

Titel:

Direktanmeldung und Fristwahrung beim öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch nach § 111 SGB X

Normenketten:

SGB X § 111 S. 1, S. 2

BGB § 242, §§ 683 ff.

Leitsatz:

Die Anmeldung eines Erstattungsanspruchs i.S.d. § 111 Satz 1 SGB X muss zur Fristwahrung grundsätzlich direkt gegenüber dem erstattungspflichtigen Träger erfolgen. (Rn. 47 – 64)

Schlagworte:

Gerichtskosten, Berufungsverfahren, Erstattungsanspruch, Heilbehandlung, Rehabilitation, Ausschlussfrist, Treu und Glauben, Anmeldung, direkt, erstattungspflichtiger Träger

Vorinstanz:

SG München, Urteil vom 13.03.2025 – S 24 U 570/21

Tenor

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

1

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

2

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.

3

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).

4

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.

5

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.

6

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.

7

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

8

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

9

Die Beigeladene holte daraufhin das HNOärztliche 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 neurologischpsychiatrische 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 Höchstsatzes.

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.

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 unstrittig. 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,

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

33

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

34

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.

35

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.

36

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

Entscheidungsgründe

37

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.

38

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).

39

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).

40

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.

41

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.

42

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.

43

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).

44

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).

45

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.

46

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.

47

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.

48

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).

49

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.

50

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 genügt. 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.

51

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.

52

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.

53

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.

54

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 Kenntnisnahme von der Entscheidung des erstattungspflichtigen Leistungsträgers über seine Leistungspflicht kann aber nicht vorliegen, wenn der Erstattungsverpflichtete eine materiellrechtliche Entscheidung über Leistungen, wie sie der Erstattungsberechtigte 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 Versicherungsfalls und die Gewährung einer Verletztenrente keine Entscheidung über eine Leistungspflicht. Es ist nämlich zwischen der Entscheidung eines Unfallversicherungsträgers über das Vorliegen eines Versicherungsfalls 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.

55

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.

56

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).

57

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).

58

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.

59

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.

60

Ebenso scheidet ein Anspruch auf Erstattung aus öffentlichrechtlicher 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.

61

Auch ein öffentlichrechtlicher 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.

62

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 öffentlichrechtlicher 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.

63

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.

64

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.

65

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

66

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

67

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.

68

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).

69

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).