

Erbringt ein privates Krankenversicherungsunternehmen Heilbehandlung und Hilfsmittel für ihren Versicherten bevor das Unfallereignis als Arbeitsunfall anerkannt wird, steht ihr ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch in weitgehender Analogie zu den §§ 812 BGB ff. gegen den Unfallversicherungsträger zu.

§ 170 Abs. 2 SGG, § 13 Abs. 3 SGB V, § 812 BGB, § 86 Abs. 1 VVG

Urteil des BSG vom 03.04.2014 – B 2 U 21/12 R –

Aufhebung des Urteils des SG Köln vom 08.06.2012 – S 18 U 319/11 – und Zurückverweisung

Die Klägerin, ein privates Krankenversicherungsunternehmen, macht gegen den beklagten Unfallversicherungsträger Aufwendungsersatzansprüche i.H.v. ca. 100.000 € für von ihr erbrachte Heilbehandlung und Hilfsmittel anlässlich eines erst nachträglich anerkannten Arbeitsunfalls des Versicherten G. geltend, der als Inhaber eines Fahrradgeschäfts bei einer Mountainbike – Testfahrt auf Teneriffa verunglückte. G. trat nach der Anerkennung des Unfallereignisses als Arbeitsunfalls durch die Beklagte seine „Ansprüche auf Erstattung sämtlicher Krankheitskosten“ an die Klägerin ab.

Das **BSG** hob im Rahmen der **Sprungrevision** das **klageabweisende Urteil des SG Köln** auf und **verwies** den Rechtsstreit **hinsichtlich der Höhe** der Forderung zur erneuten Verhandlung an das Ausgangsgericht gemäß § 170 Abs. 2 SGG **zurück**. Der Klägerin stehe dem Grunde nach ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch zu, weil die Beklagte mit der Kostenübernahme ohne Rechtsgrund bereichert sei.

Die Klägerin habe **keinen Anspruch auf Erstattung ihrer Aufwendungen aus abgetretenem Recht i. V. m. § 13 Abs. 3 SGB V** (in analoger Anwendung; vgl. Rz. 13). Gegen die Beklagte hätte der Verletzte einen Anspruch auf „Naturalleistung“ nach § 26 Abs. 4 S. 2 SGB VII gehabt, der gemäß § 53 Abs. 1 SGB I nicht übertragen werden könne. **§ 13 Abs. 3 SGB V** beinhalte einen Kostenerstattungsanspruch, der an die Stelle der Naturalleistung trete und **auch in der gesetzlichen Unfallversicherung bestehe**, weil damit eine Regelungslücke geschlossen werde (vgl. Urteil des BSG vom 20.03.2007 – B 2 U 38/05 R – [\[UVR 10/2007, S. 671\]](#)). Es könne dahingestellt bleiben, ob der Versicherte mit der Abtretung seiner Rechte dem Bestimmtheitserfordernis genüge getan habe, denn **auch bei ordnungsgemäßer Abtretung des Anspruchs aus § 13 Abs. 3 SGB V sei nur das Recht auf Auszahlung abtretbar, nicht aber das Recht, den Anspruch prozessual zu verfolgen** (vgl. Rz. 16).

Einen Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs. 3 SGB V habe die Klägerin auch nicht im Wege des gesetzlichen Forderungsüberganges nach § 86 Abs. 1 i. V. m. § 194 Abs. 1 S. 1 VVG erworben. Unabhängig von der Frage, ob die nach dem VVG erforderliche Kongruenz der Ansprüche vorliege, verbiete das aus dem Sozialrechtsverhältnis resultierende Schutzbedürfnis des Sozialleistungsberechtigten, ihn aus dem gesamten Sozialrechtsverhältnis durch die gerichtliche Geltendmachung des Anspruchs zu verdrängen (vgl. Rz. 18).

Ein **Anspruch in Analogie zu § 677 BGB (Geschäftsführung ohne Auftrag)** scheitere daran, dass die Klägerin kein fremdes Geschäft, sondern eine vermeintlich eigene Verbindlichkeit erfüllen wollte (vgl. Rz. 19).

Jedoch stehe der Klägerin ein Recht auf Herausgabe des Erlangten dem Grunde nach **als öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch** in „*weitgehender Analogie zu den §§ 812 ff BGB*“ zu (vgl. Rz. 22). Durch die Übernahme der Behandlungs- und Hilfsmittelkosten habe die Klägerin zwar zunächst an ihren Versicherten geleistet. „*Aufgrund einer – auch im Rahmen eines öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs – zulässigen nachträglichen Tilgungsbestimmung hat sie aber auch eine Leistung an die Beklagte erbracht*“ (vgl. Rz. 23). Ihre Leistungspflicht sei

nachträglich durch die Anerkennung des Unfalls als Arbeitsunfall entfallen. „Nach der Rechtsprechung des BGH zu § 812 BGB ist ein Leistender, der in der irrigen Annahme einer eigenen Schuld Leistungen erbracht hat, 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 geltend sollen“ (vgl. Rz. 24). Diese Billigkeitsüberlegungen des BGH gälten auch im Sozialrecht. Der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch scheitere auch nicht an § 818 Abs. 3 oder § 814 BGB, da der Unfallversicherungsträger kraft Gesetz zur Leistung verpflichtet sei (Rz. 27).

Das **Bundessozialgericht** hat mit **Urteil vom 03.04.2014 – B 2 U 21/12 R –** wie folgt entschieden:

Tatbestand

1

Die Klägerin begehrt als privates Krankenversicherungsunternehmen von der Beklagten die Erstattung von Aufwendungen, die sie aufgrund eines Krankenvollversicherungsvertrages dem Versicherungsnehmer K. G. (G.) für Heilbehandlungsmaßnahmen und Hilfsmittel erbracht hat.

2

Der Versicherungsnehmer G. betreibt ein Fahrradgeschäft. Er verunglückte am 6.2.2010 bei einer Testfahrt mit einem Mountainbike auf der Insel Teneriffa schwer. Die Beklagte lehnte gegenüber G. zunächst eine "Entschädigung" des Unfalls ab, weil der Aufenthalt auf Teneriffa im Wesentlichen durch private Tätigkeiten geprägt und nicht betrieblich bedingt gewesen sei (Bescheid vom 16.4.2010). Daraufhin beglich die Klägerin die ihr für die Krankenhausbehandlung des G. und dessen Versorgung mit Hilfsmitteln in Rechnung gestellten Kosten.

3

Auf den Widerspruch des G. erkannte die Beklagte sodann den Unfall vom 6.2.2010 als Arbeitsunfall an (Bescheid vom 1.9.2010). Am 8.12.2010 trat dieser seine "Ansprüche auf Erstattung sämtlicher Krankheitskosten" gegen die Beklagte aufgrund seines Unfalls an die Klägerin ab. Die Klägerin forderte die Beklagte zuletzt mit Schreiben vom 28.2.2011 erfolglos auf, die Behandlungskosten zu erstatten. Sie erhob daraufhin am 25.7.2011 Klage.

4

Das SG Köln hat die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, eine Kostenerstattungspflicht der Beklagten bestehe nicht. Ein Ausgleichsanspruch nach § 102 SGB X scheitere daran, dass die Klägerin kein Träger der gesetzlichen Krankenversicherung sei. Auch das Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) sei nicht einschlägig. Für eine analoge Anwendung des § 13 Abs 3 SGB V fehle es an einer Regelungslücke. Einem Anspruch aus Geschäftsführung ohne Auftrag (GoA) stehe entgegen, dass die Klägerin die Rechnungen in Erfüllung ihrer vertraglichen Leistungsverpflichtung gegenüber G. beglichen und damit kein fremdes Geschäft habe besorgen wollen. Die Voraussetzungen eines Bereicherungsanspruchs nach § 812 Abs 1 Satz 1 BGB seien ebenfalls nicht erfüllt. Die Beklagte habe als vermögenswerten Vorteil zwar die Befreiung von einer Verbindlichkeit, nicht aber eine ausgleichspflichtige Leistung von der Klägerin erlangt. Zudem ergebe sich aus § 5 Abs 3 der Musterbedingungen 1994 zur Krankheitskosten- und Krankenhaustage-

geldversicherung (MB/KK 94) ein Rückgriffsrecht des Versicherers gegenüber seinen Versicherten.

5

Mit der vom SG zugelassenen Sprungrevision rügt die Klägerin die Verletzung der § 86 VVG, § 13 Abs 3 SGB V, § 683 Satz 1 BGB sowie des § 812 Abs 1 Satz 1 BGB. Der mit der rechtswidrigen Ablehnung eines Arbeitsunfalles entstandene Kostenerstattungsanspruch des G. gegenüber der Beklagten nach § 13 Abs 3 SGB V sei nach § 86 VVG auf den Versicherer übergegangen. Zudem sei dieser Anspruch wirksam abgetreten worden. Mit den Zahlungen an G. sei zumindest auch ein fremdes Geschäft iS einer GoA besorgt worden. Außerdem bestehe ein Bereicherungsanspruch. Die Beklagte sei durch die Leistungserbringung aufgrund des Krankenvollversicherungsvertrages von ihren eigenen Verbindlichkeiten befreit worden und habe damit einen vermögenswerten Vorteil erlangt. Für die Vermögensverschiebung fehle es wegen der Subsidiaritätsklausel des § 5 Abs 3 MB/KK 94 an einem rechtfertigenden Grund.

6

Die Klägerin beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts Köln vom 8. Juni 2012 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an sie 101 749,12 Euro zuzüglich Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 25. Juli 2011 zu zahlen.

7

Die Beklagte beantragt,
die Revision zurückzuweisen.

8

Sie hält die angegriffene Entscheidung für zutreffend. Ansprüche aus der gesetzlichen Unfallversicherung würden vom Forderungsübergang des § 86 VVG nicht erfasst. Der bereicherungsrechtlich allein in Betracht kommenden Leistungskondition stehe entgegen, dass die Klägerin aufgrund des privaten Versicherungsvertrages eine bewusste Zuwendung gegenüber G. vorgenommen habe. Deren vertragliche Leistungspflicht sei über § 5 Abs 3 MB/KK 94 auch nicht nachträglich entfallen.

Entscheidungsgründe

9

Die zulässige Sprungrevision ist iS der Aufhebung des angefochtenen Urteils und Zurückverweisung der Sache an das SG zur erneuten Verhandlung und Entscheidung begründet (§ 170 Abs 2 Satz 2 SGG). Entgegen der Rechtsansicht des SG steht der Klägerin ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch dem Grunde nach zu, weil sie die Beklagte mit der Kostenübernahme ohne Rechtsgrund bereichert hat. Die vom SG festgestellten Tatsachen reichen allerdings für eine abschließende Entscheidung über die Höhe des von der Klägerin geltend gemachten Zahlungsanspruchs nicht aus.

10

1. Für den hier geltend gemachten Erstattungs- und Zinsanspruch ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten schon wegen der Bindung des Revisionsgerichts nach § 17a Abs 5 GVG an die Rechtswegbestimmung durch das SG eröffnet. Abgesehen davon hat sich das SG zu Recht auf § 51 Abs 1 Nr 3 SGG gestützt, wonach die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit über öffentlich-rechtliche Streitigkeiten in Angelegenheiten der gesetzlichen

DOK 163.44

Unfallversicherung mit Ausnahme der Streitigkeiten aufgrund der Überwachung der Maßnahmen zur Prävention durch die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung entscheiden. Die Klägerin macht die Erstattung von Aufwendungen für eine stationäre Behandlung des G. und dessen Versorgung mit Hilfsmitteln geltend, auf die Versicherte infolge eines Arbeitsunfalles gegenüber dem zuständigen Unfallversicherungsträger nach § 26 Abs 1 Satz 1 iVm § 27 Abs 1 Nr 4 und 6 SGB VII Anspruch haben. Das Streitverhältnis ist damit dem gesetzlichen Unfallversicherungsrecht zuzuordnen.

11

Die auf Zahlung von Aufwendungsersatz gerichtete (echte) Leistungsklage nach § 54 Abs 5 SGG ist statthaft und zulässig. Die Beklagte ist weder berechtigt noch verpflichtet, über das Bestehen und die Höhe des geltend gemachten öffentlich-rechtlichen Zahlungsanspruchs durch Verwaltungsakt gegenüber der Klägerin zu entscheiden. Eine ausdrückliche Ermächtigung hierzu ist weder durch Gesetz noch aufgrund eines Gesetzes bestimmt. Besondere Sachentscheidungsvoraussetzungen sind daher nicht zu beachten. Damit war weder ein Vorverfahren durchzuführen noch eine Klagefrist einzuhalten.

12

Die Klage ist auch dem Grunde nach begründet. Die Klägerin kann sich zwar nicht auf den geltend gemachten Kostenerstattungsanspruch des § 13 Abs 3 SGB V berufen, und zwar weder aus abgetretenem Recht (dazu 2.) noch aufgrund eines gesetzlichen Forderungsübergangs (dazu 3.). Als Rechtsgrundlage kommt auch nicht § 683 BGB in analoger Anwendung wegen einer öffentlich-rechtlichen GoA in Betracht (dazu 4.). Der Klägerin steht wegen der an die Beklagte ohne Rechtsgrund erbrachten Zahlungen aber ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch dem Grunde nach zu (dazu 5.). Dem stehen die Rechtsgedanken der § 818 Abs 3 und § 814 BGB nicht entgegen (dazu 6.). Allerdings kann aufgrund fehlender Feststellungen des SG nicht abschließend beurteilt werden, in welcher Höhe die Beklagte Aufwendungen erspart hat (dazu 7.).

13

2. Ein Anspruch der Klägerin aus abgetretenem Recht besteht nicht, denn sie hat mit der Abtretung der "Ansprüche auf Erstattung sämtlicher Krankheitskosten" durch G. nicht die Befugnis erlangt, einen Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs 3 SGB V prozessual zu verfolgen. § 53 Abs 2 SGB I schließt die Abtretung eines solchen Anspruchs zwar nicht aus, soweit es sich um einen bezifferten Erstattungsbetrag handelt. Die Abtretung erstreckt sich aber im Rahmen eines Sozialrechtsverhältnisses nicht auf das Recht, den Kostenerstattungsanspruch im Verwaltungs- oder Gerichtsverfahren feststellen zu lassen.

14

Nach § 53 Abs 1 SGB I können Ansprüche auf Dienst- und Sachleistungen weder übertragen noch verpfändet werden. Gemäß § 26 Abs 1 Satz 1 SGB VII haben Versicherte nach Maßgabe der folgenden Vorschriften und unter Beachtung des SGB IX Anspruch auf ua Heilbehandlung einschließlich Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Diese Leistungen sind nach § 26 Abs 4 Satz 2 SGB VII als Sach- und Dienstleistungen zur Verfügung zu stellen und daher als "Naturalleistung" zu gewähren, soweit das SGB VII oder SGB IX keine Abweichungen vorsehen. Übertragbar sind allerdings unter Berücksichtigung der weiteren Voraussetzungen des § 53 Abs 2 SGB I Ansprüche auf Geldleistungen. Der Kostenerstattungsanspruch des § 13 Abs 3 SGB V, der an die Stelle des Naturalleistungsanspruchs tritt, ist auf Geldleistungen gerichtet (BSG vom 3.7.2012 - B 1 KR 6/11 R - BSGE 111, 137 = SozR 4-2500 § 13 Nr 25, RdNr 10 mwN) und damit grundsätzlich ab-

tretbar (BSG vom 18.7.2006 - B 1 KR 24/05 R - BSGE 97, 6 = SozR 4-2500 § 13 Nr 9, RdNr 13 mwN).

15

§ 13 Abs 3 SGB V ist in der gesetzlichen Unfallversicherung auch entsprechend anwendbar, weil hierdurch eine in diesem Sozialversicherungszweig hinsichtlich der Kostenerstattung bestehende Regelungslücke sachgerecht ausgefüllt wird (BSG vom 20.3.2007 - B 2 U 38/05 R - SozR 4-1300 § 48 Nr 10 RdNr 13 mwN). Danach hat der Unfallversicherungsträger, der eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat, dem Verletzten die Kosten einer von ihm selbst getragenen notwendigen Heilbehandlung oder Rehabilitation zu erstatten.

16

Es kann aber dahingestellt bleiben, ob vorliegend die Voraussetzungen des Kostenerstattungsanspruchs nach § 13 Abs 3 SGB V erfüllt sind und dessen Abtretbarkeit iS des § 53 Abs 2 oder 3 SGB I gegeben ist. Der Senat braucht auch nicht zu entscheiden, ob die von G. erklärte Abtretung der "Ansprüche auf Erstattung sämtlicher Krankheitskosten" hinreichend bestimmt und damit wirksam vereinbart worden ist. Eine Abtretung genügt nur dann dem Bestimmtheitserfordernis, wenn die betreffende Forderung und ihr Rechtsgrund so genau bezeichnet sind, dass bei verständiger Auslegung unzweifelhaft feststeht, welche Forderung Gegenstand der Zwangsvollstreckung sein soll (BSG vom 19.3.1992 - 7 RAR 26/91 - BSGE 70, 186, 192 = SozR 3-1200 § 53 Nr 4, S 22). Denn auch bei einer ordnungsgemäßen Abtretung eines Kostenerstattungsanspruchs nach § 13 Abs 3 SGB V ist jedenfalls nur das Recht auf Auszahlung des festgestellten und damit bezifferten Erstattungsbetrages abtretbar, nicht aber zugleich die Befugnis, einen darauf gerichteten Anspruch prozessual zu verfolgen. Durch den Anspruchsübergang tritt im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuchs der Abtretungsempfänger nicht in die gesamte Rechtsstellung des Abtretenden aus dem Sozialrechtsverhältnis ein. Anders als im Bürgerlichen Recht ist im Sozialrecht mit der Abtretung keine umfassende Neubestimmung der Gläubigerstellung verbunden. Um dem besonderen Schutzbedürfnis der Sozialleistungsberechtigten und ihrer Einbindung in spezifische Mitwirkungslasten (§§ 60 ff SGB I) Rechnung zu tragen, wird dem Abtretungsempfänger aus dem Gesamtkomplex der das Sozialrechtsverhältnis prägenden Rechtsbeziehungen nur ein auf die Auszahlung begrenzter Anspruch übertragen, ohne dass sich der Inhalt des zugrunde liegenden Rechts verändert (BSG vom 3.7.2012 - B 1 KR 6/11 R - BSGE 111, 137 = SozR 4-2500 § 13 Nr 25, RdNr 9, und vom 18.7.2006 - B 1 KR 24/05 R - BSGE 97, 6 = SozR 4-2500 § 13 Nr 9, RdNr 14 mwN). Dieser Rechtsprechung des 1. Senats des BSG schließt sich der erkennende Senat an. Die damit für das Sozialrechtsverhältnis geltende Beschränkung einer Abtretung auf bezifferte Geldforderungen schließt die Geltendmachung eines - wie hier - noch nicht festgestellten Kostenerstattungsanspruchs durch den Abtretungsempfänger - hier die Klägerin - aus.

17

3. Einen uneingeschränkten Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs 3 SGB V hat die Klägerin auch nicht im Wege des gesetzlichen Forderungsübergangs gemäß § 86 Abs 1 Satz 1 iVm § 194 Abs 1 VVG erworben.

18

Steht einem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch nach § 86 Abs 1 Satz 1 VVG auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Diese Regelung ist über § 194 Abs 1 Satz 1 VVG auch für die private Krankenversicherung maßgebend, soweit der Krankenversicherungsschutz nach den

Grundsätzen der Schadensversicherung gewährt wird. Voraussetzung für den gesetzlichen Forderungsübergang ist ua eine Kongruenz zwischen der Leistung des Versicherers und dem Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers (OLG Frankfurt/M vom 6.11.2002 - 23 U 17/02 - juris RdNr 2 mwN). Der Rechtsübergang erfasst Ansprüche, die dem Ausgleich des dem Versicherungsnehmer entstandenen Schadens dienen. Ob ein noch nicht festgestellter Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs 3 SGB V in einer solchen Kongruenz zu den von der Klägerin erbrachten Leistungen steht, kann der Senat aus denselben Gründen offen lassen, die bereits soeben (unter 2.) im Zusammenhang mit der Abtretung nach § 53 SGB I dargelegt wurden. Der Erstattungsanspruch nach § 13 Abs 3 SGB V ist schon deshalb nicht übergangsfähig, weil - ebenso wie bei 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 verbietet. § 86 Abs 1 Satz 1 VVG bezweckt zweierlei. Einerseits soll der zur Leistung verpflichtete Dritte keinen Vorteil durch die Leistung des Versicherers erzielen und nicht von seiner Verpflichtung befreit werden. Andererseits soll eine Bereicherung des Berechtigten und Versicherungsnehmers durch einen doppelten Leistungsbezug verhindert werden. Der gesetzlich vorgesehene Forderungsübergang zielt aber ebenso wenig wie die grundsätzlich nach § 53 Abs 2 SGB I zulässige Abtretung darauf ab, den Sozialleistungsberechtigten aus dem gesamten Sozialrechtsverhältnis zu verdrängen und ihn durch einen neuen Gläubiger zu ersetzen. Denn ansonsten würde der sozialrechtliche Anspruch auch inhaltlich verändert (vgl BSG vom 18.7.2006 - B 1 KR 24/05 R - BSGE 97, 6 = SozR 4-2500 § 13 Nr 9, RdNr 14 mwN).

19

4. Der geltend gemachte Zahlungsanspruch lässt sich ferner nicht aus den Vorschriften über eine GoA gemäß §§ 677 ff BGB ableiten, die im öffentlichen Recht entsprechend anzuwenden sind (BSG vom 27.6.1990 - 5 RJ 39/89 - BSGE 67, 100, 101 = SozR 3-7610 § 683 Nr 1, S 2 mwN). Für den Bereich der Sozialversicherung gilt dies jedenfalls dann, wenn der Geschäftsführer - wie hier die Klägerin - kein Leistungsträger iS der §§ 102 ff SGB X ist, mithin ein Erstattungsanspruch nach diesen Bestimmungen ausscheidet, und der Geschäftsführer mit der Geschäftsführung eine Aufgabe eines sozialrechtlichen Leistungsträgers übernommen hat (BSG vom 17.11.1999 - B 6 KA 14/99 R - SozR 3-2500 § 75 Nr 11 S 56 mwN). Die öffentlich-rechtliche Natur der GoA ergibt sich hier daraus, dass die Klägerin die Kosten für Heilbehandlungsmaßnahmen und Hilfsmittel übernommen hat, die von der Beklagten als zuständiger Unfallversicherungsträger als Sachleistung zur Verfügung zu stellen sind (§ 26 Abs 1 Satz 1, Abs 4 Satz 2, § 27 Abs 1 Nr 4 und 6 SGB VII). An besonderen Bestimmungen, die das Verhältnis zwischen Geschäftsführer und Geschäftsherrn abweichend regeln, die den Handelnden zum unentgeltlichen Tätigwerden verpflichten oder die einen Rückgriff auf die Grundsätze über die GoA nicht erlauben, fehlt es im vorliegenden Verfahren (vgl BSG aaO). Allerdings ist die Voraussetzung, dass die Klägerin ein fremdes Geschäft führte, als sie die Zahlungen an G. erbrachte, nicht erfüllt.

20

Nach § 677 BGB liegt eine GoA vor, wenn jemand ein Geschäft für einen anderen besorgt, ohne von ihm beauftragt oder ihm gegenüber sonst dazu berechtigt zu sein. Der Geschäftsführer kann gemäß § 683 BGB wie ein Beauftragter (§ 670 BGB) Ersatz seiner Aufwendungen verlangen, wenn die Übernahme der Geschäftsführung dem Interesse und dem wirklichen oder dem mutmaßlichen Willen des Geschäftsherrn entspricht. An der da-

mit erforderlichen Fremdgeschäftsführung fehlt es hier, weil die Klägerin mit der Kostenübernahme eine aus dem Krankenversicherungsvertrag resultierende eigene Verbindlichkeit gegenüber ihrem Versicherungsnehmer G. erfüllte. Bei einem solch objektiv eigenen Geschäft kann nur dann eine Geschäftsführung für einen anderen vorliegen, wenn der Wille des Geschäftsführers zur vornehmlichen Wahrnehmung fremder Interessen nach außen hinreichend deutlich in Erscheinung tritt (BGH vom 3.3.2009 - XI ZR 41/08 - NJW 2009, 1879, 1881 f). Für einen derartigen Fremdgeschäftsführungswillen der Klägerin ist hier nichts ersichtlich.

21

5. Der Klägerin steht jedoch dem Grunde nach ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch zu. Da hier - wie bereits ausgeführt - die Rechtsbeziehungen zwischen den Beteiligten öffentlich-rechtlich geprägt sind, tritt an die Stelle des zivilrechtlichen Bereicherungsanspruchs nach § 812 BGB der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch (BSG vom 8.11.2011 - B 1 KR 8/11 R - BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 9).

22

Der im öffentlichen Recht auch ohne ausdrückliche Normierung seit langem zumindest gewohnheitsrechtlich anerkannte öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch (vgl nur BSG vom 30.1.1962 - 2 RU 219/59 - BSGE 16, 151, 156 = SozR Nr 1 zu § 28 BVG mwN zur älteren Rspr und Literatur; vgl Wolff/Bachof, Allgemeines Verwaltungsrecht, I § 55 RdNr 26; BVerwG vom 12.3.1985 - 7 C 48/82 - BVerwGE 71, 85 f) leitet sich aus allgemeinen Grundsätzen des Verwaltungsrechts, insbesondere der Gesetzmäßigkeit der Verwaltung ab. Er setzt voraus, dass im Rahmen eines öffentlichen Rechtsverhältnisses Leistungen ohne rechtlichen Grund erbracht oder sonstige rechtsgrundlose Vermögensverschiebungen vorgenommen worden sind und verschafft in weitgehender Analogie zu den §§ 812 ff BGB ein Recht auf Herausgabe des Erlangten. Beruht die Vermögensverschiebung auf einer Leistung ist allerdings der Vorrang der Leistungsbeziehung zu beachten. In einem solchen Fall kommt ein Erstattungsanspruch nur zwischen den an der Leistungsbeziehung direkt Beteiligten in Betracht (BSG vom 8.11.2011 - B 1 KR 8/11 R - BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 11; vom 27.8.2011 - B 4 AS 1/10 R - BSGE 109, 70 = SozR 4-4200 § 16 Nr 9, RdNr 24 und vom 28.10.2008 - B 8 SO 23/07 R - BSGE 102, 10 = SozR 4-2500 § 264 Nr 2, RdNr 27, jeweils mwN). Vorliegend hat die Klägerin durch die Übernahme der Behandlungs- und Hilfsmittelkosten für G. dennoch eine Leistung an die Beklagte erbracht (hierzu unter a). Da sie hierzu im Umfang des gesetzlichen Unfallversicherungsschutzes nicht verpflichtet war, ist die Beklagte ohne Rechtsgrund bereichert und damit zur Erstattung der ersparten Aufwendungen verpflichtet (b).

23

a) Mit der Begleichung der für die Krankenhausbehandlung des G. und dessen Versorgung mit Hilfsmitteln in Rechnung gestellten Kosten hat die Klägerin eine Leistung iS des § 812 Abs 1 Satz 1 Alt 1 BGB erbracht. Darunter ist die bewusste und zweckgerichtete Vermehrung fremden Vermögens zu verstehen. 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 16.5.2013 - IX ZR 204/11 - NJW 2013, 2519, 2520). Durch die Zweckgerichtetheit wird die Bezogenheit auf ein Kausalverhältnis deutlich, in dem mit der Leistung die geschuldete Erfüllung einer Verbindlichkeit bewirkt werden soll (BGH vom 27.2.2007 - XI ZR 56/06 - NJW 2007, 3127, 3130). Der Zweck der Leistung ist nach objektiven Kriterien aus der Sicht des Zahlungsempfängers zu beurteilen. Der Zuwendende leistet an den

Zahlungsempfänger, wenn er aus der 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 10.2.2005 - VII ZR 184/04 - BGHZ 162, 157, 160 = NJW 2005, 1356 f). Nach diesen Grundsätzen hat die Klägerin mit ihrer Zahlung zwar zunächst eine Leistung an ihren Versicherungsnehmer G. in Erfüllung des Krankenvollversicherungsvertrages bewirkt. Aufgrund einer - auch im Rahmen eines öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs - zulässigen nachträglichen Tilgungsbestimmung hat sie aber auch eine Leistung an die Beklagte erbracht.

24

Nachdem die Beklagte "die Entschädigung" des Unfalls abgelehnt hatte, war die Klägerin aufgrund des privatrechtlichen Krankenversicherungsvertrages verpflichtet, ihren Versicherungsnehmer G. von seinen Verbindlichkeiten gegenüber den Sachleistungserbringern freizustellen (vgl zur Haftpflichtversicherung BGH vom 29.2.2000 - VI ZR 47/99 - NJW 2000, 1718, 1719). Diese Leistungspflicht ist nachträglich mit der Anerkennung des Arbeitsunfalls durch Bescheid vom 1.9.2010 entfallen, weil durch einen Arbeitsunfall geschädigte Versicherte gegenüber dem zuständigen Unfallversicherungsträger ua nach § 26 Abs 1 Satz 1 iVm § 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 nach § 5 Abs 3 MB/KK 94 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 (§ 1 Nr 2, § 26 Abs 2 Nr 1 SGB VII), hat die Klägerin irrtümlich Versicherungsleistungen gewährt. Nach der Rechtsprechung des BGH zu § 812 BGB ist ein Leistender, der in der irrigen Annahme einer eigenen Schuld Leistungen erbracht hat, 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 sollen. 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 vom 15.5.1986 - VII ZR 274/85 - NJW 1986, 2700 f). Dieser Rechtsprechung des BGH, die in der zivilrechtlichen Literatur zum Teil auf Widerspruch gestoßen ist (vgl Krüger, in: Münchener Kommentar zum BGB, 6. Aufl 2012, § 267 RdNr 12; Bittner, in: Staudinger, Komm zum BGB, 2009, § 267 RdNr 45; Medicus, Bürgerliches Recht, 24. Aufl RdNr 951) schließt sich der erkennende Senat im vorliegenden Fall auch für den öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch an. Seine Anspruchsvoraussetzungen und Rechtsfolgen entsprechen denen des zivilrechtlichen Bereicherungsanspruchs, es sei denn, sie sind spezialgesetzlich geregelt. Ein Rückgriff auf die zivilrechtlichen Normen scheidet allerdings aus, soweit der im öffentlichen Recht selbstständig entwickelte Erstattungsanspruch reicht. Dies gilt für bereicherungsrechtliche Vorschriften und Grundsätze, denen öffentlich-rechtliche Wertungszusammenhänge entgegenstehen (vgl BSG vom 8.11.2011 - B 1 KR 8/11 R - BSGE 109, 236 = SozR

4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 11). Das ist bei der nachträglichen Tilgungsbestimmung indes nicht der Fall.

25

Die vom BGH aufgezeigten Billigkeitserwägungen greifen auch hier. Die Klägerin hat allein wegen der anfänglichen Leistungsablehnung durch die Beklagte gegenüber G. ihre Eintrittspflicht angenommen. Mit der Aufforderung an die Beklagte, die Kosten zu erstatten, hat die Klägerin auf einen Bereicherungsanspruch gegen den Versicherungsnehmer G. verzichtet und zum Ausdruck gebracht, dass die Leistungserbringung als gegenüber der Beklagten erfolgt gelten soll. Die Klägerin hat sich damit lediglich mit dem Ziel, den vertrags- und gesetzmäßigen Zustand herzustellen, an die zur Leistung verpflichtete Beklagte gewandt. Einer solchen zulässigen nachträglichen Zweck- und Tilgungsbestimmung stehen schutzwürdige Interessen der Beklagten nicht entgegen. Der mögliche Einwand, durch die Zulassung einer nachträglichen Leistungsbestimmung im Rahmen öffentlich-rechtlicher Beziehungen würde dem zuständigen Leistungsträger eine Leistung aufgedrängt, über deren Gewährung er selbst zu entscheiden habe, ihm eine bestimmte Auffassung von der Anwendung materiellen Rechts aufgezwungen und vollendete Tatsachen geschaffen (OVG Nordrhein-Westfalen vom 12.5.2006 - 1 A 3106/04 - juris RdNr 49; offen gelassen von VGH Kassel vom 17.9.1992 - 7 UE 1791/87 - juris RdNr 35), verfährt nicht. Die Beklagte wird durch die nachträgliche Leistungsbestimmung der Klägerin nicht schlechter gestellt. Als zuständiger Unfallversicherungsträger war sie von Anfang an nach den gesetzlichen Vorschriften des SGB VII zur Heilbehandlung und Hilfsmittelversorgung verpflichtet. Durch ihre spätere Inanspruchnahme wird die Beklagte lediglich so gestellt, wie sie ohne ihre anfängliche Leistungsablehnung gestanden hätte. Es wäre unbillig, die Beklagte auf Kosten Dritter zu entlasten, weil ihre mit der irrtümlichen Leistungserbringung durch die Klägerin verbundene Begünstigung letztlich auf eigenem fehlerhaftem Verwaltungshandeln in Gestalt einer rechtswidrigen Leistungsablehnung beruht.

26

b) Mit den Zahlungen der Klägerin hat die Beklagte einen Vorteil erlangt, der ihr wirtschaftliches Vermögen vermehrt hat (vgl BGH vom 7.10.1994 - V ZR 4/94 - NJW 1995, 53, 54). Sie ist dadurch von einer eigenen Leistungspflicht gegenüber G. befreit worden. Da die Beklagte die Leistungen der Klägerin unter keinem rechtlichen Gesichtspunkt beanspruchen kann, sind sie auch ohne rechtlichen Grund erbracht worden.

27

6. Der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch scheidet nicht an § 818 Abs 3 oder § 814 BGB. Die Unfallversicherungsträger sind - wie die gesamte öffentliche Hand - dem Grundsatz der Gesetzmäßigkeit der Verwaltung verpflichtet. Ihr Interesse muss darauf gerichtet sein, eine ohne Rechtsgrund eingetretene Vermögensverschiebung zu beseitigen und den rechtmäßigen Zustand wiederherzustellen. Daher ist der Einwand sowohl der Entreichung nach § 818 Abs 3 BGB (BVerwG vom 12.3.1985 - 7 C 48/82 - BVerwGE 71, 85, 90; vgl auch BSG vom 6.10.1977 - 7 RAr 55/76 - BSGE 45, 38, 46 f = SozR 4100 § 40 Nr 17, S 54) als auch der positiven Kenntnis von der Nichtschuld nach § 814 BGB ausgeschlossen (VGH Kassel vom 17.7.1990 - 11 UE 1487/89 - NJW 1991, 510, 512).

28

7. Die Beklagte ist im Wege des öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs wie eine ungerechtfertigt Bereicherte nach § 812 Abs 1 Satz 1 BGB zur Herausgabe des Erlangten verpflichtet. Wie dargelegt, hat die Beklagte wegen der Kostenübernahme der Klägerin entgegen des in § 5 Abs 3 MB/KK 94 geregelten Vor- und Nachrangverhältnisses die Be-

freierung von ihrer im SGB VII normierten Leistungspflicht erlangt. Der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch besteht daher der Höhe nach nur insoweit, als die Beklagte selbst wegen der durch den Arbeitsunfall verursachten Gesundheitsschäden Heilbehandlungsmaßnahmen nach § 27 Abs 1 Nr 4 und 6 SGB VII hätte erbringen müssen. Für die Kostenübernahme von Leistungen, die von der Klägerin aufgrund des Krankenvollversicherungsvertrages mit G. erbracht worden sind, aber nicht vom Leistungskatalog des SGB VII erfasst werden oder zur Krankenbehandlung nicht notwendig waren (vgl hierzu BSG vom 12.1.2010 - B 2 U 28/08 R - BSGE 105, 210 = SozR 4-2700 § 33 Nr 1, RdNr 26), ist die Beklagte nicht eintrittspflichtig. Die Aufwendungen für solche über die gesetzliche Leistungspflicht nach dem SGB VII hinausgehende Leistungen sind nicht Gegenstand der ungerechtfertigten Bereicherung und lassen sich der Beklagten im Wege des öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs nicht "aufdrängen".

29

Inwieweit danach der geltend gemachte Zahlungsanspruch besteht, kann mangels hinreichender Tatsachenfeststellungen nicht abschließend entschieden werden. Es fehlt an Feststellungen sowohl zur Notwendigkeit der von der Klägerin im Wege des Aufwendersatzes erbrachten Sachleistungen als auch zur Höhe der Aufwendungen für medizinisch gebotene Heilbehandlungsmaßnahmen und Hilfsmittel, die die Beklagte infolge der rechtsgrundlosen Zahlung durch die Klägerin erspart hat. Diese Feststellungen wird das SG nachzuholen haben. Im wieder eröffneten Klageverfahren wird es auch über den geltend gemachten Zinsanspruch zu entscheiden haben, den die Klägerin nunmehr zeitlich zutreffend auf den Beginn der Rechtshängigkeit der Klage (§ 291 BGB) beschränkt hat.

30

Die Kostenentscheidung für das Revisionsverfahren bleibt dem SG vorbehalten. Die Streitwertfestsetzung folgt aus § 197a Abs 1 Satz 1 Halbs 1 SGG iVm § 52 Abs 3 und § 47 Abs 1 Satz 1 GKG idF vom 5.5.2004 (BGBl I 718).