dieser Leistung und damit von der Grundlage der Auftragssituation gehabt. Weder aus dem D-Arztbericht noch aus der Unfallanzeige habe sich die Erforderlichkeit einer unfallbedingten Betreuung des Kindes durch einen sonst berufstätigen Elternteil ergeben. Die Unterlagen, aus denen sich dies ergebe, hätten allein der Klägerin vorgelegen. Die Notwendigkeit sei am 23. Juni 2017 ärztlich festgestellt worden. Erst über ein Jahr später habe die Klägerin die Leistung ausgezahlt. Dies verdeutliche auch, dass der konkrete Sachverhalt im Widerspruch zu den Zielvorstellungen der VV GV i.V.m. § 189 SGB VII der Sicherstellung einer zeitnahen Leistungserbringung stehe.

09 Die Beklagte beantragt (sinngemäß),

10 das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 19. Mai 2022 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

11 Die Klägerin beantragt,

12 die Berufung zurückzuweisen.

13 Sie verweist im Kern auf die Ausführungen des SG im angegriffenen Urteil. Gegen eine Anwendbarkeit des § 111 SGB X sprächen insbesondere systematische Erwägungen.

14 Die Klägerin hat mit Schriftsatz vom 17. März 2025, die Beklagte mit Schriftsatz vom 28. März 2025 jeweils das Einverständnis mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung erklärt.

15 Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte beider Rechtszüge und der beigezogenen Verwaltungsakte Bezug genommen, die Gegenstand der Entscheidung waren (§ 136 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz [SGG]).

Entscheidungsgründe

16 Die gemäß § 151 Abs. 1, §§ 143, 144 SGG statthafte und auch im Übrigen zulässige Berufung der Beklagten, über die der Senat nach Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entscheiden konnte (§ 124 Abs. 2 SGG), ist unbegründet. Das angefochtene Urteil des SG Dresden ist nicht zu beanstanden.

17 Die Klägerin hat einen Anspruch gegen die Beklagte in voller Höhe der geltend gemachten 234,19 €. Ob der Rechtsweg zutreffend ist, ist in der Rechtsmittelinstanz nicht mehr zu prüfen (§ 202 Satz 1 SGG i.V.m. § 17a Abs. 5 GVG). Die zulässige Leistungsklage (§ 54 Abs. 5 SGG) ist begründet.

I.

18 Rechtsgrundlage für den Klageanspruch ist § 91 Abs. 1 und 2 Satz 1 SGB X i.V.m. der Verwaltungsvereinbarung über die generelle Beauftragung der Krankenkassen durch die Unfallversicherungsträger zur Berechnung und Auszahlung des Verletztengeldes nach § 189 SGB VII i.V.m. §§ 88 ff. SGB X (VV GV).

19 Nach § 189 SGB VII können Unfallversicherungsträger Krankenkassen beauftragen, die ihnen obliegenden Geldleistungen zu erbringen; die Einzelheiten werden durch Vereinbarung geregelt, für den maßgeblichen Zeitpunkt hier die VV GV vom 21. Juli 2005 (inzwischen abgelöst durch die Verwaltungsvereinbarung über die generelle Beauftragung der Krankenkassen durch die Unfallversicherungsträger zur Berechnung und Auszahlung des Verletzten- und Kinderverletztengeldes nach § 189 SGB VII i.V.m. §§ 88 ff. SGB X vom 1. Januar 2023).

20 Nach § 91 Abs. 1 SGB X ist ein Auftraggeber, für den ein Beauftragter Sozialleistungen erbringt, zur Erstattung verpflichtet. Sach- und Dienstleistungen sind in Geld zu erstatten. Eine Erstattungspflicht besteht nicht, soweit Sozialleistungen zu Unrecht erbracht worden sind und den Beauftragten hierfür ein Verschulden trifft. Die bei der Ausführung des Auftrags entstehenden Kosten sind zu erstatten (Abs. 2 Satz 1). Nach Abs. 4 sind abweichende Vereinbarungen, insbesondere über pauschalisierte Erstattungen, zulässig.

II.

21 Die sachlichen Voraussetzungen für die Entstehung des Anspruchs der Klägerin auf Zahlung von 234,19 € sind erfüllt.

Die Klägerin erbrachte als zuständige Krankenversicherungsträgerin an ihre Versicherte aufgrund einer ärztlichen Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung des 2009 geborenen Kindes aufgrund Unfalles vom 22. Juni 2017 für die Zeit vom 22. Juni 2017 bis zum 23. Juni 2017 Kinderpflege-Verletztengeld (§ 45 Abs. 4 SGB VII i.V.m. entsprechender Anwendung von § 45 SGB V). Über die Höhe des Erstattungsanspruches besteht zwischen den Beteiligten kein Streit. Sachliche Fehler sind nicht zu erkennen.

III.

22 Der Zahlungsanspruch ist nicht nach § 111 Satz 1 SGB X erloschen. Diese Norm ist im hier zu Grunde liegenden Auftragsverhältnis nach § 91 SGB X nicht anwendbar.

23 1. Nach § 111 Satz 1 SGB X ist der Anspruch auf Erstattung ausgeschlossen, wenn der Erstattungsberechtigte ihn nicht spätestens zwölf Monate nach Ablauf des letzten Tages, für den die Leistung erbracht wurde (nicht die tatsächliche Zahlung, vgl. hierzu BSG, Urteil vom 18. November 2014 - B 1 KR 12/14 R -, Rn. 16, juris; Becker in: Hauck/Noftz SGB X, 1. Ergänzungslieferung 2025, § 111 SGB X, Rn. 45), 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 hat (Satz 2 der Norm). Demnach wäre aufgrund des am 23. Juni 2017 festgestellten Leistungszeitraums 22. und 23. Juni 2017 das Erstattungsbegehren vom 28. September 2018 ausgeschlossen.

24 § 111 Satz 1 SGB X ist jedoch weder nach dem Wortlaut der einschlägigen Bestimmungen noch nach dem Sinn und Zweck des Regelungskonzepts und dem Regelungssystem auf den Aufwendungsersatzanspruch nach § 91 SGB X anwendbar. Die Entwicklungsgeschichte gibt hingegen keine weiteren Erkenntnisse.

25 2. Der Wortlaut des § 91 SGB X spricht gegen die Anwendbarkeit des § 111 SGB X. Ausschlussfristen oder Verjährung sind weder in § 91 SGB X geregelt, noch in diesem Zusammenhang in der Gesetzesbegründung (BT-Drs. 9/95 S. 19 zu § 92 SGB X-Entwurf) angesprochen. Auf die Regelung des § 111 SGB X wird nicht verwiesen. Hingegen sind Fragen der Haftung (Abs. 1 Satz 2), der Ausführungskosten (Abs. 2), und v.a. der Disponibilität (Abs. 4) geregelt. Auch § 111 SGB X selbst verhält sich nach dem Wortlaut nicht zu seiner Anwendbarkeit (vgl. auch BSG, Urteil vom 12. November 2013 - B 1 KR 56/12 R -, Rn. 10 a.E., juris).

26 3. Das gesetzliche Regelungssystem spricht gegen eine Anwendbarkeit des § 111 SGB X im Rahmen des § 91 SGB X.

27 § 111 SGB X gehört zum Zweiten Abschnitt des Dritten Kapitels „Zusammenarbeit der Leistungsträger und ihre Beziehungen zu Dritten“ des SGB X. Der die §§ 102 bis 114 umfassende Zweite Abschnitt regelt „Erstattungsansprüche der Leistungsträger untereinander“. Dies würde zwar dem Wortlaut nach auch auf die hiesige Konstellation passen. Jedoch umfasst das Kapitel auch eigene Anspruchsgrundlagen (§§ 102-105 SGB X) und darauf folgend diese konkretisierende Normen, wie § 111 SGB X.

28 Die hier allein in Betracht kommende Anspruchsgrundlage § 91 SGB X ist jedoch außerhalb dieses Abschnitts im Zweiten Titel „Zusammenarbeit der Leistungsträger untereinander“ des Ersten Abschnitts „Zusammenarbeit der Leistungsträger untereinander und mit Dritten“ des Dritten Kapitels des SGB X geregelt.

29 Bei den §§ 102 ff. und den §§ 87 ff. ist jeweils von geschlossenen Systemen auszugehen, deren Normen nur mit entsprechender ausdrücklicher Verweisung gegenseitig anwendbar sind (vgl. Landessozialgericht [LSG] Baden-Württemberg vom 11. Juli 2012 - L 2 SO 2371/11 -, Rn. 29 und 32, juris; LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 12. Oktober 2016 - L 1 KR 385/15 -, Rn. 39, juris; Hochheim in: Hauck/Noftz SGB X, § 91 SGB X, Rn. 12b; Kater in: Körner/Krasney/Mutschler/Rolfs, BeckOGK, Stand 15.2.2024, SGB X § 111 Rn. 12, beck-online; Roller in: Schütze, SGB X § 111 Rn. 4, § 107 Rn. 4; Engelmann in: Schütze, SGB X, § 91 Rn. 4; Böttiger in: Diering/Timme/Stähler, SGB X, 6. Aufl. 2023, § 111 Rn. 3; wohl auch Wesenberg in: Keck/Michaelis, Die Rentenversicherung im SGB, 122. Lieferung 11/2024, § 111 SGB X, Rn. 1, der formuliert „Vorschrift regelt den Ausschluss von Erstattungsansprüchen (§§ 102-105 SGB X)“; a.A. Mutschler in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB X, 3. Aufl. Stand: 26.06.2024, § 111 Rn. 11 f.; Becker in: Hauck/Noftz SGB X, § 111 SGB X, Rn. 19, was insoweit nicht überzeugt, als dass eine Ausschlussnorm wie § 111 SGB X nicht zwingend geboten ist).

30 Erster und Zweiter Abschnitt verweisen nicht aufeinander, obwohl beide Regelungen zum Ausgleich von Aufwendungen enthalten (vgl. BSG, Urteil vom 12. November 2013 - B 1 KR 56/12 R -, Rn. 10, juris m. zustimmender Anm. Marburger, jurisPR-SozR 9/2014 Anm. 3; BSG, Urteil vom 18. November 2014 - B 1 KR 13/13 R -, Rn. 14, juris; LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 24. Mai 2012 - L 16 KR 675/11 -, Rn. 37, juris; Feddern in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB X, 3. Aufl. Stand: 15.11.2023, § 91 SGB X, Rn. 5, 8).

31 Die §§ 102 ff. haben den Ausgleich zwischen den Leistungsträgern zum Gegenstand, wenn der Ausgleichsberechtigte im Verhältnis zum Ausgleichspflichtigen eine Sozialleistung zu Unrecht erbracht hat, die Aufwendung also im Verhältnis der Leistungsträger untereinander ohne Rechtsgrund erfolgte. Hierzu enthalten die §§ 102 bis 105 SGB X vier Grundtypen eines Erstattungsanspruchs. Während § 102 SGB X den Erstattungsanspruch des lediglich vorläufig leistenden Leistungsträgers regelt, sieht § 103 SGB X einen Erstattungsanspruch bei nachträglichem Wegfall der Leistungsverpflichtung vor. Darüber hinaus räumt § 104 SGB X dem nachrangig verpflichteten und § 105 SGB X dem unzuständigen Leistungsträger einen Erstattungsanspruch ein. Sämtlichen Erstattungsansprüchen ist dabei gemeinsam, dass anstelle des nach sachlichem Recht endgültig zuständigen Leistungsträgers der erstattungsberechtigte Leistungsträger Sozialleistungen an den leistungsberechtigten Sozialleistungsempfänger erbracht hat (BSG, Urteil vom 23. Juli 2015 - B 2 U 15114 R -, Rn. 17, juris). Die Voraussetzungen dieser Anspruchsnormen liegen im Auftragsverhältnis gerade nicht vor. Insbesondere hat die Klägerin weder die Leistung vorläufig aufgrund gesetzlicher Vorschriften erbracht (§ 102 Abs. 1 SGB X), noch als unzuständiger Leistungsträger (§ 105 SGB X), weil das Handeln im Auftragsverhältnis gerade einen Rechtsgrund darstellt (BSG, Urteil vom 23. September 1997 - 2 RU 37/96 -, Rn. 28, juris). Für eine Eigenständigkeit der Regelungskomplexe spricht damit,

dass das hier gegenständliche Auftragsverhältnis nicht im Rahmen der §§ 102 ff. SGB X geregelt wird bzw. in den Anwendungsbereich dieser Normen fällt; dies würde selbst dann gelten, wenn § 91 SGB X nicht existierte (vgl. Hochheim in: Hauck/Noftz SGB X, § 91 SGB X, Rn. 12c, juris).

32 Im vorliegenden Fall des Auftragsverhältnisses nach § 189 SGB VII besteht nämlich eine gänzlich andere Situation als in den dargestellten Fällen der §§ 102 ff. SGB X. Die Ausgleichspflicht nach § 91 beruht auf einem die Aufwendung legitimierenden Rechtsgrund, dem Auftrag. Für solche gewillkürte bzw. fakultative Aufträge bietet § 189 SGB VII die Rechtsgrundlage. Hier bedarf es ist nicht einer gesetzlichen Vollregelung zum Ausgleich wie dem Erstattungsrecht aus den §§ 102 ff. SGB X.

33 Weiter kann aus dem Vorhandensein von Regelungen im [sic.] einen System und Fehlen im anderen System nicht ohne Weiteres darauf geschlossen werden, dass solche Regelungen nötig wären und in der konkreten Ausgestaltung übernommen werden müssten. Insbesondere überzeugt nicht, dass ohne konkrete Regelung Teile eines Regelungssystems übernommen werden sollen, andere hingegen nicht. Dies gilt insbesondere für die Ausschlussfrist des § 111 SGB X (a.A. Mutschler in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB X, 3. Aufl. Stand: 26.06.2024, § 111 SGB X, Rn. 12). Für diese ergibt sich vor dem Sinn und Zweck des § 91 SGB X und auch des § 111 SGB X (dazu sogleich) kein Zwang.

34 Ferner würden bei anderer Sichtweise die Regelungen der allein zwischen Leistungsträgern geltenden Normen der §§ 102 ff. (vgl. BT-Drs. 9/95, S. 24) auch auf - wenngleich hier nicht gegenständig - Verhältnisse zwischen Leistungsträgern und Dritten („Beauftragten“) nach § 91 SGB X übergestülpt. Zum Kreis der mit den insofern auffallend gewählten Begriffen des § 91 SGB X „Auftraggeber“ und „Beauftragter“ zählen - anders als es die Überschrift „Zusammenarbeit der Leistungsträger untereinander“ vermuten lässt - auch bspw. öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierte Verbände, denen der Leistungsträger angehört (vgl. LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 19. Dezember 2012 - L 2 SO 2960/11 -, Rn. 38, juris). Hierfür wurden gerade andere Regelungen in den §§ 115 ff. SGB X geschaffen. Es trifft zwar wie von der Beklagten angeführt zu, dass im Auftragsverhältnis nach § 189 SGB VII Beauftragter und Auftraggeber immer zugleich Leistungsträger sind. Diese Besonderheit des konkreten Auftragsverhältnisses ist jedoch bei der abstrakten strukturellen Betrachtung des Verhältnisses außer Acht zu lassen, insbesondere, weil hier aufgrund der Disponibilität kein Grund zur Differenzierung innerhalb des § 91 SGB X besteht.

35 Der Gesetzgeber hat seine ursprünglich in der Begründung zum Regierungsentwurf angeführte Absicht, das die vorgesehenen §§ 113 bis 120 - mit der in § 117 vorgesehene Ausschlussfrist - „nicht nur für die Erstattungsansprüche nach §§ 108 bis 111, sondern generell für die im Sozialgesetzbuch geregelten Erstattungsansprüche der Leistungsträger untereinander“ gelten (BT-Drs. 9/95 S. 24), nicht eindeutig zum Ausdruck gebracht. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Normen im Gesetzgebungsverfahren einen deutlichen Wandel erfahren haben. Ferner ist wiederum zu berücksichtigen, dass sich die Absicht zwar auf das SGB insgesamt bezieht, nicht aber zu ebenfalls allgemeinen Ansprüchen innerhalb des SGB X abgrenzt bzw. Stellung nimmt.

36 Auch die Regelung eines Erstattungsverbots für Verwaltungskosten in § 109 Satz 1 SGB X und entgegengesetzt die Regelung in § 91 Abs. 2 SGB X zur Erstattungsfähigkeit widerspricht dem nicht. Zwar wird im Gesetzentwurf zum späteren § 91 Abs. 2 SGB X ausgeführt, dass diese Regelung Vorrang gegenüber des späteren § 109 SGB X habe (BT-Drs. 9/95 S. 19 zu § 92 SGB X-Entwurf). In diesem Entwurfsstadium sah es der Entwurfsverfasser also wohl als erforderlich an, eine Abweichung zu ermöglichen. Gleichwohl ist zu berücksichtigen, dass die Normen im Lauf des Gesetzgebungsverfahrens einen starken Wandel durchlebt haben (s.o.). Vor allem aber hat der spätere Gesetzgeber lediglich mit beiden Regelungen aus seiner Sicht angezeigte Vorgaben zum jeweiligen Regelungskreis gemacht hat [sic.], ohne - bspw. durch das klare Aufzeigen einer Abweichung - ein Regel-Ausnahme-Verhältnis aufeinander abgestimmter Regelungen zu bestimmen.

37 § 37 SGB I, nach welchem die SGB I und X für alle Sozialleistungsbereiche des SGB gelten, soweit sich aus den übrigen Büchern nichts Abweichendes ergibt, steht dem nicht entgegen und spricht auch nicht für eine Anwendbarkeit des § 111 SGB X im hiesigen Auftragsverhältnis. Bei dem Anspruch aus § 91 SGB X handelt es sich gerade nicht um einen Anspruch aus den übrigen Büchern des SGB neben den SGB I und X. Auch § 189 SGB VII regelt nicht den Anspruch, sondern die Möglichkeit der Beauftragung zur Leistungserbringung. Die Norm gibt - im Unterschied zu den Fällen von Aufwondungersatz aus anderen Teilen des SGB, bspw. § 264 SGB V - keine Vorgabe zu einem Verhältnis der Regelungen innerhalb des SGB X. Vielmehr ist dies - wie geschehen - innerhalb des Regelungsgefüges des SGB X zu klären.

38 4. Ferner zeigen Sinn und Zweck des § 91 SGB X, dass § 111 SGB X auf Ansprüche auf Aufwondungersatz aus dieser Norm nicht anwendbar ist.

39 Normzweck der §§ 88 ff. SGB X ist die Ermöglichung der Leistungserbringung im Auftrag und daraus folgend mit § 91 SGB X die Sicherstellung, dass der Beauftragte durch die Ausführung des Auftrages keine wirtschaftlichen Nachteile erleidet (vgl. nur Feddern in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB X, 3. Aufl. Stand: 15.11.2023, § 91 SGB X, Rn. 14) mit der ausdrücklichen Möglichkeit von Vereinbarungen in § 91 Abs. 4 SGB X. Dem genannten primären Zweck würde eine generelle Ausschlussfrist gerade entgegenstehen.

40 Auch der Zweck des § 111 Satz 1 SGB X steht dem in einem Auftragsverhältnis nicht entgegen. Zweck der Ausschlussfrist des § 111 Satz 1 SGB X ist es, möglichst rasch klare Verhältnisse darüber zu schaffen, ob eine Erstattungspflicht besteht (BSG, Urteil vom 23. Juli 2015 - B 2 U 15/14 R -, Rn. 18, juris; vgl. BT-Drs. 9/95 S. 26 zu § 117 SGB X-Entwurf). Dieser Regelungszweck hat besonderes Gewicht in Rechtsverhältnissen, in denen der Gesetzgeber die Anwendung der Ausschlussfrist ausdrücklich vorsieht — was hier nicht der Fall ist — oder in denen aufgrund gegenseitiger Erwartung von Erstattungsansprüchen der jeweils betroffenen Träger eine Pauschalierung der Abgeltung gegenseitiger Erstattungsansprüche möglich ist (vgl. z.B. § 110 SGB X). Nur solche Rechtsverhältnisse rechtfertigen eine zurückhaltende Handhabung der Erstattungsansprüche, wie sie auch der Rechtsprechung des BSG zu § 111 Satz 2 SGB X zugrunde liegt (BSG, Urteil vom 12. November 2013 - B 1 KR 56/12 R -, Rn. 12, juris m.w.N.). Pauschalierende Regelungen von

wechselseitig bestehenden Erstattungsansprüchen kommen hier zwar (anders als im vom BSG entschiedenen Fall) in Betracht. Jedoch ist im Auftragsverhältnis nach §§ 88 ff. SGB X die Pauschalierung der Abgeltung lediglich disponibel (§ 91 Abs. 4 SGB X). Es bedarf hier also zur Verfolgung des Zwecks des § 111 SGB X nicht einer gesetzlichen Regelung, weil den Beteiligten die Regelung ihrer Beziehung gerade selbst überlassen ist.

41 Weiter trifft das Argument, dass kein Raum für das System nach §§ 102 ff. SGB X verbliebe, nicht zu. Raum für die §§ 102 ff. bleibt nämlich, soweit § 91 gar nicht anwendbar ist, d. h. außerhalb eines wirksamen Auftragsverhältnisses, z. B. bezogen auf einen Erstattungsanspruch des unzuständigen, nachrangig verpflichteten Leistungsträgers gegenüber dem zu-ständigen Leistungsträger, oder hinsichtlich der Rückerstattung von zu Unrecht erstatteten Aufwendungen (s.o.; jeweils mit m.w.N.: Hochheim in: Hauck/Noftz SGB X, § 91 SGB X, Rn. 12b, juris).

42 5. Die Entwicklungsgeschichte der Regelungen, gibt keinen weiteren Aufschluss über deren Verhältnis.

IV.

43 Aus diesen Gründen und insbesondere der Möglichkeit der Beteiligten zur Regelung der Rechtsverhältnisse durch Verwaltungsvereinbarung ist § 111 SGB X auch nicht analog anzuwenden. Es mangelt an einer Regelungslücke (vgl. nur Engelmann in: Schütze, SGB X, § 91 Rn. 4 sowie zu § 175 SGB VII BSG, Urteil vom 23. Juli 2015 - B 2 U 15/14 R -, Rn. 22, juris).

V.

44 Der Aufwendungsersatzanspruch der Klägerin ist auch nicht aus einem anderen Grund erloschen, insbesondere nicht verwirkt.

45 Das Rechtsinstitut der Verwirkung passt als ergänzende Regelung innerhalb der kurzen vierjährigen Verjährungsfrist grundsätzlich nicht. Es ist als Ausprägung des Grundsatzes von Treu und Glauben (§ 242 BGB) auch für das Sozialversicherungsrecht und insbesondere für die Nachforderung von Beiträgen zur Sozialversicherung anerkannt. Die Verwirkung setzt als Unterfall der unzulässigen Rechtsausübung voraus, dass der Berechtigte die Ausübung seines Rechts während eines längeren Zeitraums unterlassen hat und weitere besondere Umstände hinzutreten, die nach den Besonderheiten des Einzelfalls und des in Betracht kommenden Rechtsgebietes das verspätete Geltendmachen des Rechts nach Treu und Glauben dem Verpflichteten gegenüber als illoyal erscheinen lassen. Solche, die Verwirkung auslösenden „besonderen Umstände“ liegen vor, wenn der Verpflichtete infolge eines bestimmten Verhaltens des Berechtigten (Verwirkungsverhalten) darauf vertrauen durfte, dass dieser das Recht nicht mehr geltend machen werde (Vertrauensgrundlage) und der Verpflichtete tatsächlich darauf vertraut hat, dass das Recht nicht mehr ausgeübt wird (Vertrauensstatbestand) und sich infolgedessen in seinen Vorkehrungen und Maßnahmen so eingerichtet hat (Vertrauensverhalten), dass ihm durch die verspätete Durchsetzung des Rechts ein unzumutbarer Nachteil entstehen würde. Enge Ausnahmen von dem Grundsatz der Nichtanwendbarkeit von auf Treu und Glauben gestützten Ausschlussfristen innerhalb der kurzen sozialrechtlichen Verjährung können allein mit Blick auf ein besonderes Vertrauen

begründendes Verhalten des Berechtigten anzuerkennen sein (BSG, Urteil vom 12. November 2013 - B 1 KR 56/12 R -, Rn. 15, juris).

46 Ein solches besonderes, Vertrauensschutz der Beklagten begründendes Verhalten der Klägerin ist hier nicht erkennbar. Die Klägerin trat gegenüber der Beklagten gerade überhaupt nicht in Erscheinung.

47 Auch allein der Umstand, dass die Klägerin ihren Anspruch gegenüber der Beklagten erst über ein Jahr nach Feststellung der Notwendigkeit der Betreuung vom 23. Juni 2017 am 28. September 2018 geltend machte, rechtfertigt keine andere Entscheidung, gerade weil § 111 SGB X nicht anwendbar ist. Ferner folgt der Erstattungsanspruch der gesetzlichen Verpflichtung der Beklagten. Mithin hatte sie inhaltlich ungeachtet des zeitlichen Ablaufs keinen Einfluss auf die Zahlung des Kinderverletztengeldes; sie hätte mit anderen Worten die Leistung nicht bei früherer Kenntnis verhindern oder darauf reagieren können.

48 Die Klage war daher nach Grund und Höhe begründet.

49 Die Kostenentscheidung folgt aus § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG i.V.m. § 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

50 Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf § 197a Abs. 1 SGG i.V.m. § 63 Abs. 2 Satz 1 Gerichtskostengesetz (GKG). Der Streitwert war in Höhe der streitigen Forderung festzusetzen (§ 52 Abs. 1, 3 GKG, § 47 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 GKG, § 43 Abs. 1 GKG). Diese betrug 234,19 €.

51 Gründe für die Zulassung der Revision nach § 160 Abs. 2 SGG liegen nicht vor.

UVR-Exklusiv

Die Redaktion bedankt sich bei der Unfallkasse Nordrhein-Westfalen für die Zusendung der Entscheidung, die bislang noch nicht veröffentlicht wurde.

Rechtsprechung

Keine Erstattung privatärztlicher Heilbehandlungskosten ohne Vorprüfung des Unfallversicherungsträgers

SG Hamburg, Gerichtsbescheid v. 14.04.2025 - S 36 U 145/23 D

Leitsätze (der UVR):

1. Es ist einem Unfallversicherungsträger nicht vorwerfbar und führt zu keinem Erstattungsanspruch, wenn eine private Krankenversicherung Leistungen an einen Versicherungsnehmer ohne eine Vorprüfung erbracht hat.
2. Mit der Inanspruchnahme privatärztlicher Behandlungsmaßnahmen bewegt sich ein Versicherungsnehmer nicht im Leistungssystem der gesetzlichen Unfallversicherung.

Verfahrenshinweis:

Die Entscheidung ist rechtskräftig.

Relevante Normen:

§ 812 Abs. 1 S. 1 Alt. 1 BGB; § 86 VVG

UVR-Zusammenfassung

1. Die Klägerin, eine **private Krankenversicherung**, macht von der Beklagten, einer Trägerin der gesetzlichen Unfallversicherung, die **Erstattung von privatärztlichen Heilbehandlungskosten** geltend.

Hintergrund des Rechtsstreits ist ein Schulunfall, den der Sohn des Versicherungsnehmers am 24. Juni 2017 erlitt. Am 26. Juni 2017 suchte der Sohn eine nicht als Durchgangsärztin zugelassene Ärztin auf, die auf Wunsch des Versicherungsnehmers eine ärztliche Behandlung durchführte. Sie überwies den Sohn des Versicherungsnehmers am 29. Juni 2017 zu Durchgangsärzten. Die Klägerin erstattete ihrem Versicherten die eingereichten Rechnungen der Ärztin über die privatärztlichen Heilbehandlungskosten des Sohnes. Die Beklagte übernahm die Kosten der weiteren Heilbehandlungsmaßnahmen.

Mit Schreiben vom 23. Oktober 2017 machte die Klägerin gegenüber der Beklagten gemäß § 86 VVG Ersatzansprüche geltend. Die Beklagte lehnte die Erstattungsansprüche ab.

2. Das Gericht entschied den Rechtsstreit gemäß § 105 Abs. 1 SGG per **Gerichtsbescheid**, da der Sachverhalt geklärt sei, die Rechtsmeinungen zwischen den Beteiligten ausgetauscht seien und diese sich mit dem Erlass eines Gerichtsbescheides einverstanden erklärt hätten.

3. Die Klägerin habe **keinen Anspruch auf Erstattung** der durch ihren Versicherungsnehmer eingereichten privatärztlichen Rechnungen nach § 812 Abs. 1 S. 1 Alt. 1 BGB aufgrund einer ungerechtfertigten Bereicherung der Beklagten.

Bezug genommen wurde dabei auf eine Entscheidung des BSG: In dieser Entscheidung vom 03.04.2014 (B 2 U 21/12 R) habe das BSG angenommen, dass die private Krankenversicherung mit ihrer Zahlung an den Versicherten zwar zunächst

eine Leistung in Erfüllung des Krankenvollversicherungsvertrages bewirkt habe und aufgrund einer - auch im Rahmen eines öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs - zulässigen nachträglichen Tilgungsbestimmung, aber auch eine Leistung an den gesetzlichen Unfallversicherungsträger erbracht habe.

Der der Entscheidung des BSG zugrundeliegende Fall unterscheide sich jedoch von dem vorliegenden. Bei dem vom BSG entschiedenen Rechtsstreit habe die Beklagte als zuständiger Unfallversicherungsträgerin die Entschädigung des Unfalles **zunächst abgelehnt**, sodass die private Krankenversicherung aufgrund des privatrechtlichen Krankenversicherungsvertrages verpflichtet gewesen sei, ihren Versicherungsnehmer von seinen Verbindlichkeiten gegenüber den Sachleistungserbringern (Ärzten und Krankenhäusern) freizustellen.

Diese bestehende Leistungspflicht sei **nachträglich mit der Anerkennung des Arbeitsunfalles durch Bescheid entfallen**, weil durch einen Arbeitsunfall geschädigte Versicherte gegenüber dem zuständigen Unfallversicherungsträger unter anderem nach § 26 Abs. 1 S. 1 i.V.m. § 27 Abs. 1 Nr. 4 und 6 SGB VII Anspruch auf stationäre Behandlung sowie Versorgung mit Hilfsmittel hätten und der private Krankenversicherer in einem solchen Fall nur für diejenigen Aufwendungen leistungspflichtig sei, die **trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig** blieben.

Da die Beklagte nicht erst mit der Feststellung des Arbeitsunfalles, sondern unmittelbar nach seinem Eintritt verpflichtet sei, den durch den Versicherungsfall verursachten Gesundheitsschaden zu beseitigen oder zu bessern, seine Verschlimmerung zu verhüten und seine Folgen zu mildern, habe die private Krankenversicherung **irrtümlich Versicherungsleistungen** gewährt. Die Klägerin habe allein wegen der anfänglichen Leistungsablehnung durch die Beklagten gegenüber dem Versicherungsnehmer ihre Eintrittspflicht angenommen.

4. Der Fall hier sei anders: In dem hier zu entscheidenden Rechtsstreit habe die Beklagte den Schulunfall nicht als Versicherungsfall gemäß § 8 SGB VII abgelehnt, und die Klägerin habe auch nicht irrtümlich, d.h. in diesem Fall bewusst allein wegen der anfänglichen Leistungsablehnung des gesetzlichen Unfallversicherungsträgers an den Versicherungsnehmer geleistet. Vielmehr habe die Klägerin im Rahmen des privatrechtlichen Krankenversicherungsvertrages die von dem Versicherungsnehmer eingereichten privatärztlichen Rechnungen erstattet.

Eine mögliche Leistungspflicht durch einen gesetzlichen Unfallversicherungsträger sei von der Klägerin weder in Betracht gezogen worden, noch seien offenbar sonstige Überlegungen hinsichtlich eines Leistungsausschlusses oder eines anderen vorrangigen Leistungsträgers angestellt worden, unabhängig davon, ob der Versicherungsnehmer ggf. auch verpflichtet gewesen wäre, anzugeben, dass es sich bei dem Verletzungsereignis offensichtlich um einen Sportunfall des Sohnes, also um einen „Unfall“ im engeren Sinne gehandelt habe. Diese Angaben seien im Übrigen vom Versicherungsnehmer gegenüber dem privaten Krankenversicherungsträger grundsätzlich zu machen.

Ausschlaggebend sei somit vorliegend, dass die vom BSG vorgesehene Ausnahmeregelung einer Kostenerstattung nach § 812 Abs. 1 S. 1 1. Alt. BGB nicht angenommen werden könne, da die Klägerin nach **ihrem zum Ausdruck gekommenen Willen** die Arztrechnungen des Versicherungsnehmers zu bezahlen ihren Vertragspflichten aus dem privaten Krankenversicherungsvertrag nachgekommen sei und gerade **nicht aufgrund einer bewussten und zuvor bekannten Ablehnung** des Versicherungsfalles durch die Beklagte.

5. Dass die Klägerin keinen Erstattungsanspruch geltend machen könne, erweise sich demgemäß **nicht als unbillig**.

Denn es sei der Beklagten nicht vorwerfbar, dass die Klägerin Leistungen an den Versicherungsnehmer **ohne eine Vorprüfung** erbracht habe. Hier unterscheide sich der hiesige Fall auch erheblich von dem vom BSG entschiedenen. Dort habe das BSG eine Unbilligkeit insbesondere deshalb angenommen, weil durch eine spätere Inanspruchnahme die Beklagte so gestellt werden sollte, wie sie ohne ihre anfängliche Leistungsablehnung gestanden hätte.

Hiernach wäre es unbillig gewesen, die Beklagte auf Kosten Dritter zu entlasten, weil ihre mit der irrtümlichen Leistungserbringung durch die Klägerin verbundene Begünstigung letztlich auf einem **fehlerhaftem Verwaltungshandeln** in Gestalt einer rechtswidrigen Leistungsablehnung beruht habe.

Genau dieser für eine Unbilligkeit sprechende Ansatz sei im hier zu entscheidenden Rechtsstreit eben nicht gegeben, da die Beklagte **zu keiner Zeit eine Leistungsablehnung** gegenüber dem Versicherten ausgesprochen habe, vielmehr, nach Erhalt des erforderlichen Durchgangsarztberichtes, in das Heilverfahren eingetreten sei und die entsprechenden Kosten für die Heilbehandlung aufgrund des Unfallereignisses übernommen habe.

Die von der Klägerin übernommenen privatärztlichen Rechnungen des Versicherungsnehmers seien auch **nicht anstelle einer Leistungspflicht** der Beklagten erstattet worden, sondern **zusätzlich**. Sie seien **kein Bestandteil des Heilverfahrens** der gesetzlichen Unfallversicherung im Sinne der §§ 26 ff. SGB VII gewesen, sondern darüber hinaus im Rahmen einer privatärztlichen Heilbehandlung durchgeführt worden. Mit der Inanspruchnahme privatärztlicher Behandlungsmaßnahmen habe sich der Versicherungsnehmer aber gerade **nicht im Leistungssystem** der gesetzlichen Unfallversicherung bewegt.

Daher sei vorliegend auch der Einwand berechtigt, dass durch die Zulassung einer nachträglichen Leistungsbestimmung im Rahmen öffentlich-rechtlicher Beziehungen allein durch eine private Krankenkasse dem zuständigen Leistungsträger **eine Leistung aufgedrängt** würde, über deren Gewährung er aber selbst zu entscheiden habe und ihm eine bestimmte Auffassung von der Anwendung materiellen Rechts aufgezwungen und vollendete Tatsachen geschaffen würden.

Entscheidung

Das Sozialgericht Hamburg hat mit Gerichtsbescheid vom 14. April 2025 für Recht erkannt:

1. Die Klage wird abgewiesen.
2. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand

01 Die Klägerin begehrt von der Beklagten die Erstattung von privatärztlichen Heilbehandlungskosten in Höhe von 1.506,58 €.

02 Die Klägerin ist die private Krankenversicherung des Versicherten V. Die Beklagte ist eine Trägerin der gesetzlichen Unfallversicherung. Der Sohn des Versicherungsnehmers, S, geb. XX. November 20XX, erlitt am 24. Juni 2017 einen Unfall, als er sich am 24. Juni 2017 anlässlich einer schulischen Sportveranstaltung eine vordere Kreuzbandruptur am linken Kniegelenk zuzog. Am 26. Juni 2017 suchte der Sohn die nicht als Durchgangsarztin zugelassene Dr. A auf, welche auf Wunsch des Versicherungsnehmers eine ärztliche Behandlung durchführte.

03 Die Klägerin erstattete ihrem Versicherten V die per Smartphone eingereichten Rechnungen über privatärztliche Heilbehandlungskosten seines Sohnes u.a. bei der Ärztin Dr. A vom 26. Juni 2017 in Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 24. Juni 2017 in Höhe von insgesamt 1.506,58 €.

04 Dr. A überwies den Sohn des Versicherungsnehmers am 29. Juni 2017 zu den Durchgangsarzten Prof. Dr. D/Dr. E, die am 26. Juli 2017 den entsprechenden Durchgangsarztbericht für die Beklagte erstellten. Die Beklagte, als zuständiger Unfallversicherungsträger, übernahm die Kosten der weiteren Heilbehandlungsmaßnahmen für den Sohn des Versicherungsnehmers.

05 Mit Schreiben vom 23. Oktober 2017 machte die Klägerin gegenüber der Beklagten als privater Krankenversicherer

gemäß § 86 VVG Ersatzansprüche geltend. Die Beklagte lehnte mit Schreiben vom 28. November 2017 die Erstattungsansprüche ab. Mit Urteil vom 3. April 2017 (Az. B 2 U 21/12 R) habe das Bundessozialgericht entschieden, dass ein Träger der privaten Krankenversicherung einen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch (§§ 812 ff. BGB) gegen einen Unfallversicherungsträger haben könne. Die ursprünglich eigene Leistung gegenüber dem privatversicherten Mitglied könne durch Änderung der Zweckbestimmung der Leistung so umgewandelt werden, dass die Leistung als für den Unfallversicherungsträger erbracht anzusehen sei. Eine solche nachträgliche Änderung der Zweckbestimmung setze aber voraus, dass der Unfallversicherer zuvor die Erbringung der Leistung rechtswidrig abgelehnt habe (zum Beispiel zunächst rechtswidrige Ablehnung des Arbeitsunfalles, deshalb keine Heilbehandlung oder Abbruch der Heilbehandlung). Wenn der Versicherte sich bewusst für eine privatärztliche Behandlung statt für die unfallversicherungsrechtliche Behandlung entschieden habe oder die Behandlung in Unkenntnis des Versicherungsschutzes (und deshalb auch ohne entsprechende Information des Unfallversicherers) erfolge, sei eine nachträgliche Änderung der Zweckbestimmung unbillig (vgl. Rn. 25 des BSG-Urteils). Vorliegend sei die Erbringung der Leistung durch die Beklagte nicht rechtswidrig abgelehnt worden. Damit seien die Voraussetzungen für eine nachträgliche Änderung der Zweckbestimmung nicht gegeben.

06 Die Klägerin erwiderte, dass das zitierte Urteil des Bundessozialgerichts nicht die Aussage treffe, dass eine nachträgliche Änderung der Zweckbestimmung Voraussetzung, der Unfallversicherer müsse zuvor die Erbringung der Leistung rechtswidrig abgelehnt haben. Vielmehr sei es unbillig, dass einem privaten Krankenversicherer daraus ein Nachteil erwachsen solle, dass zunächst wegen einer angenommenen Eintrittspflicht die Heilkosten übernommen und damit die notwendige ärztliche Versorgung ermöglicht werde. Dem Erstattungsanspruch stehe auch nicht eine mögliche Inanspruchnahme privatärztlicher Behandlung entgegen, da der Erstattungsanspruch insoweit auf die Aufwendungen, die Umfang der gesetzlichen Leistungspflicht seien, begrenzt seien.

07 Die Beklagte wies noch einmal darauf hin, dass eine Änderung der Tilgungsbestimmung nach dem zitieren [sic.] Urteil des BSG nur zulässig sei, wenn ein fehlerhaftes Verwaltungshandeln des Unfallversicherungsträgers und eine irrtümliche Leistungserbringung der privaten Krankenversicherung vorliege. Grundsätzlich sei die Klägerin als Unfallkasse unmittelbar zu Sach- und Dienstleistung, also zu Heilverfahrenssteuerung verpflichtet (§ 26 SGB VII). Dieser Pflicht komme die Unfallversicherung dadurch nach, dass zugelassene Ärzte verpflichtet seien, die Heilbehandlung unmittelbar zulasten des zuständigen Trägers durchzuführen, wenn Anhaltspunkte für einen Versicherungsfall vorlägen, auch bei sonst privatversicherten Patienten. Die gesetzliche Unfallversicherung habe von ihrem Recht Gebrauch gemacht, insoweit die freie Arztwahl einzuschränken (§ 28 Abs. 4 Satz 2 SGB VII). Dies geschehe, indem über den Zugang zu Leistungen durch sogenannte Durchgangsarzte entschieden werde. Werde zunächst ein anderer Arzt aufgesucht, liege darin kein fehlerhaftes Verwaltungshandeln. Selbst gegenüber dem Versicherten komme ein Erstattungsanspruch nur unter den Voraussetzungen des sogenannten

Systemversagens in Betracht, § 13 Abs. 3 SGB V analog. Voraussetzung hierfür sei, dass eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig zulasten der Unfallversicherungsträger erbracht werden könne oder die Leistung durch den Unfallversicherungsträger zu Unrecht abgelehnt worden sei (ständige Rechtsprechung BSG vom 20. März 2007, Az. B 2 U 38/05 R; vom 24. Februar 2000, Az. B 2 U 12/99 R). Eine unaufschiebbare Leistung, die nicht rechtzeitig zulasten der Unfallversicherung erbracht werden können, liege nur vor, wenn es generell nicht möglich sei, rechtzeitig einen zugelassenen Leistungserbringer (Durchgangsarzt/Krankenhaus) aufzusuchen. Hinzu komme, dass als zweite Voraussetzung für die Zulässigkeit der Änderung der Tilgungsbestimmung eine irrtümliche Leistungserbringung durch die private Krankenversicherung erfolgt sein müsse. Jeder Irrtum setze allerdings eine Willensbildung voraus. Soweit die Klägerin mitgeteilt habe, vor der Leistung an ihren Versicherungsnehmer nicht die möglicherweise bestehenden Leistungsbeschränkungen geprüft zu haben, komme nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts eine Änderung der Tilgungsbestimmung nicht in Betracht. Zudem ergebe sich aus dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 3. April 2014, dass der Versicherte ein Widerspruchsverfahren gegen die ablehnende Entscheidung des Unfallversicherungsträgers betrieb, als die Erstattung seiner privaten Krankenversicherung erfolgte.

08 Die Klägerin hat am 22. Dezember 2020, zunächst beim Sozialgericht Münster, Klage erhoben und vorgetragen, dass sie eine Leistung im Sinne des § 812 Abs. 1 1. Alternative BGB erbracht habe. Durch eine nachträgliche Tilgungsbestimmung habe sie eine Leistung an die Beklagte erbracht. Die Klägerin habe durch ihre Zahlungsaufforderungen an die beklagte Partei nachträglich auf die Bereicherungsansprüche gegen den Versicherungsnehmer verzichtet und erklärt, dass sie ihre Leistung als für die ersatzpflichtige beklagte Partei bewirkt gelten solle. Die nachträgliche Tilgungsbestimmung sei aus Billigkeitsgesichtspunkten wirksam. Die Klägerin habe vorliegend lediglich aufgrund von unvollständigen Informationen irrtümlich eine Leistungsverpflichtung angenommen und daher die Rechnungen für die Heilbehandlungskosten der versicherten Person übernommen. Da es sich jedoch um einen Schulunfall gehandelt habe, sei die beklagte Partei und nicht die Klägerin gemäß § 26, 27 Abs. 1 SGB VII von Beginn an ersatzpflichtig für die entstandenen Kosten gewesen.

09 Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs zu § 812 BGB sei ein Leistender, der in der irrigen Annahme einer eigenen Schuld Leistungen erbracht habe, aus Billigkeitsgründen berechtigt, durch Zahlungsaufforderung nachträglich auf Bereicherungsansprüche gegen den Gläubiger zu verzichten und zu erklären, dass seine Leistungen als für den Ersatzpflichtigen Schuldner bewirkt gelten solle. Dem Zuwendenden müsse es nach Treu und Glauben gestattet sein, sich an den durch die rechtsgrundlos erbrachten Leistungen letztlich allein Begünstigten zu halten, sofern keine schutzwürdigen Interessen beeinträchtigt würden. Es wäre unbillig, wenn ihm gerade daraus ein Nachteil erwachse, dass er zunächst wegen einer angenommenen Eintrittspflicht die Heilbehandlungskosten übernehme und damit die notwendige ärztliche Versorgung ermögliche (BGH, Urteil vom 15. Mai 1986, Az. VII ZR 274/85). Die rechtswidrige Ablehnung sei auch vom BSG, Urteil vom 30. April 2014 (Az. B 2 U 21/12 R) nicht als Voraussetzung genannt, sondern nur als

Argument herangezogen, warum die Billigkeitsgesichtspunkte des BGH für die Anwendung einer nachträglichen Tilgungsbestimmung auch hier anwendbar gewesen seien. Ein Irrtum aufgrund von fehlenden Informationen dürfte ebenso ein Billigkeitsgrund im Sinne des bereits genannten BGH Urteils sein, wie die rechtswidrige Ablehnung der Zahlung. Entscheidend sei lediglich, dass die Klägerin nicht bewusst (d. h. also irrtümlich) in Kenntnis ihrer fehlenden Verpflichtung gezahlt habe und es daher aufgrund ihrer Unkenntnis unbillig sei, wenn die eigentlich Verpflichtete (beklagte Partei) nicht ersatzpflichtig wäre. Ferner bedürfe es bei einer Erstbehandlung eines Schulunfalls gerade nicht eine Behandlung durch einen Durchgangsarzt.

10 Die Klägerin beantragt sinngemäß,

11 die Beklagte zu verurteilen, ihr privatärztliche Heilbehandlungskosten für den Versicherten S in Höhe von 1506,58 € zu erstatten, nebst Zinsen in Höhe von 8 %-Punkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 7. Januar 2018 sowie kaufmännische Mahnkosten in Höhe von 12,50 €.

12 Die Beklagte beantragt,

13 die Klage abzuweisen.

14 Sie hat weiter vorgetragen, dass unabhängig von den konkreten Versicherungsbedingungen kein Irrtum der Klägerin vorliegen könne, weil die Klägerin die potentielle Leistungsbeschränkung vor der Erstattung nicht geprüft habe. Die Tilgungsbestimmung sei eine empfangsbedürftige regelmäßig mit der Zahlung verbundene Willenserklärung. Der Irrtum müsse bei Abgabe der Willenserklärung vorgelegen haben. Die Klägerin müsste daher bei der Erstattung über ihre Leistungspflicht geirrt haben. Bei bewusster Unkenntnis, komme ein Irrtum allerdings nicht in Betracht (Ellenberger, in Grüneberg BGB, § 119 Rn. 9). Ohne Erhebungen über einen gesetzlichen Leistungsanspruch in der gesetzlichen Unfallversicherung, liege ein Fall bewusster Unkenntnis darüber vor, ob die Leistungspflicht beschränkt gewesen sei. Zudem verkenne die Klägerin den Ausnahmecharakter des (unmittelbaren) öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs. Es sei ein eigenständiger Anspruch eines Krankenversicherungsunternehmens. Dieser sei nicht vergleichbar mit den üblichen Ansprüchen des Versicherungsnehmers, die auf den Versicherer übergingen, weil die tarifliche Erstattung erfolgt sei. § 86 VVG finde im Sozialversicherungsverhältnis keine Anwendung (vgl. BSG vom 3. April 2014, Az. B 2 U 21/12 R). Die Klägerin als privater Krankenversicherer sei weder verpflichtet die Behandlung zu ermöglichen, selbst wenn deren Kosten nachweislich erstattungsfähig seien, noch bestehe ein Freistellungsanspruch des Versicherungsnehmers. Letzterer bleibe Kostenschuldner. Der vertragliche Aufwendersatzanspruch werde erst fällig, wenn die notwendigen Ermittlungen abgeschlossen seien, selbst wenn die Tatsachen im Rahmen eines Prozesses festgestellt würden (OLG Nürnberg, vom 30. November 2020, Az. 8 U 861/17); und der Versicherungsnehmer sei insoweit beweisbelastet.

15 Zudem wies die Beklagte darauf hin, dass eine Eintrittspflicht des jeweiligen Versicherers nicht bereits dann entfalle, wenn eine andere Versicherung für dasselbe Risiko bestehe, sondern erst dann, wenn die anderweitige Versicherung im Versicherungsfall Schutz gewähre, d. h. für seinen Schaden

konkret eintrete (BGH vom 19. Februar 2014, Az. VI ZR 389/12). Nach der in diesem Fall vorliegenden Bestimmung der Verbraucherinformationen bzw. Allgemeinen Geschäftsbedingungen der Klägerin, bleibe die Erstattungspflicht der Klägerin bestehen, soweit die Aufwendungen trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig blieben (S. 113 der Anlage der übersandten Verbraucherinformation).

16 Ob die versicherte Person ahne, dass Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung in Betracht kommen, wenn sie einen Arzt in Deutschland aufsucht und sich durch einen privatärztlichen Behandlungsvertrag zur Zahlung des Honorars verpflichtet, sei irrelevant. Es sei nicht erforderlich, dass sich der Versicherte im gesetzlichen Leistungssystem befinde oder die Einschränkung der freien Arztwahl berücksichtigen konnte bzw. diese berücksichtigt habe. Allein die Existenz der unmittelbar fälligen kenntnis- und antragsunabhängigen Leistungsansprüche (§§ 26 ff. SGB VII i.V.m. § 40 Abs. 1, 41 Abs. 1 SGB I) und eines theoretisch möglichen frühzeitigen Leistungszuganges (§ 34 Abs. 1 SGB VII) sollen nach Ansicht der Klägerin ausreichen, um ihre vertragliche Hauptleistungspflicht gegenüber der versicherten Person vollständig und unmittelbar entfallen zu lassen. In der rechtlichen Begründung des bereits zitierten Urteils des Bundessozialgerichts vom 3. April 2014 heiße es: „*Nachdem die Beklagte die Entschädigung des Unfalles abgelehnt hatte, war die Klägerin aufgrund des privatrechtlichen Krankenversicherungsvertrages verpflichtet, Ihren Versicherungsnehmer G. Von seinen Verbindlichkeiten gegenüber den Sachleistungserbringern freizustellen...*“. In diesem Fall habe sich die Versicherung der Erstattung also nicht entziehen können. Sie habe zudem aufgrund der Verwaltungsentscheidung der Berufsgenossenschaft davon ausgehen können, dass eine Leistungspflicht bestehe. Ein Freistellungsanspruch in der privaten Krankenversicherung sei die Ausnahme. Die Fälligkeit der Erstattung trete erst ein, wenn Ermittlungen zum Leistungsumfang abgeschlossen seien, § 14 Abs. 1 VVG. Um den Leistungsumfang zu bestimmen, könne jede vertraglich wirksam vereinbarte Leistungsbeschränkung geprüft werden. Dies verdeutliche, dass die Klägerin durch ihre Arbeitsabläufe und verwaltungspragmatisch-ökonomischen Entscheidungen steuern könne, ob und welche Vorschriften geprüft würden, bevor es zu Erstattung von Aufwendungen komme.

17 Das Sozialgericht Münster hat den Rechtsstreit an das Sozialgericht Hamburg verwiesen.

18 Das Gericht hat die Beteiligten zum Erlass eines Gerichtsbescheides angehört. Die Beteiligten haben sich mit dem Erlass eines Gerichtsbescheides einverstanden erklärt.

19 Außer den Gerichtsakten hat die Verwaltungsakte der Klägerin vorgelegen und war Gegenstand der Entscheidungsfindung. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten, wird auf den Inhalt der Akten ergänzend Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

20 Das Gericht hat den Rechtsstreit gemäß § 105 Abs. 1 SGG per Gerichtsbescheid entschieden, da der Sachverhalt geklärt ist, die Rechtsmeinungen zwischen den Beteiligten ausgetauscht sind und diese sich mit dem Erlass eines Gerichtsbescheides einverstanden erklärt haben.

21 Die Klage ist als echte Leistungsklage gemäß § 54 Abs. 5 SGG zulässig, aber unbegründet.

22 Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Erstattung der durch ihren Versicherungsnehmer eingereichten privatärztlichen Rechnungen in Höhe von insgesamt 1506,85 € nach § 812 Abs. 1 Satz 1 Alt. 1 BGB aufgrund einer ungerechtfertigten Bereicherung der Beklagten. Voraussetzung dafür ist eine bewusste und zweckgerichtete Vermehrung fremden Vermögens. Für die erforderliche Zweckgerichtetheit kommt es in erster Linie auf die der Zuwendung gegebene Zweckbestimmung, also darauf an, welchen Zweck die Beteiligten nach ihrem zum Ausdruck gekommenen Willen verfolgt haben (BGH vom 16. Mai 2013, Az. IX ZR 204/11). Durch die Zweckgerichtetheit wird die Bezogenheit auf ein Kausalverhältnis deutlich, indem mit der Leistung die geschuldete Erfüllung einer Verbindlichkeit bewirkt werden soll (BGH vom 27. Februar 2007, Az. XI ZR 56/06). Der Zweck der Leistung ist nach objektiven Kriterien aus der Sicht des Zahlungsempfängers zu beurteilen. Der Zuwendende leistet an den Zahlungsempfänger, wenn er aus Sicht des Zahlungsempfängers diesem gegenüber einen eigenen Leistungszweck verfolgt und nicht die Schuld eines Dritten erfüllt. Es ist nicht entscheidend, wer Gläubiger der Forderung ist, auf die eine Zuwendung erfolgt. Leistungsempfänger ist vielmehr derjenige, dessen Vermögen der leistende durch die Zahlung vermehren will (BGH vom 10. Februar 2005, Az. VII ZR 184/04). Nach diesen Grundsätzen hat das Bundessozialgericht in seiner Entscheidung vom 3. April 2014 (Az. B 2 U 21/12 R) angenommen, dass die private Krankenversicherung mit ihrer Zahlung an den Versicherten zwar zunächst eine Leistung in Erfüllung des Krankenvollversicherungsvertrages bewirkt hat und aufgrund einer — auch im Rahmen eines öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs — zulässigen nachträglichen Tilgungsbestimmung aber auch eine Leistung an den gesetzlichen Unfallversicherungsträger erbracht hat.

23 Der der Entscheidung des Bundessozialgerichts zugrundeliegende Fall unterscheidet sich jedoch von dem vorliegenden. Bei dem vom Bundessozialgericht entschiedenen Rechtsstreit hatte die Beklagte als zuständiger Unfallversicherungsträger die Entschädigung des Unfalles zunächst abgelehnt, sodass die private Krankenversicherung aufgrund des privatrechtlichen Krankenversicherungsvertrages verpflichtet gewesen ist, ihren Versicherungsnehmer von seinen Verbindlichkeiten gegenüber den Sachleistungserbringern (Ärzten und Krankenhäusern) freizustellen. Diese bestehende Leistungspflicht ist nachträglich mit der Anerkennung des Arbeitsunfalles durch Bescheid entfallen, weil durch einen Arbeitsunfall geschädigte Versicherte gegenüber dem zuständigen Unfallversicherungsträger unter anderem nach § 26 Abs. 1 Satz 1 i.V.m. § 27 Abs. 1 Nr. 4 und 6 SGB VII Anspruch auf stationäre Behandlung sowie Versorgung mit Hilfsmitteln haben und der private Krankenversicherer in einem solchen Fall nur für diejenigen Aufwendungen leistungspflichtig ist, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben. Da die Beklagte nicht erst mit der

Feststellung des Arbeitsunfalles, sondern unmittelbar nach seinem Eintritt verpflichtet war, den durch den Versicherungsfall verursachten Gesundheitsschaden zu beseitigen oder zu bessern, seine Verschlimmerung zu verhüten und seine Folgen zu mildern, hat die private Krankenversicherung irrtümlich Versicherungsleistungen gewährt. Die Klägerin hat allein wegen der anfänglichen Leistungsablehnung durch die Beklagten gegenüber dem Versicherungsnehmer ihre Eintrittspflicht angenommen (s. hierzu BSG vom 3. April 2014, a.a.O.).

24 In dem hier zu entscheidenden Rechtsstreit hat die Beklagte den Schulunfall des Sohnes des Versicherungsnehmers nicht als Versicherungsfall gemäß § 8 SGB VII abgelehnt und die Klägerin hat auch nicht irrtümlich, d.h. in diesem Fall bewusst allein wegen der anfänglichen Leistungsablehnung des gesetzlichen Unfallversicherungsträgers an den Versicherungsnehmer geleistet. Vielmehr hat die Klägerin im Rahmen des zwischen ihr und dem Versicherungsnehmer bestehenden privatrechtlichen Krankenversicherungsvertrages die von dem Versicherungsnehmer eingereichten privatärztlichen Rechnungen erstattet.

25 Eine Irrtumsbildung hat die Klägerin nicht nachweisen können. Zu Recht hat diesbezüglich die Beklagte ausgeführt, dass jeder Irrtum eine Willensbildung voraussetze und eine solche nicht angenommen werden könne. Denn die Klägerin hat auch mitgeteilt, dass sie vor der Leistung an ihren Versicherungsnehmer nicht die möglicherweise bestehenden Leistungsbeschränkungen geprüft hat. Sie hat damit auch nicht bewusst eine Leistung für bzw. anstelle der Beklagten übernommen. Eine mögliche Leistungspflicht durch einen gesetzlichen Unfallversicherungsträger ist von der Klägerin weder in Betracht gezogen worden, noch sind offenbar sonstige Überlegungen hinsichtlich eines Leistungsausschlusses oder eines anderen vorrangigen Leistungsträgers angestellt worden, unabhängig davon, ob der Versicherungsnehmer ggf. auch verpflichtet gewesen wäre, anzugeben, dass es sich bei dem Verletzungsereignis offensichtlich um einen Sportunfall des Sohnes, also um einen „Unfall“ im engeren Sinne gehandelt hat. Diese Angaben sind im Übrigen vom Versicherungsnehmer gegenüber dem privaten Krankenversicherungsträger grundsätzlich zu machen.

26 Ausschlaggebend ist somit vorliegend, dass die vom Bundessozialgericht vorgesehene Ausnahmeregelung einer Kostenerstattung nach § 812 Abs. 1 Satz 1 1. Alternative BGB nicht angenommen werden kann, da die Klägerin nach ihrem zum Ausdruck gekommenen Willen die Arztrechnungen des Versicherungsnehmers zu bezahlen ihren Vertragspflichten aus dem privaten Krankenversicherungsvertrag nachgekommen ist und gerade nicht aufgrund einer bewussten und zuvor bekannten Ablehnung des Versicherungsfalls durch die Beklagte.

27 Dass die Klägerin keinen Erstattungsanspruch geltend machen kann, erweist sich demgemäß nicht als unbillig. Denn es ist der Beklagten nicht vorwerfbar, dass die Klägerin Leistungen an den Versicherungsnehmer ohne eine Vorprüfung erbracht hat. Hier unterscheidet sich der hiesige Fall auch erheblich von dem vom BSG entschiedenen (a.a.O.). Dort hat das BSG eine Unbilligkeit insbesondere deshalb angenommen, weil durch eine spätere Inanspruchnahme die Beklagte so gestellt werden sollte, wie sie ohne ihre

anfängliche Leistungsablehnung gestanden hätte. Hiernach wäre es unbillig gewesen, die Beklagte auf Kosten Dritter zu entlasten, weil ihre mit der irrtümlichen Leistungserbringung durch die Klägerin verbundene Begünstigung letztlich auf einem fehlerhaftem Verwaltungshandeln in Gestalt einer rechtswidrigen Leistungsablehnung beruht hat. Genau dieser für eine Unbilligkeit sprechende Ansatz ist im hier zu entscheidenden Rechtsstreit eben nicht gegeben, da die Beklagte zu keiner Zeit eine Leistungsablehnung gegenüber dem Versicherten S ausgesprochen hat, vielmehr, nach Erhalt des erforderlichen Durchgangsarztberichtes, in das Heilverfahren eingetreten ist und die entsprechenden Kosten für die Heilbehandlung aufgrund des Unfallereignisses übernommen hat.

28 Die von der Klägerin übernommenen privatärztlichen Rechnungen des Versicherungsnehmers sind auch nicht anstelle einer Leistungspflicht der Beklagten erstattet worden, sondern zusätzlich. Sie sind kein Bestandteil des Heilverfahrens der gesetzlichen Unfallversicherung im Sinne der §§ 26 ff. SGB VII gewesen, sondern darüber hinaus im Rahmen einer privatärztlichen Heilbehandlung durchgeführt worden. Mit der Inanspruchnahme privatärztlicher Behandlungsmaßnahmen hat sich der Versicherungsnehmer aber gerade nicht im Leistungssystem der gesetzlichen Unfallversicherung bewegt.

29 Daher ist vorliegend auch der Einwand berechtigt, dass durch die Zulassung einer nachträglichen Leistungsbestimmung im Rahmen öffentlich-rechtlicher Beziehungen allein durch eine private Krankenkasse dem zuständigen Leistungsträger eine Leistung aufgedrängt würde, über deren Gewährung er aber selbst zu entscheiden hat und ihm eine bestimmte Auffassung von der Anwendung materiellen Rechts aufgezwungen und vollendete Tatsachen geschaffen würden (OVG Nordrhein-Westfalen vom 12. Mai 2006, Az. 1 A 3106/04).

30 Im Übrigen hält es die Kammer in diesem Zusammenhang für durchaus nachvollziehbar, dass die den Sohn des Versicherungsnehmers zunächst behandelnde Ärztin Dr. A, wie von ihr glaubhaft schriftlich ausgeführt, den Versicherungsnehmer auf den Umstand hingewiesen hat, dass die Behandlung durch einen anderen Arzt, in diesem Fall Durchgangsarzt, stattfinden müsse. Dafür spricht auch, dass sie den Unfallverletzten nach ihrer ersten Behandlung am 26. Juni 2017 schließlich doch am 29. Juni 2017 an die Durchgangsärzte Prof. Dr. D/Dr. E überwiesen hat, welche dann mittels Durchgangsarztbericht die Beklagten erst vom dem Unfallereignis informierten.

31 Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a SGG in Verbindung mit § 154 Abs. 1 VwGO.

32 Die Streitwertfestsetzung ergibt sich aus § 52 Abs. 1 GKG und richtet sich nach dem mit der Klage verfolgten wirtschaftlichen Interesse der Klägerin.

UVR-Exklusiv

Die Redaktion bedankt sich bei der Unfallkasse Nordrhein-Westfalen für die Zusendung der Entscheidung, die bislang noch nicht veröffentlicht wurde.

Echo

Aus anderen Publikationen

Hinter Gesetzesänderungen stehen in der Regel konkrete Auswirkungen für die Betroffenen. Dazu gehört zum Beispiel, dass die Verordnung von Cannabis-Blüten zulasten der GKV seit dem 30.07.2026 mit Inkrafttreten des GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetz nicht mehr möglich ist.

Was passiert nun, wenn die Versorgung seit Jahren erfolgreich war, sich der Versicherte aber die Cannabisblüten privat nicht finanziell leisten kann? Das SG Frankfurt/Main (Beschl. v. 21.08.2026 - S 14 KR 409/26 ER) und das SG Dresden (Beschl. v. 28.08.2026 - S 11 KR 486/26 ER) hatten diese Fragen im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes zu entscheiden.

Das SG Frankfurt/Main stellte fest, dass es keinen Anspruch auf eine Weiterversorgung mit Cannabisblüten im Anschluss an das Inkrafttreten des GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetzes gäbe; bei einer lebensbedrohlichen oder gleichwertigen Erkrankung könne eine ausnahmsweise Versorgung nach § 2 Abs. 1 a SGB V möglich sein (die das Gericht aber im vorliegenden Fall nicht annahm).

Verwaltungsrechtlich differenzierter entschied das SG Dresden: Es bestätigte den Versorgungsanspruch des Versicherten bis zur wirksamen Aufhebung des nachträglich rechtswidrig gewordenen Verwaltungsaktes. Beide Entscheidungen werden kurz, präzise und prägnant von der Frankfurter Rechtsanwältin *Dr. Jana Schäfer-Kuczynski* im Fachdienst Sozialversicherungsrecht (FD-SozVR 2026, 816837: **„Anspruchsausschluss auf Cannabisblüten-Versorgung zu Lasten der GKV nach Inkrafttreten des GKV-Beitragsstabilisierungsgesetzes“**) vorgestellt und bewertet.

Die Gesetzesänderung betrifft die Versorgung durch die gesetzliche Krankenversicherung; für die Versorgung durch die gesetzliche Unfallversicherung ergeben sich nicht notwendigerweise dadurch Änderungen, worauf *Martin Kunze* in seinem Beitrag in dieser Ausgabe verweist.

Mit der Frage **„Wirtschaftlichkeit und Nachhaltigkeit in der GKV“** beschäftigt sich in der „Neuen Zeitschrift für Sozialrecht“ (NZS 2026, 652 ff.) *Dr. Isa Bilgen*, die wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Potsdam ist. Sie kommt zum Ergebnis, dass eine rein kostenorientierte Auslegung des Wirtschaftlichkeitsgebots den langfristigen Sicherungsauftrag der GKV verfehle; das Wirtschaftlichkeitsgebot müsse nachhaltigkeitsorientiert verstanden und insbesondere um eine ökologische Dimension erweitert werden.

Auf eine **aktuelle Entscheidung im Krankenversicherungsrecht** verweist die Fachzeitschrift „Kranken- und Pflegeversicherung“ (KrV 2026, 191 ff.). In zwei Leitsätzen heißt es in einer Entscheidung des BSG (Urt v. 18.06.2026 - B 3 KR 2/25 R), die sich mit der Versorgung mit restkraftunterstützendem elektrischem Antrieb zum mittelbaren Behinderungsausgleich im Nahbereich auseinandersetzt: „1. Nach der neueren Rechtsprechung des Senats ist im Rahmen des Versorgungsziels des mittelbaren Behinderungsausgleichs

für das Versorgungsbegehren einer zumutbaren Erschließung des Nahbereichs der Wohnung mit eigener Körperkraft mittels einer motorunterstützten Mobilitätshilfe regelhaft abzustellen auf die konkreten örtlichen Gegebenheiten der wesentlichen Versorgungs- und Gesunderhaltungswege einschließlich von Freizeitwegen im danach anzuerkennenden Nahbereich. 2. Liegt jedenfalls ein wesentlicher Teil der im Alltag anfallenden Versorgungs- und Gesunderhaltungswege nach den konkreten Umständen des Einzelfalls außerhalb der von Fußgängern üblicherweise zurückgelegten Wegstrecke und können jedenfalls diese Wege unter Einsatz auch eigener Körperkraft zumutbar nur mit einer motorunterstützten Mobilitätshilfe bewältigt werden, dann stehen Reichweite und Geschwindigkeit der damit eröffneten Fortbewegung einem Versorgungsanspruch nicht entgegen.“

Die Besichtigung eines privat anzumietenden Stellplatzes in einer Tiefgarage in der Nähe des Arbeitsplatzes ist eine eigenwirtschaftliche Tätigkeit, die keinen Arbeitsunfall (§ 8 SGB VII) begründen kann. Das gilt auch in Ansehung des § 164 Abs. 4 Nr. 4 SGB IX, der Arbeitgebern eine Pflicht zur Einrichtung von sog. Behindertenparkplätzen - zumindest für Beschäftigte mit dem Merkzeichen „aG“ - auferlegt. Entschieden hat dies das LSG Hamburg (Urt. v. 03.06.2026 - L 2 U 13/25). Die Entscheidung bespricht Ass. iur. *Tobias Schlaeger* (Unfallkasse Nordrhein-Westfalen) im juris PraxisReport Sozialrecht (jurisPR-SozR 15/2026 Anm. 2 **„Anmieten eines sog. Behindertenparkplatzes unfallversichert?“**).

In der Zeitschrift „Wege zum Sozialrecht“ veröffentlichte der stellvertretende Bundesvorsitzende der Gewerkschaft der Sozialverwaltung, *Manfred Eichmeier*, einen insbesondere für Studierende lohnenden Überblick über **„50 Jahre Opferentschädigung“** und damit auch über den Weg vom OEG zum SGB XIV (WzS 2026, 293 ff.).

Dr. Simon Roesen ist Lehrkraft für besondere Aufgaben an der DGUV Hochschule und dort für den Bereich „Mitgliedschaft und Beitrag“ zuständig. Er veröffentlichte nun seine Dissertation **„Das Bundessozialgericht als Tatsacheninstanz“** (Nomos Verlag, 557 Seiten, 189,00 Euro), die sich mit generellen Tatsachen in der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zum Off-Label-Use von Arzneimitteln beschäftigt.

Abschließend weisen wir auf die Veröffentlichung unseres Mit-Herausgebers, *Prof. Dr. Eric Zimmermann*, hin: **„Grundwissen Geldleistungen der gesetzlichen Unfallversicherung“** (UTB Verlag, 580 Seiten, 49,90 Euro). Das Werk beschäftigt sich insbesondere mit dem Verletztengeld, Übergangsgeld, der Versichertenrente und Hinterbliebenenleistungen.

Impressum

UVR – UV Recht & Reha Aktuell

Herausgegeben von

Prof. Dr. Denis Hedermann
und Prof. Dr. Eric Zimmermann
DGUV Hochschule
Seilerweg 54
36251 Bad Hersfeld
Telefon 030 13001-69000
E-Mail uvr@dguv.de
Internet www.dguv.de/hochschule

Rechtliche Vertretungsberechtigung

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV)
Vorsitzende des Vorstandes:
Volker Enkerts, Hans-Peter Kern
Hauptgeschäftsführer: Dr. Stephan Fasshauer
Glinkastraße 40
10117 Berlin
Telefon 030 13001-0
E-Mail info@dguv.de
Umsatzsteuer-Identifikationsnummer: DE123382489
Vereinsregister-Nr. VR 751 B (Amtsgericht Charlottenburg)

ISSN 3055-0335

Redaktion

Prof. Dr. Denis Hedermann (V.i.S.d.P.)
Prof. Dr. Eric Zimmermann (V.i.S.d.P.)
Sabine Wallau
Elke Krah

Erscheinungsweise

Zweimonatlich

Abonnement/Newsletter

Anmeldung zum UVR-Newsletter zur automatischen Erinnerung an die nächste Ausgabe unter: www.dguv.de/uvr

Archiv

Alle Ausgaben erhältlich unter: www.dguv.de/uvr

Rechtlicher Hinweis

Die mit Autorennamen versehenen Beiträge in dieser Zeitschrift geben ausschließlich die Meinungen der jeweiligen Verfasser wieder.

Hinweise für Autorinnen und Autoren der UVR

Die UVR lebt von unterschiedlichen Meinungen und ist das perfekte Medium, um Personen zu erreichen, die sich mit dem Unfallversicherungsrecht beschäftigen. Wenn Sie einen Beitrag einreichen wollen, nehmen Sie bitte Kontakt zu Prof. Dr. Hedermann oder Prof. Dr. Zimmermann auf unter: uvr@dguv.de

Die nächste UVR – UV Recht & Reha Aktuell erscheint im **Dezember 2026** (Ausgabe 06/26).