

Die Frist gemäß § 111 S. 2 SGB X beginnt zwar frühestens mit dem Zeitpunkt, zu dem der erstattungsberechtigte Leistungsträger von der Entscheidung des erstattungspflichtigen Leistungsträgers Kenntnis erlangt; bei der Entscheidung über die Erstattung erbrachter „Zuzahlungsleistungen“ für eine stationäre Krankenhausbehandlung handelt es sich jedoch nicht um eine für den Fristbeginn notwendige Entscheidung im Sinne der Norm. Im Verhältnis des erstattungspflichtigen zum erstattungsberechtigten Leistungsträger muss der Leistungszweck einer solchen konkreten Sozialleistung identisch sein.

§ 112 SGB X, § 111 SGB X

Urteil des SG Mannheim vom 07.10.2014 – S 3 KR 1132/14 –  
Über den Ausgang der Revision beim BSG – B1 KR 14/15 R – wird berichtet

Streitig war ein **Rückerstattungsanspruch** der klagenden Berufsgenossenschaft gemäß § 112 **SGB X**, im Fall des Versicherten M wegen Heilbehandlungskosten i.H. von rund 24.500,00 € sowie im Fall des Versicherten P wegen **Heilbehandlungs- und Krankentransportkosten** i.H. v. rund 10.500,00 €

Die beklagte Krankenkasse erbrachte für M **stationäre Behandlungen**, für die M jeweils **Zuzahlungen** leistete, die ihm später von der Klägerin **erstattet** worden sind. Für P gewährte die Beklagte stationäre Behandlungen und einen Krankentransport, wobei P Zuzahlungen leistete, die ihm durch die Klägerin nicht erstattet worden sind. Nachdem die Klägerin die Beklagte über eine voraussichtliche Anerkennung und Rentenzahlung einer **BK 4111 bzw. 4101** informierte, machte diese bei der Klägerin Erstattungsansprüche für die von ihr erbrachten Leistungen geltend. Nach **Begleichung der Erstattungsforderungen** im April 2010 bzw. März 2012 forderte die Klägerin unter Bezugnahme auf das **Urteil des BSG vom 16.03.2010** (– B 2 U 4/09 R – [\[UVR 11/2010, S. 637\]](#)) die Erstattungsbeträge für Einzelleistungen außerhalb der **12-Monats-Frist gemäß § 111 S. 1 SGB X** zurück. Die Beklagte lehnte dies ab, da die **Frist gemäß § 111 S. 2 SGB X** erst nach ihrer Kenntnis von der Entscheidung der Klägerin über die Erstattung der geleisteten Zuzahlungen begonnen habe.

Das **SG** gab der auf § 112 SGB X gestützten **Klage statt**, da ein **Rückerstattungsanspruch** wegen der Heilbehandlungs- und Krankentransportkosten außerhalb der 12-Monats-Frist auf Grund der **materiellen Ausschlussfrist des § 111 S. 1 SGB X** bestehe. Nach § 111 S. 2 SGB X beginne die Frist zwar frühestens mit dem Zeitpunkt, zu dem der erstattungsberechtigte Leistungsträger von der Entscheidung des erstattungspflichtigen Leistungsträgers über seine Leistungspflicht Kenntnis erlangt habe; bei der **Entscheidung** der Klägerin **über** die Erstattung der von M erbrachten **Zuzahlungsleistungen** handle es sich jedoch **nicht** um eine für den späteren Fristbeginn notwendige **Entscheidung i.S. des § 111 S. 2 SGB X**. Im Verhältnis des erstattungspflichtigen zum erstattungsberechtigten Leistungsträger müsse der **Leistungszweck** einer solchen konkreten Sozialleistung vielmehr **identisch** sein, so etwa wenn ein nicht zuständiger Träger der gesetzlichen Krankenversicherung **Krankengeld** gewähre und der zuständige Träger der gesetzlichen Unfallversicherung später eine Entscheidung über einen Anspruch auf **Verletztengeld** treffe. Ein identischer Leistungszweck bestehe demgegenüber nicht bei der Sachleistung stationäre Krankenhausbehandlung und der Erstattung einer durch die Versicherten hierfür vorgenommenen Zuzahlung als Geldleistung. Bei einem Erstattungsanspruch wegen einer erbrachten **Naturalleistung** in Form einer Sachleistung sei in der Regel eine materiellrechtliche Entscheidung auf **Grund der Fiktion des § 107 SGB X** ausgeschlossen, wenn die Versicherten die Leistungen bereits vom unzuständigen Leistungsträger erhalten hätten. Außerdem sei gegenüber P auch keine Entscheidung über die Erstattung von „Zuzahlungen“ getroffen worden.

Die Rückerstattungsansprüche seien auch nicht wegen des allgemeinen Gedankens der Unzulässigkeit widersprüchlichen Verhaltens ausgeschlossen, schon weil dem zitierten Urteil des

DOK 163.43

---

BSG vom 16.03.2010 (– B 2 U 4/09 R – [[UVR 11/2010, S. 637](#)]), nicht die genau gleiche Rechtsproblematik zugrunde liege.

Die **Sprungrevision** wurde wegen grundsätzlicher Bedeutung des Rechtsstreits zugelassen, da es bundesweit bereits zu einer Vielzahl gleichartiger Rechtsstreitigkeiten gekommen sei und sich die aufgeworfene Rechtsfrage nicht unzweifelhaft an Hand der vorhandenen höchstrichterlichen Rechtsprechung beantworten lasse.

Das Sozialgericht Mannheim hat mit Urteil vom 07.10.2014 – S 3 KR 1132/14 – wie folgt entschieden:

### Tatbestand

Umstritten sind zuletzt noch Rückerstattungsansprüche der Klägerin im Falle des am 1. Dezember 2008 verstorbenen Versicherten [REDACTED] (im Folgenden: M.) wegen Heilbehandlungskosten in Höhe von 24.456,56 € und im Falle des am 21. Februar 2011 verstorbenen Versicherten [REDACTED] (im Folgenden: P.) wegen Heilbehandlungs- und Krankentransportkosten in Höhe von 10.535,37 €.

1. Die Beklagte erbrachte für M. unter anderem neun stationäre Behandlungen in einem Krankenhaus in der Zeit vom 29. April 2001 bis 5. März 2004 in Höhe von insgesamt 110.144,67 €. Hierfür hatte M. jeweils Zuzahlungen geleistet, die ihm in Höhe von 536 € von einer der Rechtsvorgängerinnen der Klägerin erstattet wurden (Bescheid vom 15. März 2007).

Diese hatte die Beklagte bereits mit Schreiben vom 12. Juli 2006 darüber informiert, dass sie, vorbehaltlich der Anerkennung der Leistungspflicht durch den Rentenausschuss, bei M. eine Berufskrankheit nach Nr. 4111 der - damals - Anlage zur Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) anerkennen und eine Rente zahlen werde. Die Geltendmachung der Erstattungsforderung erfolgte mit einem bei einer der Rechtsvorgängerinnen der Klägerin am 27. Juli 2006 eingegangenen Schreiben.

2. Für P. erbrachte die Beklagte unter anderem stationäre Behandlungen in einem Krankenhaus vom 3. bis 17. Juni 2003, vom 1. bis 21. Juni 2007 und vom 20. Mai bis 5. Juni 2009 sowie einen Krankentransport am 1. Juni 2007. Hierfür wendete sie insgesamt 14.143,14 € auf. Sowohl für die stationären Behandlungen als auch für den Krankentransport hatte P. jeweils Zuzahlungen geleistet. Eine Erstattung dieser Eigenanteile erfolgte durch die Klägerin diesem oder (Sonder-)Rechtsnachfolgenden gegenüber nicht.

Nachdem die Klägerin die Beklagte mit Schreiben vom 21. November 2011 darüber informiert hatte, dass sie, vorbehaltlich der Anerkennung der Leistungspflicht durch den Rentenausschuss, bei P. eine Berufskrankheit nach Nr. 4101 der Anlage 1 zur BKV anerkennen und eine Rente zahlen werde, machte die Beklagte mit einem bei der

Klägerin am 2. Dezember 2011 eingegangenen Schreiben einen Erstattungsanspruch auch wegen dieser von ihr erbrachten Leistungen geltend.

3. Die Klägerin beziehungsweise eine ihrer Rechtsvorgängerinnen hatten die geltend gemachten Erstattungsbeträge im Falle von M. im April 2010 und hinsichtlich P. im März 2012 beglichen und forderten in der Folgezeit mit der Begründung die Rückerstattung, dass nach dem grundlegenden Urteil des Bundessozialgerichts vom 16. März 2010 (Az. B 2 U 4/09 R, juris) die Entscheidung einer Trägerin der gesetzlichen Unfallversicherung über den Versicherungsfall keine Entscheidung über eine einzelne Leistung im Sinne des § 111 Satz 2 SGB X darstelle. Daher sei die Erstattungsfähigkeit der von der Beklagten erbrachten Einzelleistungen an der Ausschlussfrist des § 111 Satz 1 SGB X von zwölf Monaten zu messen. Die von ihr beziehungsweise einer ihrer Rechtsvorgängerinnen erstatteten Beträge, deren Rückerstattung nun verlangt werde, seien sämtlich geleistet worden, obwohl die Erstattungsansprüche außerhalb dieser Zwölf-Monats-Frist geltend gemacht worden seien.

Die Beklagte verweigerte die Rückerstattung mit der Begründung, die angeführte Entscheidung des Bundessozialgerichts stütze das Begehren der Klägerin nicht, da es sich um zuzahlungspflichtige Krankenversicherungsleistungen gehandelt habe. In diesen Fällen laufe die Frist gemäß § 111 Satz 2 SGB X erst nach ihrer Kenntnis von der Entscheidung der Klägerin über die Erstattung einer geleisteten Zuzahlung.

4. Die Klägerin hat am 10. April 2014 Klagen erhoben (Az. S 3 KR 1132/14 und S 3 KR 1133/14). Die Rechtsstreitigkeiten wurden im Termin zur mündlichen Verhandlung am 7. Oktober 2014 unter dem Aktenzeichen S 3 KR 1132/14 zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbunden.

Wegen der Erstattung von Heilbehandlungskosten für M. hat die Klägerin zunächst Rückerstattung eines Betrages von 110.144,67 € begehrt. Das Rückerstattungsbegehren hat sich nach einem angenommenen Anerkenntnis der Beklagten mangels Nachweises einer Zuzahlung für bestimmte Leistungen durch M. oder einer rechtzeitigen Geltendmachung der Erstattungsförderung auf 24.456,56 €

reduziert. Das Rückerstattungsbegehren in Bezug auf Erstattungen wegen Leistungen für P. hat sich nach angenommenem Anerkenntnis von anfänglich 14.143,14 € auf 10.535,37 € vermindert.

Die Klägerin trägt im Wesentlichen vor, die Erstattung von Eigenanteilen oder Zuzahlungen an Versicherte sei keine echte Entscheidung über die Leistungen „stationäre Krankenhausbehandlung“ oder „Krankentransport“. Diese seien bereits durch einen anderen unzuständigen Träger erbracht worden. Daher greife die Ausschlussfrist des § 111 Satz 1 SGB X. Sie als erstattungspflichtige Leistungsträgerin könne und dürfe keine materiell-rechtliche Entscheidung über Sachleistungen wie etwa die stationäre Behandlung in einem Krankenhaus mehr treffen, die eine erstattungsberechtigte Leistungsträgerin bereits erbracht habe. Durch die Leistung der unzuständigen Versicherungsträgerin sei der Sachleistungsanspruch von Versicherten gegenüber der zuständigen Versicherungsträgerin kraft Fiktion gemäß § 107 SGB X erfüllt. Im Falle von P. sei nicht einmal eine Zuzahlungserstattung erfolgt. Ein solcher Erstattungsanspruch sei mittlerweile erloschen (§ 59 SGB I) oder zumindest verjährt (§ 45 SGB I).

Die vom Bundessozialgericht in der Entscheidung vom 16. März 2010 angeführten Fallbeispiele für den Anwendungsbereich des § 111 Satz 2 SGB X zeichneten sich dadurch aus, dass es um nachträgliche Leistungsbewilligungen an Versicherte gehe, die bei Leistungen anderer Versicherungsträgerinnen, die Versicherte von diesen erhalten hätten, zu berücksichtigen gewesen wären. Diese nachträglichen Leistungsbewilligungen, worunter auch die Gewährung von Verletztengeld falle, seien immer originär eigenständige Entscheidungen. Sie seien auch mit weiteren rechtlichen Folgen verknüpft, etwa anderen Sozialversicherungsbeitragszahlungen. Genau dies finde bei Erstattungsentscheidungen von erbrachten Zuzahlungsleistungen nicht statt.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, die von ihr erstatteten Beträge wegen Heilbehandlungs- und Krankentransportkosten für P. sowie wegen Heilbehandlungskosten für M. in Höhe von insgesamt 34.991,93 €

zurückzuerstatten, sowie im Falle ihres Unterliegens, die Sprungrevision zuzulassen.

Die Beklagte beantragt,

die Klagen abzuweisen und im Falle ihres Unterliegens, die Sprungrevision zuzulassen.

Sie trägt im Wesentlichen vor, von der Entscheidung über die Erstattung von Zuzahlungsbeträgen, die M. geleistet habe, habe sie erst mit Übersendung der Klageschrift am 16. April 2014 Kenntnis erlangt. Zumindest ihr Erstattungsanspruch wegen der für ihn erbrachten neun Krankenhausbehandlungen sei daher ob der Regelung des § 111 Satz 2 SGB X nicht ausgeschlossen gewesen.

Das Bundessozialgericht habe entschieden, dass auf den Fristbeginn nach § 111 Satz 2 SGB X abzustellen sei, wenn die erstattungspflichtige Versicherungsträgerin gegenüber den Leistungsempfängenden eine Entscheidung über eine konkrete Leistung zu treffen habe. Vorliegend hätten die Versicherten im Rahmen der Leistungserbringung einen Eigenanteil zu tragen gehabt. Deswegen hätte ihnen gegen die Klägerin ein Anspruch auf vollumfängliche Kostenübernahme zugestanden. Daher habe diese eine Entscheidung darüber zu treffen, ob die von den Versicherten getragenen Kosten zu übernehmen seien. § 111 Satz 2 SGB X sei so zu lesen, dass eine gegebenenfalls noch zu ergehende Entscheidung genüge. Selbst wenn der Anspruch auf Erstattung erbrachter Zuzahlungsleistungen erloschen oder verjährt sei, habe die Klägerin hierüber eine Entscheidung zu treffen; dann eben mit der Feststellung, dass ein Anspruch nicht bestehe. Bei der Entscheidung einer Trägerin der gesetzlichen Unfallversicherung über eine Erstattung von erbrachten Zuzahlungsleistungen handele es sich um eine echte Leistungsentscheidung.

Der Anwendungsbereich von § 111 Satz 2 SGB X sei im Verhältnis zwischen TrägerInnen der gesetzlichen Kranken- und Unfallversicherung nicht genauso zu beurteilen wie im Verhältnis zwischen TrägerInnen der gesetzlichen Krankenversicherung untereinander. Entscheidend sei, dass Letztere Leistungen stets

in gleicher Höhe erbracht. Allein aus diesem Grund könne eine erstattungspflichtige Trägerin der gesetzlichen Krankenversicherung keine echte Entscheidung über eine Leistung mehr treffen, wenn zuvor die erstattungsberechtigte Trägerin der gesetzlichen Krankenversicherung die vollständige Leistung an Versicherte erbracht habe. Im Gegensatz dazu seien die Leistungen nach dem Recht der gesetzlichen Unfallversicherung häufig höher als die nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung. Daraus resultiere, dass die Trägerin der gesetzlichen Unfallversicherung oftmals noch eine Entscheidung über einen Teil der Leistung zu treffen habe, obgleich im Vorfeld seitens der Trägerin der gesetzlichen Krankenversicherung bereits eine niedrigere Leistung erbracht worden sei.

Im Urteil des Bundessozialgerichts vom 16. März 2010 werde ausdrücklich angeführt, dass der Anwendungsbereich von § 111 Satz 2 SGB X eröffnet sei, wenn eine Trägerin der gesetzlichen Unfallversicherung Verletztengeld zuerkenne und zuvor bereits Krankengeld gewährt worden sei. Bei dieser Fallgestaltung hätten Versicherte somit den Großteil der Leistungen bereits zu einem früheren Zeitpunkt von der Trägerin der gesetzlichen Krankenversicherung erlangt. Bei Zuerkennung des Verletztengeldes durch die Trägerin der gesetzlichen Unfallversicherung erhielten Versicherte regelmäßig nur noch die Beträge, um die das Verletztengeld das Krankengeld übersteige. Auch bei dieser vom Bundessozialgericht exemplarisch genannten Fallkonstellation folge aus der Entscheidung der Trägerin der gesetzlichen Unfallversicherung nicht mehr die Auszahlung der vollständigen Leistung nach dem Recht der gesetzlichen Unfallversicherung. Deren Entscheidung über einen sehr kleinen Anteil der Gesamtleistung löse gleichwohl für das niedrigere Krankengeld einen Fristbeginn erst nach § 111 Satz 2 SGB X aus.

Die Verwaltungsakten der Klägerin (7 Bde.) und der Beklagten (2 Bde.) haben vorgelegen.

#### Entscheidungsgründe

1. Einer Beiladung von (Sonder-)Rechtsnachfolgenden der verstorbenen M. und P. nach § 75 Abs. 2 Alt. 1 SGG bedurfte es nicht, weil die Entscheidung über die

Rückerstattungsansprüche wegen zu Unrecht erfolgter Erstattungen für Heilbehandlungs- und Krankentransportkosten zwischen der Klägerin und der Beklagten keine Auswirkungen auf deren Rechtspositionen hat und die auf § 112 SGB X gestützten Rückerstattungsansprüche nicht von der Rechtsposition der jeweils versichert gewesenen Personen abgeleitet, sondern eigenständige Ansprüche sind (vgl. auch BSG, Urteil vom 16. März 2010 - B 2 U 4/09 R -, juris, Rn. 9 m.w.N., zu den Erstattungsansprüchen nach §§ 102 ff. SGB X).

2. Die als echte Leistungsklagen nach § 54 Abs. 5 SGG erhobenen Klagen sind zulässig und begründet. Der Klägerin stehen die Rückerstattungsansprüche zu, da den Erstattungsbegehren der Beklagten wegen der ihr entstandenen Heilbehandlungs- und Krankentransportkosten jeweils die materielle Ausschlussfrist des § 111 Satz 1 SGB X entgegensteht.

a. Ob überhaupt die Voraussetzungen eines Erstattungsanspruchs nach § 105 SGB X zwischen der beklagten Trägerin der gesetzlichen Krankenversicherung und der klagenden Trägerin der gesetzlichen Unfallversicherung gegeben waren, kann dahingestellt bleiben. Zumindest lagen die Voraussetzungen eines Anspruchs nach §§ 102 bis 104 SGB X nicht vor. Ebenfalls dahingestellt bleiben kann, ob § 14 SGB IX anwendbar war, weil der Erstattungsanspruch des erstangegangenen Trägers nach dessen Abs. 4 Satz 1 und 3 nicht ausgeschlossen ist (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 20. Oktober 2009 - B 5 R 44/08 R -, juris, Rn. 13 ff.).

b. Der Klägerin stehen die Rückerstattungsansprüche nach § 112 SGB X zu, da die von ihr vorgenommenen Erstattungen zu Unrecht erfolgten. Die von der Beklagten geltend gemachten Erstattungsansprüche bestanden nicht, da die Voraussetzungen des § 111 Satz 1 SGB X erfüllt sind (aa.) und sich aus § 111 Satz 2 SGB X nichts anderes ergibt (bb.). Die Ansprüche sind auch nicht wegen des allgemeinen Gedankens der Unzulässigkeit widersprüchlichen Verhaltens ausgeschlossen (cc.).

aa. (1) Die jeweilige Erstattungsforderung wurde jeweils später als zwölf Monate nach Ablauf des letzten Tages, für den die Leistungen für P. und M. erbracht worden waren, von der Beklagten geltend gemacht.

Nach § 111 Satz 1 SGB X in der seit seinem Inkrafttreten am 1. Juli 1983 (Art. I des Gesetzes vom 4. November 1982, BGBl I S. 1450) geltenden Fassung ist der Anspruch auf Erstattung ausgeschlossen, wenn Erstattungsberechtigte ihn nicht spätestens zwölf Monate nach Ablauf des letzten Tages, für den die Leistung erbracht wurde, geltend machen.

Die dem Erstattungsbegehren zugrunde liegenden Leistungen für P. erbrachte die Beklagte bis zum 5. Juni 2009. Ihr Erstattungsbegehren hatte sie demgegenüber erst mit einem bei der Klägerin am 2. Dezember 2011 eingegangenen Schreiben und damit nach dem 7. Juni 2010 (§ 26 Abs. 1, Abs. 3 Satz 1 SGB X, § 187 Abs. 1, § 188 Abs. 2 BGB) geltend gemacht. Die Geltendmachung der Erstattungsforderung in Bezug auf Leistungen, die für M. erfolgten, wurde am 27. Juli 2006 vorgenommen, wohingegen Heilbehandlungsmaßnahmen bis längstens 5. März 2004 erbracht worden waren.

(2) Anhaltspunkte für eine Ausnahme entsprechend dem Urteil des 10. Senats des Bundessozialgerichts vom 10. Mai 2007 (B 10 KR 1/05 R, juris) wegen eines grob rechtswidrigen Verhaltens der Klägerin, das einen Verstoß gegen die Pflicht der Leistungsträgerinnen untereinander beinhaltet (§§ 86 ff. SGB X), ergeben sich nicht.

bb. Für den Fristbeginn ist kein späteres Datum als der Tag nach Ablauf des letzten Tages, für den die Leistungen erbracht wurden, anzusetzen.

Nach § 111 Satz 2 SGB X beginnt der Lauf der Frist frühestens mit dem Zeitpunkt, zu dem die erstattungsberechtigte Leistungsträgerin von der Entscheidung der erstattungspflichtigen Leistungsträgerin über ihre Leistungspflicht Kenntnis erlangt hat.

(1) Bei der Entscheidung der Klägerin über die Erstattung der von M. erbrachten Zuzahlungsleistungen für die stationären Krankenhausbehandlungen (§ 61 Satz 2 i.V.m. § 39 Abs. 4 SGB V) mit Bescheid vom 15. März 2007 handelt es sich um keine für diesen späteren Fristbeginn notwendige (vgl. hierzu Peters-Lange/Werth, WzS 2012, S. 163 <165>, die dieses Erfordernis kritisieren) Entscheidung einer erstattungspflichtigen Leistungsträgerin über ihre Leistungspflicht im Sinne des § 111

Satz 2 SGB X. Mit „Leistungspflicht“ ist die Pflicht zur Erbringung von Sozialleistungen gemeint (vgl. BTDrucks 14/4375, S. 60; Roos, in: von Wulffen/Schütze, SGB X, 8. Aufl. 2014, Vorbemerkungen zu §§ 102 bis 114, Rn. 17; Roller, in: von Wulffen/Schütze, SGB X, 8. Aufl. 2014, § 111 Rn. 7). Sozialleistungen sind nach der Legaldefinition in § 11 Satz 1 SGB I Dienst-, Sach- und Geldleistungen.

Im Verhältnis einer erstattungspflichtigen zu einer erstattungsberechtigten Leistungsträgerin bedeutet dies, dass der Leistungszweck einer solchen konkreten Sozialleistung, für die die erstattungsberechtigte Leistungsträgerin wegen erbrachter Leistungen einen Anspruch auf Erstattung geltend macht, identisch sein muss mit demjenigen der Sozialleistung, über deren Leistungspflicht die erstattungspflichtige Leistungsträgerin eine Entscheidung getroffen hat. Denn trotz der eigenständigen Rechtsnatur der Erstattungsansprüche der §§ 102 bis 105 SGB X sind diese mit dem zugrunde liegenden Sozialleistungsanspruch eng verknüpft (vgl. Roos, in: von Wulffen/Schütze, SGB X, 8. Aufl. 2014, Vorbemerkungen zu §§ 102 bis 114, Rn. 6). Dies zeigt sich nicht nur in der ungeschriebenen Tatbestandsvoraussetzung der rechtmäßigen Erbringung der Vorleistung und der Erfüllungsfiktion des § 107 Abs. 1 SGB X, sondern auch bei der Frage, ob und gegebenenfalls welche Einwendungen gegen einen Erstattungsanspruch erhoben werden können (vgl. Böttiger, in: Diering/Timme/Waschull, SGB X, 3. Aufl. 2011, Vorbemerkungen zu §§ 102 bis 114, Rn. 7). Zudem verfolgt der Gesetzgeber mit den Erstattungsansprüchen der §§ 102 bis 105 SGB X das Ziel, sozialrechtlich nicht gewollte, nur bei einer Zweckidentität denkbare Doppelleistungen an Versicherte zu vermeiden (vgl. BSG, Urteil vom 16. März 2010 - B 2 U 4/09 R -, juris, Rn. 24; Böttiger, in: Diering/Timme/Waschull, SGB X, 3. Aufl. 2011, Vorbemerkungen zu §§ 102 bis 114, Rn. 6). Ein identischer Leistungszweck liegt etwa bei der von den Beteiligten diskutierten Konstellation vor, wonach eine nicht zuständige Trägerin der gesetzlichen Krankenversicherung Krankengeld gewährt und die zuständige Trägerin der gesetzlichen Unfallversicherung später eine Entscheidung über ein Recht auf Verletztengeld getroffen hat. Beide Sozialleistungen bezwecken den Ersatz eines Entgeltausfalls (vgl. Ricke, in: Kasseler Kommentar, SGB VII, Stand: April 2008, § 45 Rn. 2). Allein wegen der Identität des Leistungszwecks ist in diesen Konstellationen der Anwendungsbereich von § 111 Satz 2 SGB X eröffnet. Nicht maßgeblich ist, wie die Beklagte wohl meint, dass eine

Entscheidung über einen mitunter lediglich geringfügig höheren Anspruch auf Verletztengeld dazu führen kann, dass § 111 Satz 2 SGB X zur Anwendung kommt.

Ein identischer Leistungszweck besteht demgegenüber nicht bei der Sachleistung „stationäre Krankenhausbehandlung“ und der Erstattung einer durch die Versicherten hierfür vorgenommenen Zuzahlungsleistung als Geldleistung. Diese Geldleistung bezweckt nicht wie die stationäre Krankenhausbehandlung die Heilbehandlung der Versicherten, sondern die „Rückgängigmachung“ der im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehenen besonderen Form der Selbstbeteiligung, für die allein fiskalische Erwägungen maßgeblich sind (vgl. Knispel, in: BeckOK SozR, SGB V, Stand: 1. September 2014, § 39 Rn. 72), die insoweit im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung unbekannt sind. Im Übrigen bleibt der Sachleistungscharakter einer gewährten stationären Krankenhausbehandlung bei einer erforderlichen Zuzahlungsleistung unberührt (vgl. Knispel, in: BeckOK SozR, SGB V, Stand: 1. September 2014, § 39 Rn. 72).

Geht es dann allerdings allein um einen Erstattungsanspruch wegen einer erbrachten Naturalleistung in Form einer Sachleistung, ist indessen in aller Regel eine materiell-rechtliche Entscheidung ausgeschlossen, wenn die Versicherten die Leistungen bereits von der unzuständigen Leistungsträgerin erhalten haben. Der Bedarf der Versicherten ist insoweit, wenn auch durch eine unzuständige Trägerin, bereits gedeckt worden. Die zuständige Leistungsträgerin hat keine Befugnis mehr, gegenüber Versicherten nochmals eine materiell-rechtliche Entscheidung über den Anspruch auf Gewährung gerade dieser Leistung zu treffen und sie zu bewilligen. Für einen entsprechenden Antrag der Versicherten würde es von vornherein an der dafür erforderlichen rechtlichen Betroffenheit fehlen. Denn ihr Anspruch gegenüber der zuständigen Leistungsträgerin ist sowohl faktisch als auch rechtlich kraft der Fiktion des § 107 SGB X erfüllt. Eine sachliche Entscheidung der unzuständigen Trägerin über deren Leistungspflicht im Verhältnis zu den Versicherten ist damit ausgeschlossen (vgl. BSG, Urteil vom 10. Mai 2005 - B 1 KR 20/04 R -, juris, Rn. 22). Dies gilt nicht nur im Verhältnis zweier für das identische Teilrechtsgebiet zuständigen Leistungsträgerinnen und -träger (vgl. BSG, Urteil vom 28. Februar 2008 - B 1 KR 13/07 R -, juris, Rn. 15 f.). Da dementsprechend eine materiell-rechtliche Entscheidung der klagenden Berufsgenossenschaft gegenüber

ihrem Versicherten M. von vornherein ausscheidet, kann es auch keine Entscheidung der Klägerin geben, die gegenüber der Beklagten den Lauf der Frist erst nach § 111 Satz 2 SGB X hätte beginnen lassen können.

(2) Gegenüber P. oder dessen (Sonder-)Rechtsnachfolgenden ist - bislang - keine Entscheidung über die Erstattung von Zuzahlungsleistungen getroffen worden, weshalb insoweit schon allein deshalb die Voraussetzungen von § 111 Satz 2 SGB X nicht vorliegen (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 16. März 2010 - B 2 U 4/09 R -, juris, Rn. 23). Entgegen der Auffassung der Beklagten ist die Norm nicht so zu verstehen, dass eine gegebenenfalls noch zu ergehende Entscheidung genügt. Vielmehr hätte diese zum Zeitpunkt der mündlichen Verhandlung bereits vorliegen müssen, was nicht der Fall ist. Nach alledem bestehen für die Klägerin durchsetzbare Rückerstattungsansprüche, weshalb den Klagen stattzugeben war.

cc. Die Rückerstattungsansprüche sind nicht wegen des allgemeinen Gedankens der Unzulässigkeit widersprüchlichen Verhaltens, wie er etwa im Bürgerlichen Recht in § 814 BGB zum Ausdruck kommt, ausgeschlossen. Zu denken ist hieran zwar deshalb, da die Klägerin, zumindest im Falle von P., die Erstattungen zu einer Zeit vorgenommen hatte, als die Entscheidungsgründe des Urteils des Bundessozialgerichts vom 16. März 2010 bereits vorgelegen hatten. Hingegen liegt diesem Rechtsstreit nicht genau die Rechtsproblematik zugrunde, mit der sich dieser oberste Gerichtshof des Bundes in der angeführten Entscheidung befasst hat. Zudem dient der Klägerin die höchstrichterliche Entscheidung nur als Argumentationsgrundlage für ihre Auffassung, dass es sich bei der Erstattung von Eigenanteilen oder Zuzahlungen an Versicherte um keine echte Leistungsentscheidung handele.

3. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 3 SGG in Verbindung mit § 154 Abs. 1 VwGO. Da die Rückerstattung bis zuletzt vor Klageerhebung seitens der Beklagten verweigert worden ist, hat sie Veranlassung zu den Klagen gegeben. Trotz der von der Beklagten abgegebenen Anerkenntnisse, kommt daher eine teilweise Kostenauflegung auf die Klägerin nach § 197a Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 3 SGG in Verbindung mit § 156 VwGO nicht in Betracht.

4. Die Sprungrevision der Beklagten war auf ihren Antrag hin wegen grundsätzlicher Bedeutung zuzulassen (§ 161 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 Satz 1 i.V.m. § 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG). Nach dem Vorbringen der Beteiligten in der mündlichen Verhandlung ist es bundesweit bereits zu einer Vielzahl gleichartiger Rechtsstreitigkeiten gekommen. Die Beantwortung der aufgeworfenen Rechtsfrage lässt sich zudem nicht unzweifelhaft unter Heranziehung bereits vorhandener höchstrichterlicher Rechtsprechung oder eindeutig, auch mittels Auslegung, nach dem materiellen Recht beantworten.

5. Die Entscheidung über den Streitwert stützt sich auf § 197a Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 1 SGG in Verbindung mit § 52 Abs. 3 Satz 1, § 53 Abs. 2 Satz 1 GKG.