

L 28 KR 104/19

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
28
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 51 KR 2636/13
Datum
31.01.2019
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 28 KR 104/19
Datum
07.04.2022
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Für den Erstattungsanspruch wegen der nach entsprechender Kostenzusage aufgewandten Kosten für die gesamte stationäre Krankenhausbehandlung eines Inhaftierten infolge der Verlegung aus dem Justizkrankenhaus und angeordneter Haftunterbrechung kommt als Anspruchsgrundlage grundsätzlich [§ 105 Abs. 1 SGB X](#) in Betracht.

Die Einhaltung der Ausschlussfrist des [§ 111 Satz 1 SGB X](#) setzt den Zugang der Erklärung über die Geltendmachung des Erstattungsanspruchs gegenüber dem richtigen Adressaten binnen eines Jahres voraus, selbst wenn dieser - wie hier die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13a) SGB V verpflichtete Krankenkasse - erst zu ermitteln ist.

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 31. Januar 2019 wird zurückgewiesen.

Der Kläger trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand

Das klagende Land begehrt von der beklagten Krankenkasse die Erstattung der anteiligen Kosten für eine im Jahr 2010 nach Verlegung aus dem Justizkrankenhaus in ein Krankenhaus der C und angeordneter Haftunterbrechung bei Haftunfähigkeit erfolgte stationäre Krankenbehandlung in Höhe von 157.166,44 € nebst Zinsen.

Der 1962 geborene N (Versicherter) war seit dem 26. August 2010 im Justizvollzug des Landes B(JVA) inhaftiert (Ersatzfreiheitsstrafe, Erzwingungshaft, Untersuchungshaft). Vom 1. August 2007 bis 30. September 2008 war er bei der vormaligen K L, jetzt K (die Beklagte), pflichtversichert. Er wurde am 8. September 2010 stationär vom Justizvollzugskrankenhaus B (JVK), wo er seit dem 25. August 2010 stationär behandelt worden war, in die Infektiologie der C verlegt, weil er im Justizvollzug aufgrund der Schwere der Erkrankung (HIV, Blutkrebs) als nicht mehr behandelbar angesehen wurde. Die Haftunterbrechung wurde für die Zeit ab 15. September 2010 wegen Haftunfähigkeit des Versicherten angeordnet (Beschluss des Amtsgerichts München vom 14. September 2010 - 821 Ds 254 Js 206677/10 -. Dieser befand sich bis zum 12. Dezember 2010 zur stationären Krankenbehandlung durchgängig in einem Krankenhaus der C, wo er am selben Tag verstarb.

Mit Rechnung vom 7. Januar 2011 an das JVK (Eingang: 12. Januar 2011 forderte der Krankenhausträger, die C -, für die Behandlungszeit

vom 8. September 2010 bis zum 12. Dezember 2010 Gesamtkosten (insbes. Fallpauschale [Kostenübernahme 100 %] und Zuschläge) in Höhe von 169.668,33 €. Die Rechnung ging bei der Landeshauptkasse am 20. April 2011 ein. Sie wurde am 26. April 2011 in voller Höhe beglichen unter Angabe des Verwendungszwecks „Re. V. 07.01.11“ und der Begründung: „Stationäre Behandlung des Gef. N (JVA) in der Zeit vom 08.09. bis 12.12.2010“.

Mit einem Schreiben des JVK vom 28. März 2011 an den Krankenhausträger C- Abteilung stationäres Patientenmanagement – wurde mitgeteilt, dass die Justiz ab dem 15. September 2010 nicht mehr Kostenträger gewesen sei, nachdem am 14. September 2010 bei dem Versicherten eine Strafunterbrechung erfolgt sei. Es wurde zugleich um Mitteilung einer zuständigen Krankenkasse oder eines sonstigen Kostenträgers bzw. um eines eventuell zuständigen Sozialamts, eventueller Angehöriger oder sonst sachdienlicher Hinweise gebeten. Eine Reaktion hierauf seitens des Krankenhausträgers erfolgte nicht. Das für Sozialhilfeleistungen zuständige Bezirksamt N habe nach dem Vortrag des Klägers mit einem Bescheid vom 30. August 2011 eine Erstattung abgelehnt.

Einen von der JVA zunächst gegenüber der K mit Schreiben vom 20. Oktober 2011 wegen eines Teils des Rechnungsbetrages in Höhe von 157.166,44 € erhobenen Erstattungsanspruch lehnte diese am 2. Juli 2012 mit der Begründung ab, der Versicherte habe im Anschluss an das Mitgliedschaftsende bei der K S vom 3. Mai 2004 bis 12. August 2004 in einem Beschäftigungsverhältnis gestanden und sei sodann bei der D krankenversichert gewesen. Diese lehnte einen vom Kläger mit Schreiben vom 16. Juli 2012 erhobenen Erstattungsanspruch für Krankenhausbehandlung in Höhe von 157.166,44 € mit Schreiben vom 29. Juli 2013 unter Hinweis darauf ab, der Versicherte sei vom 1. August 2007 bis 30. September 2008 aufgrund einer Beschäftigung Mitglied der K in L gewesen.

Der Kläger machte gegenüber der Beklagten mit Schreiben vom 26. September 2013 (Eingang bei dieser am 4. Oktober 2013) einen Erstattungsanspruch in Höhe anteiliger Kosten von 157.166,44 € für Krankenhausbehandlung vom 15. September 2010 bis 12. Dezember 2010 geltend. Aufgrund einer am 14. September 2010 gewährten Straf-unterbrechung sei der Justizfiskus ab diesem Zeitpunkt nicht mehr Kostenträger für die weitere stationäre Behandlung des Versicherten gewesen. Wegen der Unaufschiebbarkeit der Behandlung sei zunächst vom Justizvollzug eine Kostenzusage erteilt worden. Dieser habe jedoch nur bis zur Haftentlassung die anteilig angefallenen Kosten zu tragen, wie sich aus Nr. 10.1.1 des Leitfadens der Spitzenverbände der Krankenkassen und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung zu Abrechnungsfragen 2009 nach dem KHEntgG und der FPV 2009 – nachfolgend Leitfaden Abrechnungsfragen 2009 – ergebe. Der Versicherte habe während des Behandlungszeitraums keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall gehabt, so dass er bei der Beklagten, bei der er zuletzt gesetzlich krankenversichert gewesen sei, im Rahmen der sogenannten Bürgerversicherung gesetzlich krankenversichert gewesen sei. Er habe keinen festen Wohnsitz in B, sondern seinen letzten Wohnsitz in T gehabt. Angehörige oder Bekannte seien nach seinem Tod nicht zu ermitteln gewesen. Die Beklagte bestätigte mit Schreiben vom 15. November 2013 den Eingang des Forderungsschreibens und kündigte die Prüfung an. Auf die seitens des Klägers telefonisch angedrohte Klageerhebung erfolgte keine Reaktion der Beklagten.

Mit der am 15. Dezember 2013 vor dem Sozialgericht Berlin erhobenen Klage verfolgt der Kläger sein Erstattungsbegehren nebst Zinsforderung gegenüber der beklagten Krankenkasse weiter. Der Versicherte sei im Zeitpunkt der Inhaftierung wohnungslos gewesen. Er habe während der stationären Krankenhausbehandlung keine laufenden Leistungen nach dem SGB II oder SGB XII bezogen. Der Justizvollzug sei ab dem 15. September 2010 nicht mehr Kostenträger für die weitere, bis zum 12. Dezember 2010 andauernde Behandlung des Versicherten gewesen. Die Kosten seien tagesanteilig auf die jeweiligen Kostenträger aufzuteilen gewesen. Abzüglich 12.501,89 € für sieben Belegungstage vom 8. bis 14. September 2010 errechne sich der geforderte Erstattungsbetrag. Die Gesundheitsfürsorge im Strafvollzug löse nicht den bestehenden Systembezug zur gesetzlichen Krankenversicherung ab. Die Jahresfrist für die Erhebung der Erstattungsforderung sei gewahrt. Hierfür reiche der zuvor gegenüber der Ageltend gemachte Erstattungsanspruch aus, weil angesichts der gesetzlich eingeführten Bürgerversicherung die verpflichtete Krankenkasse nicht ohne weiteres feststellbar sei. Ein Anspruch folge auch aus dem allgemeinen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch.

Mit Urteil vom 31. Januar 2019 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen und zur Begründung im Wesentlichen ausgeführt: Die Voraussetzungen für einen sozialverwaltungsrechtlichen Erstattungsanspruch lägen nicht vor. Der Kläger sei bei Zahlung der Krankenhauskosten nicht als Leistungsträger tätig geworden. Beim Justizvollzug handle es sich nicht um einen Sozialleistungsträger. Das behandelnde Krankenhaus habe das JVK, das während der Haftzeit für die Krankenversorgung des Versicherten zuständig gewesen sei, wegen der Behandlungskosten in Anspruch genommen. Die Rechnung sei dementsprechend an das JVK gerichtet und von der Landeshauptkasse beglichen worden. Darüber hinaus sei die Ausschlussfrist von einem Jahr verstrichen, die der Kläger auch unter Berücksichtigung einer zunächst bestehenden Unkenntnis vom richtigen Erstattungspflichtigen hätte einhalten können. Anhaltspunkte für missbräuchliches Verhalten der Beklagten seien nicht gegeben. Die Voraussetzungen der öffentlich-rechtlichen Geschäftsführung ohne Auftrag lägen nicht vor. Der Kläger habe bereits kein fremdes Geschäft getätigt, sondern auf die Rechnung gezahlt, die das Krankenhaus an ihn als aus seiner Sicht richtigen Schuldner gerichtet habe. Die Voraussetzungen des allgemeinen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs lägen nicht vor, weil der Kläger eine (vermeintlich) eigene Leistungsverpflichtung habe erfüllen wollen.

Mit seiner Berufung vom 27. März 2019 gegen das seinem Prozessbevollmächtigten am 28. Februar 2019 zugestellte Urteil verfolgt der Kläger sein Begehren weiter und macht geltend, laut Stellungnahme der JVA P vom 28. November 2018 sei die Auszahlungsanordnung an die C vom 20. April 2011 im Bewusstsein erfolgt, dass während des Krankenhausaufenthalts des Versicherten ein Kostenträgerwechsel stattgefunden habe und nach Begleichung der Rechnung der zuständige Kostenträger zu ermitteln sei. Nach dem Leitfaden Abrechnungsfragen 2009 sei die zu ermittelnde Krankenkasse zur anteiligen Kostentragung verpflichtet, wie dies auch in der Vergangenheit

bei verauslagten Behandlungskosten stets erfolgt sei. Hiernach habe er, der Kläger, den Willen zur Führung eines fremden Geschäfts gehabt, der dem Zahlungsempfänger gegenüber deutlich gemacht worden sei, wie aus dem Schreiben des JVK vom 28. März 2011 folge. Mit diesem sei darauf hingewiesen worden, dass ab dem 15. September 2010 die Justiz nicht mehr Kostenträger gewesen sei und es sei um Auskunft in Bezug auf eine zuständige Krankenkasse gebeten worden. Die Zahlung sei erst hiernach erfolgt.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 31. Januar 2019 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm 157.166,44 € nebst Zinsen in Höhe von 5 % über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend. Der Leitfaden Abrechnungsfragen 2009 sei in ihre Arbeitsprozesse nicht integriert.

Aufforderungsgemäß hat der Prozessbevollmächtigte des Klägers den Leitfaden Abrechnungsfragen 2009, wegen dessen Inhalts auf Blatt 257 bis 259 der Gerichtsakten verwiesen wird, zum Verfahren gereicht.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes sowie des Vortrags der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten und die Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

Die zulässige Berufung des Klägers ist unbegründet.

Das Sozialgericht hat die zulässige Klage, eine statthafte echte Leistungsklage gemäß [§ 54 Abs. 5 SGG](#), im Ergebnis zu Recht abgewiesen. Über die Berufung konnte der Senat ohne Beiladung der C (nachfolgend nur C) gemäß [§ 75 Abs. 2 SGG](#) entscheiden, weil diese den gegenständlichen Zahlbetrag bereits durch die Zahlung auf ihre Rechnung vom 7. Januar 2011 mit Erfüllungswirkung erhalten hat und die Entscheidung über die Kostenerstattung zwischen dem Kläger und der Beklagten keine Auswirkungen auf ihre Rechtsposition hat; bereicherungsrechtliche Ansprüche ihr gegenüber sind nicht gegenständlich.

Dem Kläger steht der gegenständliche, gegenüber der Beklagten geltend gemachte Anspruch auf Erstattung von 157.166,44 € (entspricht 88 Tage Krankenhausbehandlung vom 15. September 2010 bis zum 12. Dezember 2010) nebst Zinsen nicht zu. Ein solcher Anspruch folgt weder aus [§ 105 SGB X](#) (nachfolgend 1.), noch aus einer öffentlich-rechtlichen Geschäftsführung ohne Auftrag (GoA; nachfolgend 2.) oder einem allgemeinen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch (nachfolgend 3.). Auch ein Erstattungsanspruch auf der Grundlage sonstiger Rechtsgrundlagen ist nicht gegeben (nachfolgend 4.).

1. Der Kläger hat keinen Erstattungsanspruch nach [§ 105 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#). Soweit diese Erstattungsregelung eingreift, wofür erforderlich ist, dass der Kläger dem Versicherten für den gegenständlichen Zeitraum vom 15. September 2010 bis 12. Dezember 2010 Sozialleistungen erbracht hat und die tatbestandlichen Voraussetzungen dieser Vorschrift erfüllt sind (dazu a), ist ein solcher Anspruch jedenfalls gemäß [§ 111 SGB X](#) ausgeschlossen (dazu b).

a) Die tatbestandlichen Voraussetzungen eines Erstattungsanspruchs nach [§ 105 Abs. 1 SGB X](#) sind, anders als vom Sozialgericht ausgeführt, gegeben. Nach dieser Vorschrift ist der zuständige oder zuständig gewesene Leistungsträger erstattungspflichtig, wenn ein unzuständiger Leistungsträger Sozialleistungen erbracht hat, ohne dass die Voraussetzungen von [§ 102 Abs. 1 SGB X](#) vorliegen und soweit dieser nicht bereits selbst geleistet hat, bevor er von der Leistung des anderen Leistungsträgers Kenntnis erlangt hat.

aa) [§ 102 Abs. 1 SGB X](#) regelt das Erbringen vorläufiger Sozialleistungen. Die Voraussetzungen eines Erstattungsanspruchs nach dieser Vorschrift liegen nicht vor. Der Kläger hat keine Sozialleistungen auf Grund gesetzlicher Vorschriften vorläufig erbracht.

bb) Anders, als vom Sozialgericht entschieden, hat der Kläger als sachlich unzuständiger Leistungsträger i.S.v. [§ 105 SGB X](#) i.V.m. [§ 12 SGB I](#) Sozialleistungen (vgl. [§ 11 SGB I](#)) geleistet (vgl. BSG, Urteil vom 28. Oktober 2008 – [B 8 SO 23/07 R](#) – juris Rn. 18 ff.).

Sozialleistungen sind nach [§ 11 SGB I](#) die im Ersten Buch Sozialgesetzbuch vorgesehenen Dienst-, Sach- und Geldleistungen. Leistungsträger, mithin die für Sozialleistungen zuständigen Träger, sind die in den [§§ 18](#) bis [29 SGB I](#) genannten Körperschaften, Anstalten und Behörden. Zwar wird der Justizvollzug – wie vom Sozialgericht ausgeführt – in diesen Vorschriften nicht ausdrücklich aufgeführt. Obgleich die Gesundheitsfürsorge von Gefangenen grundsätzlich durch den Justizvollzug sichergestellt wird und die stationäre Krankenbehandlung des Versicherten auch für die Zeit ab dem 15. September 2010 (vgl. [§ 21 Abs. 1 Nr. 2](#) d SGB I, [§ 39 SGB V](#)) dem JVK und insofern dem Kläger aufgrund seiner Zahlung zuzurechnen war (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 19. September 2007 – [B 1 KR 39/06 R](#) – juris Rn. 9), bestehen aber keine Anhaltspunkte für eine insofern unbewusste Regelungslücke des Gesetzgebers, so dass sich eine analoge Anwendung des [§ 105 Abs. 1 SGB X](#) unter diesem Gesichtspunkt verbietet (vgl. zu den anerkannten Methoden der Rechtsfortbildung und den Grenzen richterlicher Rechtsfortbildung BVerfG, Nichtannahmebeschluss vom 26. September 2011 – [2 BvR 2216/06](#) u.a. – juris Rn. 56).

Indes hat der Kläger tatsächlich Hilfe bei Krankheit und insofern eine Sozialleistung nach [§ 28 Abs. 1 Nr. 2 SGB I](#) erbracht.

Die Zuständigkeit der Justizvollzugsanstalt für die Krankenbehandlung des inhaftierten Versicherten, über die der Kläger die Fachaufsicht ausübte und ausübt (vgl. [§ 109 Abs. 1 StVollzG Bln](#)), war entfallen. Zwar hatte der Versicherte als Strafgefangener bis zur Haftunterbrechung nach den [§§ 56 ff. StVollzG](#) einen Anspruch auf staatliche Gesundheitsfürsorge, der neben Gesundheitsuntersuchungen ambulante ärztliche und zahnärztliche Behandlung umfasst und gemäß [§ 65 StVollzG](#) darüber hinaus die gegebenenfalls erforderliche Verlegung in ein Anstaltskrankenhaus, wie sie hier im August 2010 erfolgt war. Kann die Krankheit eines Gefangenen in einer Vollzugsanstalt oder einem Anstaltskrankenhaus nicht erkannt oder behandelt werden, welches sodann für die Zeit ab dem 8. September 2010 bei dem Versicherten der Fall war, ist dieser in ein Krankenhaus außerhalb des Vollzuges zu bringen (vgl. [§ 65 Abs. 2 StVollzG](#)). [§ 75 Absatz 4 Satz 1 SGB V](#) erweitert den Sicherstellungsauftrag der vertragsärztlichen Versorgung auf gesundheitsfürsorgeberechtigte Gefangene nur für (ambulante und [zahn-]ärztliche) Notfallbehandlungen. Mit der Entscheidung über die Haftunterbrechung durch Beschluss des Amtsgerichts München vom 14. September 2010 gemäß [§ 455 Abs. 1 StPO](#) endete aber zugleich die Zuständigkeit der Justizvollzugsanstalt für die Krankenbehandlung.

Der Kläger zählt indes zu den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe (vgl. [§ 28 Abs. 2 SGB I](#)). Gemäß [§ 1 Abs. 1 AG-SGB XII](#) i.d.F. vom 7. September 2005 (GVBl. S. 467) i.V.m. [§ 97 Abs. 2 SGB XII](#) war und ist der örtliche und überörtliche Träger der Sozialhilfe im Sinne des [§ 3 SGB XII](#) das gemäß [§ 98 SGB XII](#) örtlich zuständige Land B. Dahinstehen kann, dass der Versicherte keine laufenden Leistungen der Existenzsicherung, insbesondere nicht nach dem SGB XII, bezog. Denn zu den Leistungen der Sozialhilfe gehören auch die im 5. Kapitel SGB XII geregelten Hilfen zur Gesundheit, insbesondere die Hilfe bei Krankheit (vgl. [§ 48 SGB XII](#)), die unabhängig von laufenden Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt erbracht werden.

Nach [§ 48 Satz 1 SGB XII](#) werden Leistungen zur Krankenbehandlung entsprechend dem Dritten Kapitel Fünften Abschnitt Ersten Titel des Fünften Buches erbracht, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern, wobei die Regelungen zur Krankenbehandlung nach [§ 264 SGB V](#) diesen Leistungen vorgehen. Ein Fall der obligatorischen Leistungserbringung gemäß [§ 264 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) lag hier nicht vor, da der Versicherte nicht Empfänger der dort genannten Leistungen war. Eine Übernahme der Krankenbehandlung nach [§ 264 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#), wonach die Kosten einer die Krankenbehandlung einer nicht versicherten Person übernehmenden Krankenkasse von der zuständigen Landesbehörde bzw. dem Träger der Sozialhilfe zu erstatten sind ([§ 264 Abs. 7 SGB V](#)), war nicht erfolgt (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 28. Oktober 2008 – [B 8 SO 23/07 R](#) – juris Rn. 21).

Gemäß [§ 52 Abs. 1 Satz 1 SGB XII](#) entsprechen Art und Umfang der Krankenhilfe den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nach [§ 11 Abs. 1 Nr. 4 SGB V](#) ([§§ 27](#) bis [52 SGB V](#)), zu denen grundsätzlich auch die gegenständliche stationäre Krankenhausbehandlung zählt (vgl. [§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5](#) i.V.m. [§ 39 SGB V](#)). Soweit in diesem Zusammenhang der grundsätzliche Nachrang der Sozialhilfe (vgl. [§ 2 SGB XII](#)) mit der Folge zu beachten ist, dass die Vorschriften der [§§ 47 ff. SGB XII](#), insbesondere des [§ 48 SGB XII](#), nur in Ausnahmefällen zum Tragen kommen, kann dies für die Anwendbarkeit von [§ 105 Abs. 1 SGB X](#) dahinstehen. Denn eine etwaige Nachrangigkeit betrifft allein die Frage der endgültigen Trägerzuständigkeit und schließt es gerade nicht aus, dass der Kläger nach diesen Vorschriften als unzuständiger Leistungsträger Sozialleistungen der Hilfe bei Krankheit erbracht hat, wofür im Übrigen auch die mit Schreiben des JVK vom 28. März 2011 an die C erfolgte Nachfrage zu einem eventuell zuständigen Sozialamt spricht. Dem Kläger war ein konkret zuständiger Kostenträger – ein solcher hätte, wie ausgeführt, endgültig der Träger der Sozialhilfe sein können – im Zeitpunkt der nicht bekannt. Der Versicherte hatte keine Versichertenkarte oder ähnliches bei sich getragen. Während seiner Haftzeit war, wie sich aus dem vom Kläger mit Schriftsatz vom 6. April 2022 übersandten Informationsschreiben des JVK vom 22. Januar 2010 sowie den handschriftlichen Vermerken vom 27. und 31. Januar 2011 bzw. den Verfügungen vom 27. Januar und 7. Februar 2011 ergibt, seitens der JVA sein letzter Versicherungsstatus, insbesondere die letztzuständige Krankenkasse nicht erfragt worden, weil er erkrankungsbedingt immer abwesend (JVK oder öffentliches Krankenhaus)

gewesen sei.

Der Kläger hat die Hilfe bei Krankheit schließlich auch erbracht. Das „Erbringen“ einer Leistung erfordert nach höchstrichterlicher Rechtsprechung, die der Senat seiner Entscheidung zugrunde legt, dass der Leistungsträger seine Leistungspflicht für den konkreten Fall bejaht und auf der Grundlage dieser Entscheidung die Leistung tatsächlich bewirkt. Dies war hier der Fall. Erfolgt die Leistungsbewilligung erst, nachdem ein Dritter – hier das Krankenhaus der C – die benötigte Sach- oder Dienstleistung bereits tatsächlich zur Verfügung gestellt hat, so erbringt der Sozialleistungsträger seine Leistung frühestens mit der Bewilligung. An die Stelle der Bewilligung gegenüber dem Versicherten tritt, wenn – wie hier – eine solche nicht mehr in Betracht kommt, die Zahlung (vgl. BSG, Urteil vom 19. September 2007 – [B 1 KR 39/06 R](#) – juris Rn. 9). Diese ist am 26. April 2011 vom Kläger, und zwar als – unzuständiger – Sozialleistungsträger erfolgt. Gemäß [§ 114 Nr. 1 SGB XII](#) gelten als Aufwendungen die Kosten der Leistung für diejenige Person, die den Anspruch gegen den anderen Kostenträger hat.

cc) Die weiteren Voraussetzungen des [§ 105 Abs. 1 SGB X](#) sind ebenfalls erfüllt. Die Beklagte hätte dem Versicherten vom 15. September 2010 bis 12. Dezember 2010 die notwendige Krankenhausbehandlung – entsprechend dem auf diesen Zeitraum entfallenden Teil der Rechnung – leisten müssen, wie sie im Übrigen in der mündlichen Verhandlung vor dem Senat eingeräumt hat; sie hatte dies nicht, insbesondere nicht in zeitlicher Hinsicht vor dem Kläger getan.

Der Versicherte war seit dem 15. September 2010 gemäß [§ 5 Abs. 1 Nr. 13a](#)) SGB V kraft Gesetzes Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung. Danach sind versicherungspflichtig Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und zuletzt gesetzlich krankenversichert waren. Dies war bei ihm nach gewährter Haftunterbrechung und mangels Vorliegens des Tatbestandes des [§ 5 Abs. 8a SGB V](#) der Fall. „Letzte Krankenversicherung“ vor der Zeit der Nichtversicherung war gemäß [§ 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) die bei der Beklagten bestehende Pflichtversicherung, welches sie im Übrigen selbst einräumt und insofern in der mündlichen Verhandlung vor dem Senat geltend gemacht hat, sie hätte sich, wäre alles „ordnungsgemäß gelaufen“ grundsätzlich als leistungs verpflichtet angesehen. Die hiernach bestehende Leistungspflicht der Beklagten für den ab 15. September 2010 bis zum Ableben des Versicherten fortbestehenden stationären Krankenhausaufenthalt schließt eine solche des Klägers als Sozialhilfeträger wegen der Nachrangigkeit der Sozialhilfe gemäß [§ 2 Abs. 1 SGB XII](#) aus. Die Aufteilung der Kosten ist im Einklang mit der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts tageweise betreffend die mit der Fallpauschale abgerechneten Behandlungstage – pro rata temporis – erfolgt (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 19. September 2007 – [B 1 KR 39/06 R](#) – juris Rn. 14 f.). Auch insofern hat die Beklagte Einwände nicht erhoben.

b) Ein nach [§ 105 Abs. 1 SGB X](#) dem Grunde nach entstandener Erstattungsanspruch ist jedenfalls wegen Ablaufs der hierfür geltenden Jahresfrist nach [§ 111 Satz 1 SGB X](#) ausgeschlossen.

Gemäß [§ 111 SGB X](#) ist der Anspruch auf Erstattung ausgeschlossen, wenn der Erstattungs berechtigte ihn nicht spätestens zwölf Monate nach Ablauf des letzten Tages, für den die Leistung erbracht wurde, geltend macht. Der Lauf der Frist beginnt frühestens mit dem Zeitpunkt, zu dem der erstattungsberechtigte Leistungsträger von der Entscheidung des erstattungspflichtigen Leistungsträgers über seine Leistungspflicht Kenntnis erlangt hat. Die Ausschlussfrist ist auf einen nach [§ 105 SGB X](#) geltend gemachten Erstattungsanspruch anwendbar (vgl. BSG, Urteil vom 16. März 2010 – [B 2 U 4/09 R](#) – juris Rn. 11 ff.; Mutschler, jurisPK-SGB X, Stand: 2. Auflage 2017, § 111 Rn. 7). Die mit Satz 1 der Vorschrift geregelte Jahresfrist ist vorliegend verstrichen (aa). Die Voraussetzungen des Satzes 2 liegen nicht vor (bb). Der Ablauf der Ausschlussfrist ist auch nicht aus sonstigen Gründen unbeachtlich (cc).

aa) Der Kläger hat die Jahresfrist nach [§ 111 Satz 1 SGB X](#) nicht eingehalten. Er hat den Erstattungsanspruch erst mit dem am 4. Oktober 2013 bei der Beklagten eingegangenen Schreiben vom 26. September 2013 geltend gemacht. Dieses Erstattungsverlangen ist für das Einhalten der Ausschlussfrist wesentlich. Darauf, dass er sich zuvor (erfolglos) an andere Krankenkassen gewandt hatte, kommt es nicht an. Denn die Erstattungsforderung ist gegenüber dem richtigen Adressaten, mithin dem erstattungspflichtigen Träger geltend zu machen (Mutschler, jurisPK-SGB X, Stand: 2. Auflage 2017, § 111 Rn. 18). Die entsprechende Erklärung wird erst mit Zugang bei dem auf Erstattung in Anspruch genommenen Träger wirksam (vgl. [§ 130 Abs. 1 Satz 1 BGB](#)). Nicht dagegen wurde die Frist durch den gegenüber der K mit einem Schreiben der JVA vom 20. Oktober 2011 (die Zustellungsurkunde datiert vom 2. November 2011) geltend gemachten Erstattungsanspruch gewahrt, welchen jene mit Schreiben vom 2. Juli 2012 zurückwies. Denn anders als nach [§ 16 Abs. 2 SGB I](#) ist ein bei einem unzuständigen Träger geltend gemachter Erstattungsanspruch grundsätzlich nicht (an den mutmaßlich zuständigen Kostenträger) weiterzuleiten und hat daher, anders als vom Kläger sinngemäß geltend gemacht worden ist, keine fristwahrende Wirkung. Nach dieser Vorschrift sind Anträge, die bei einem unzuständigen Leistungsträger, bei einer für die Sozialleistung nicht zuständigen Gemeinde oder bei einer amtlichen Vertretung der Bundesrepublik Deutschland im Ausland gestellt werden, unverzüglich an den zuständigen Leistungsträger weiterzuleiten. Hierunter fallen indes nur Anträge auf Sozialleistungen und keine Erstattungsansprüche unter Sozialleistungsträgern, weil die Vorschrift nach ihrem Sinn und Zweck an die Aufklärungs-, Beratungs- und Auskunftspflichten in [§§ 13 bis 15 SGB I](#) und insofern die den Leistungsträgern auferlegte Pflicht anknüpft, welche Rechte und Pflichten sich für Sozialleistungen in Anspruch nehmende Personen aus dem Sozialgesetzbuch ergeben, insbesondere welche Ansprüche auf Sozialleistungen diese haben.

Die Fristberechnung für die Zwölf-Monats-Frist des [§ 111 Satz 1 SGB X](#) erfolgt gemäß [§ 26 Abs. 1 SGB X](#) i.V.m. [§§ 187 ff. BGB](#). Diese Frist beginnt am Folgetag desjenigen Tages, für den der erstattungsberechtigte Träger die Sozialleistung letztmals erbracht hat, hier mithin, wie vom Sozialgericht zutreffend ausgeführt worden ist, am 13. Dezember 2010. Auf den Tag, „an“ dem die Leistung erbracht wurde, kommt es demgegenüber nicht an (vgl. BSG, Urteil vom 30. Juni 2009 – [B 1 KR 21/08 R](#) – juris Rn. 14 ff. m.w.N.). Mit der Änderung des [§ 111 SGB X](#) zum 1. Januar 2001 (i.d.F. des Vierten Euro-Einführungsgesetzes) ist neben das Ziel der zügigen Klarstellung der Verhältnisse zumindest auch der

Gesichtspunkt der materiellen Ausgleichsgerechtigkeit getreten (vgl. BSG, Urteil vom 4. April 2019 – [B 8 SO 11/17 R](#) – juris Rn. 18 m.w.N.). Diese zwölfmonatige Frist war im Zeitpunkt der Geltendmachung der Erstattungsforderung gegenüber der Beklagten am 4. Oktober 2013 um mehr als zwei Jahre verstrichen. Sie wäre im Übrigen auch versäumt, wenn sie ab dem Zeitpunkt der Kostenentstehung – hier am 26. April 2011 – gerechnet würde.

Soweit die Spitzenverbände der Krankenkassen, der GKV-Spitzenverband und die Spitzenverbände der Unfallversicherung in einer gemeinsamen Besprechung am 6. November 2012 vereinbart haben sollen (vgl. Mutschler in jurisPK-SGB X, 2. Aufl 2017, [§ 111 SGB X](#) Rn. 19), dass die einem unzuständigen Unfallversicherungsträger zugewandene Anmeldung eines Erstattungsanspruchs i.S.d. [§ 111 SGB X](#) durch eine Krankenkasse an den zuständigen Unfallversicherungsträger weitergeleitet und die anmeldende Krankenkasse hierüber informiert wird, kann dies für den vorliegenden Fall, für den eine entsprechende Vereinbarung nicht ersichtlich ist (vgl. Homepage des DKV-Spitzenverbandes, Suche in sämtlichen Kategorien), dahinstehen. Es handelt sich vorliegend auch nicht um einen gesetzlich angeordneten Zuständigkeitswechsel in Form der Funktionsnachfolge. Darauf, dass in Fällen, in denen die Erstattungspflicht, wie hier, auf der Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13a) SGB V beruht, mit der Folge, dass der gegebenenfalls – zunächst – erstattungsberechtigte Träger die erstattungspflichtige Krankenkasse unter Umständen im Wege einer zeitintensiven Recherche ermitteln muss, kommt es dagegen, anders als der Kläger meint, nicht an. Soweit er geltend macht, es sei ihm nicht anzulasten, dass er die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13a) SGB V bestehende Mitgliedschaft bei der Beklagten erst mit zeitlicher Verzögerung habe ermitteln können, kann dies im Übrigen, wie schon vom Sozialgericht im Hinblick auf die effektive Bearbeitungsdauer zwischen den jeweiligen Mitteilungen der Krankenkassen ausgeführt worden ist, dahinstehen.

Soweit seit der Änderung des [§ 111 Satz 2 SGB X](#) auch Gesichtspunkte der materiellen Ausgleichsgerechtigkeit hinsichtlich des Beginns der Ausschlussfrist relevant sind, können diese nicht zu einer Verlängerung der Frist führen, soweit sie keinen Niederschlag in der Norm gefunden haben (vgl. zu deren Anwendbarkeit bei Erstattungsanspruch nach Kassenwechsel vgl. BSG, Urteil vom 19. September 2007 – [B 1 KR 39/06 R](#) – juris Rn. 26).

bb) Die Vorschrift des [§ 111 Satz 2 SGB X](#), wonach die Frist erst beginnt, wenn eine Entscheidung des erstattungspflichtigen Trägers über seine „Leistungspflicht“ vorliegt, greift hier von vornherein nicht ein. Denn eine solche Entscheidung des zuständigen Trägers kam nicht mehr in Betracht, nachdem der Kläger am 26. April 2011 mit erfüllender Wirkung (vgl. [§ 107 SGB X](#)) den Rechnungsbetrag in voller Höhe dem Krankenhausträger C gegenüber beglichen hatte (vgl. BSG, Urteile vom 28. Februar 2008 – [B 1 KR 13/07 R](#) – juris Rn. 15 m.w.N.; Urteil vom 4. April 2019 – [B 8 SO 11/17 R](#) – juris Rn. 19 m.w.N.).

cc) Eine Wiedereinsetzung in den vorigen Stand in die versäumte Frist kommt schon deshalb nicht in Betracht, weil es sich um eine materielle Ausschlussfrist handelt, die dem Erstattungsberechtigten im Übrigen nicht im Sinne einer Einrede entgegen gehalten werden muss (vgl. Mutschler, in jurisPK-SGB X, 2. Aufl 2017, Rn. 52 m.w.N.). Anhaltspunkte dafür, dass die Ablehnung der Erstattung seitens der Beklagten auf einer unzulässigen Rechtsausübung (analog [§ 242 BGB](#)) beruhen könnte, bestehen nicht, zumal die Beklagte vor der Geltendmachung der Forderung nicht mit einer möglichen Erstattungspflicht befasst wurde. Aus 10.1.1 des Leitfadens Abrechnungsfragen 2009 folgt solches nicht. Denn hiermit ist allein festgehalten worden, dass der Kostenträger, der die Kostenzusage erteilt hat, im Falle eines Kostenträgerwechsels einen Erstattungsanspruch gegenüber dem anderen Kostenträger geltend machen müsse und jener den Anteil für die Tage, an denen er leistungspflichtig war, entsprechend der Vorgaben in der vorgenannten Verlautbarung erstatte. Von einem Verzicht auf die Geltendmachung der Ausschlussfrist ist hier, unabhängig davon, ob solches rechtswirksam wäre, nicht die Rede.

2. Der geltend gemachte Zahlungsanspruch lässt sich ferner nicht aus den Vorschriften über eine GoA gemäß [§§ 677 ff. BGB](#) ableiten, die im öffentlichen Recht grundsätzlich entsprechend anzuwenden sind. Die Grundsätze der GoA greifen nach [§ 677 BGB](#) ein, wenn jemand ein Geschäft für einen anderen besorgt, ohne von diesem beauftragt oder ihm gegenüber sonst dazu berechtigt zu sein, und dabei mit dem Bewusstsein und dem Willen handelt, ein fremdes Geschäft auszuführen. Nach [§ 683 Satz 1 BGB](#) kann in solchen Fällen der Geschäftsführer wie ein Beauftragter Ersatz seiner Aufwendungen verlangen, wenn die Übernahme der Geschäftsführung dem Interesse und dem wirklichen oder dem mutmaßlichen Willen des Geschäftsherrn entspricht. Ein entgegenstehender Wille des Geschäftsherrn ist nach [§ 679 BGB](#) unbeachtlich, wenn ohne die Geschäftsführung eine Pflicht des Geschäftsherrn, deren Erfüllung im öffentlichen Interesse liegt, nicht rechtzeitig erfüllt wurde. Indessen ist ein Aufwendungsersatzanspruch nach den Vorschriften über die öffentlich-rechtliche GoA dann nicht gegeben, wenn Vorschriften des öffentlichen Rechts eine erschöpfende Regelung darstellen, die einen Rückgriff auf die Grundsätze der GoA nicht erlaubt (vgl. BSG, Urteil vom 3. November 1999 – [B 3 KR 4/99 R](#) – juris Rn. 18 f.).

Dahinstehen kann, ob die Vorschriften der GoA für den Bereich des Sozialversicherungsrechts anwendbar sind, wenn der Geschäftsführer – hier der Kläger – als Leistungsträger im Sinne des [§ 105 SGB X](#) in Betracht kommt und mit der Geschäftsführung, wie er geltend macht, das „Geschäft“ der beklagten Krankenkasse übernommen habe (vgl. BSG, Urteil vom 3. April 2014 – [B 2 U 21/12 R](#) – juris Rn. 19). Offenbleiben kann auch, inwieweit im Einzelnen die bürgerlich-rechtlichen Bestimmungen der [§§ 683 ff. BGB](#) bei der öffentlich-rechtlichen GoA entsprechend anzuwenden sind (vgl. BSG, Urteil vom 28. Oktober 2008 – [B 8 SO 23/07 R](#) – juris Rn. 26 m.w.N.; LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 12. Dezember 2013 – [L 16 KR 557/11](#) – juris Rn. 32). Denn jedenfalls liegen hier, wie zu Recht vom Sozialgericht ausgeführt worden ist, schon die Grundvoraussetzungen einer GoA nicht vor.

Ein Anspruch aus einer GoA ist nicht gegeben, weil es an der erforderlichen Fremdgeschäftsführung fehlt. Gemäß [§ 683 BGB](#) kann der

Geschäftsführer wie ein Auftraggeber (§ 670 BGB) Ersatz seiner Aufwendungen verlangen, wenn die Übernahme der Geschäftsführung dem Interesse und dem wirklichen oder dem mutmaßlichen Willen des Geschäftsherrn entspricht. Der Kläger hatte mit der Zahlung auf die Rechnung vom 7. Januar 2011 eine sich aus der unstreitig im Zuge der Verlegung vom JVK in das öffentliche Krankenhaus wegen der Unaufschiebbarkeit der Behandlung erklärten Kostenzusage ergebende eigene Verbindlichkeit gegenüber der C erfüllt. Bei einem danach objektiv eigenen Geschäft muss zur Annahme der Geschäftsführung für einen anderen der Wille des Geschäftsführers zur vornehmlichen Wahrnehmung fremder Interessen nach außen hinreichend deutlich in Erscheinung treten (vgl. BGH, Urteil vom 3. März 2009 - XI ZR 41/08 - juris). Ein derartigen Fremdgeschäftsführungswillen des Klägers bezogen auf die Zahlung an den Krankenhausträger C zur Tilgung einer fremden Schuld (vgl. § 267 Abs. 1 BGB), insbesondere einer solchen der Beklagten, deren Zuständigkeit ihm zu diesem Zeitpunkt nicht bekannt war, ist nicht gegeben.

Ein solcher Fremdgeschäftsführungswille ergibt sich nicht aus der vorbehaltlos erfolgten Zahlungsanordnung der Landeshauptkasse vom 26. April 2011. Nach dem Empfängerhorizont würde dies den nach außen erkennbaren Willen zur Tilgung einer fremden Schuld voraussetzen (vgl. etwa BGH, Urteile vom 4. November 1997 - VI ZR 348/96 - juris Rn. 18 m.w.N. und vom 31. Januar 2018 - VIII ZR 39/17 - juris Rn. 26). Das ist nicht der Fall.

Der Kläger selbst hatte mit seinem Erstattungsforders schreiben vom 26. September 2013 an die Beklagte ausgeführt, er habe gegenüber dem Krankenhausträger der C im Zuge der Verlegung des Versicherten vom JVK in ein Krankenhaus der C die Kostenübernahme für die stationäre Behandlung erklärt. Dementsprechend sei die Rechnung über die gesamte stationäre Krankenbehandlung ihm, dem Kläger (bzw. dem JVK), gegenüber gestellt und von der Landeshauptkasse unter Einhaltung der Kostenzusage beglichen worden. Daraus, dass das JVK dem Krankenhausträger C mit Schreiben vom 28. März 2011 mitgeteilt hatte, die Justiz sei ab dem 15. September 2010 im Hinblick auf die Strafunterbrechung nicht mehr Kostenträger gewesen, folgt nichts Abweichendes. Diese Mitteilung erfolgte ersichtlich nur im Hinblick auf das Innenverhältnis zwischen dem Kläger und einem potenziell erstattungspflichtigen Träger. Der Kläger hatte hiermit keine abweichende Tilgungsbestimmung getroffen, sondern allein um die Mithilfe bei der Ermittlung der gegebenenfalls erstattungspflichtigen Krankenkasse oder eines sonstigen Kostenträgers gebeten. Jedenfalls hätte sich eine anderweitige Tilgungsbestimmung nach dem objektiven Empfängerhorizont erledigt, nachdem die Landeshauptkasse schließlich entsprechend der vormaligen Kostenzusage die dem JVK gestellte Rechnung über die gesamte stationäre Krankenbehandlung vollständig und vorbehaltlos am 26. April 2011 beglichen hatte.

Dass dies im Sinne einer Leistung auf eine eigene Schuld auch beabsichtigt war, folgt ferner aus dem Hinweis des Klägers auf den o.g. Leitfadens Abrechnungsfragen 2009 sowie dem mit seiner Klagebegründung erfolgten Hinweis auf das Schreiben des Bundesministeriums der Justiz an das Bayerische Staatsministerium der Justiz und für Verbraucherschutz vom 18. Dezember 2009, wonach entsprechend der Kostenzusage die gesamten Kosten der Krankenhausbehandlung auch bei einem Wechsel der Zuständigkeit getragen würden, nachfolgend die Aufteilung auf die gegebenenfalls beteiligten Kostenträger erfolge und durch Erstattungsanspruch geltend zu machen sei. Schließlich deutet der Umstand, dass der Kläger im Zuge seiner Ermittlungen zunächst gegenüber dem örtlich als Sozialhilfeträger für zuständig erachteten Bezirksamt sowie daran anschließend gegenüber verschiedenen Krankenkassen Erstattungsansprüche auf der Grundlage von § 105 Abs. 1 SGB X geltend gemacht hatte, dass er zunächst den Willen zur Eigengeschäftsführung mit dem Ziel einer nach Abschluss seiner Ermittlungen zum (weiteren) Kostenträger geltend zu machenden Erstattungsforders hatte. Hierfür spricht auch, dass ein nach § 105 Abs. 1 SGB X geltend gemachter Erstattungsanspruch nach herrschender Auffassung grundsätzlich ausgeschlossen wäre, wenn der unzuständige Leistungsträger in vollem Bewusstsein seiner Unzuständigkeit vorbehaltlos leistet (vgl. Prange in jurisPK-SGB X. 2. Auflage 2017, § 105 Rn. 52 m.w.N.; BSG, Urteil vom 17. Juli 1985 - 1 RA 11/83 - juris Rn. 35). Dies war indes, wie zuvor ausgeführt worden ist, gerade nicht der Fall, weil der Kläger aufgrund der erteilten Kostenzusage geleistet hatte.

Hiernach tilgte der Kläger mangels erkennbarer Zweckbestimmung und zumal angesichts des Umstandes, dass eine konkret erstattungspflichtige Krankenkasse im Zeitpunkt der Zahlung noch gar nicht bekannt war, auf die zuvor erteilte Kostenzusage hin objektiv eine eigene Schuld (vgl. BGH, Urteil vom - XII ZR 103/96 - juris Rn. 15 m.w.N.). Die Kostenzusage steht im Übrigen auch erkennbar in Einklang mit § 9 Satz 2 der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2009 (FPV 2009; jetzt § 10 Satz 2 FPV 2020), wonach bei Fallpauschalenpatienten - wie dem Versicherten - der gesamte Krankenhausfall mit dem Kostenträger abgerechnet wird, der die Kostenzusage erteilt hat (Anmerkung Krasney zum Urteil des BSG vom 19. September 2007 - B 1 KR 39/06 R - juris sowie SGB 2008, 724, 729). Hintergrund für diese Regelung war nach den entsprechenden höchstrichterlichen Ausführungen (vgl. BSG, Urteil vom 19. September 2007 - B 1 KR 39/06 R - juris), dass § 19 Abs. 1 SGB V bei einem Zuständigkeitswechsel nicht dazu zwingt, bei der Aufteilung von Fallpauschalen für jeden Tag die konkreten Kosten der Behandlungsmaßnahmen zu ermitteln, weil dies mit dem Sinn von pauschalen Vergütungen nicht zu vereinbaren sei. Das Bundessozialgericht stellt hiernach bei der Leistungszuständigkeit auch bei Fallpauschalen zunächst auf die kalendertägliche Mitgliedschaft ab. Innerhalb dessen lässt es sodann eine pauschale Kostenquote unter Berücksichtigung der Zahl der Behandlungstage zu.

3. Der Kläger kann die Kostenerstattung von der Beklagten auch nicht auf der Grundlage eines öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs verlangen. Es fehlt an den tatbestandlichen Voraussetzungen eines solchen Anspruchs.

Der allgemeine öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch ist ein aus allgemeinen Grundsätzen des Verwaltungsrechts, insbesondere der Gesetzmäßigkeit der Verwaltung, abgeleitetes eigenständiges Rechtsinstitut des öffentlichen Rechts. Er verschafft dem Anspruchsinhaber ein Recht auf Herausgabe des Erlangten, wenn eine Leistung ohne Rechtsgrund oder eine sonstige rechtsgrundlose Vermögensverschiebung erfolgt ist. Seine Anspruchsvoraussetzungen und Rechtsfolgen entsprechen, soweit sie nicht spezialgesetzlich

geregelt sind, denen des zivilrechtlichen Bereicherungsanspruchs (vgl. BSG, Urteil vom 28. Oktober 2008 – [B 8 SO 23/07 R](#) – juris Rn. 27). Erfolgt die Vermögensverschiebung durch Leistung, also auf Grund bewusster und zweckgerichteter Vermehrung fremden Vermögens, ist deshalb neben den geschriebenen Anspruchsvoraussetzungen des [§ 812 Abs. 1 Satz 1](#) 1. Variante BGB auch der Vorrang der Leistungsbeziehung zu beachten. Dies bedeutet, dass der Gläubiger des Erstattungsanspruchs – sofern er zur Erfüllung einer bestehenden oder angenommenen eigenen Verpflichtung geleistet hat – wegen desselben Gegenstands keinen Anspruch auf Bereicherung in sonstiger Weise gegen einen Dritten haben kann. Deshalb kommt, sofern es in einer Rechtsbeziehung an einem rechtlichen Grund für die erbrachte Leistung fehlt, ein Erstattungsanspruch grundsätzlich nur zwischen den an dieser Rechtsbeziehung Beteiligten in Betracht. Der Kläger hat indes, wie ausgeführt, auf die Rechnung des Krankenhausträgers gezahlt, weil er jedenfalls nach zuvor erfolgter Kostenzusage im Einklang mit dem zitierten Leitfadens Abrechnungsfragen 2009 eine eigene Verpflichtung erfüllen wollte. Er hat damit im Rechtssinne geleistet und kann nicht unmittelbar im Wege des Durchgriffs Erstattung von der Krankenkasse verlangen. Eine dem entgegenstehende und durch Billigkeitserwägungen gegebenenfalls berechnete nachträgliche Tilgungsbestimmung (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 3. April 2014 – [B 2 U 21/12 R](#) – juris Rn. 24) scheidet hier aus. Denn der Kläger hat nicht irrtümlich geleistet. Die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs, wonach aus Billigkeitsgründen ausnahmsweise eine nachträgliche Tilgungsbestimmung möglich sei (vgl. etwa BGH, Urteile vom 29. Februar 2000 – [VI 47/99](#) – und vom 15. Mai 1986 – [VII 274/85](#) – juris), und der sich der 2. Senat des Bundessozialgerichts auch für den öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch im dort zu entscheidenden Fall angeschlossen hat, greift hier in Ermangelung einer irrtümlichen Situation nicht ein.

4. Auf anderweitige Rechtsgrundlagen kann der Kläger sein Erstattungsbegehren nicht mit Erfolg stützen.

a) Gemäß [§ 91 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) ist dann, wenn ein Beauftragter Sozialleistungen für einen Auftraggeber erbringt, dieser zur Erstattung verpflichtet. Der Anspruch setzt voraus, dass ein wirksames Auftragsverhältnis i.S.v. [§ 88 SGB X](#) besteht. Nach [§ 88 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) kann ein Leistungsträger (Auftraggeber) ihm obliegende Aufgaben durch einen anderen Leistungsträger oder seinen Verband (Beauftragter) mit dessen Zustimmung wahrnehmen lassen, wenn dies 1. wegen des sachlichen Zusammenhangs der Aufgaben vom Auftraggeber und Beauftragten, 2. zur Durchführung der Aufgaben und 3. im wohlverstandenen Interesse der Betroffenen zweckmäßig ist.

Ein solcher Auftrag liegt hier nicht vor. Er folgt insbesondere nicht aus dem Inhalt des vom Kläger vorgelegten Leitfadens Abrechnungsfragen 2009 (dort 10.1.1). Hieraus ergibt sich, wie ausgeführt, dass als Folge des Urteils des Bundessozialgerichts vom 19. September 2007 (– [B 1 KR 39/06 R](#) – juris) bei Fallpauschalenpatienten die gesamten Kosten der Krankenhausbehandlung nach den insgesamt im Krankenhaus verbrachten Kalendertagen anteilig auf die beteiligten Krankenkassen aufzuteilen sind. Dahinstehen kann, ob die Beklagte diesen Leitfadens Abrechnungsfragen 2009 in ihre Arbeitsprozesse „integriert“ hat oder dies nicht der Fall sei, wie sie mit Schriftsatz vom 19. Mai 2021 angegeben hat. Auch kann dahinstehen, dass gemäß [§ 88 Abs. 2 SGB X](#) ein Auftrag für mehrere, gleichartige Fälle erteilt werden kann. Denn der vorliegende Leitfadens Abrechnungsfragen 2009 wurde von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und des Verbandes der privaten Krankenversicherung zu Abrechnungsfragen 2009 nach dem KHentG und der FPV 2009 erstellt und gibt keinen Anhaltspunkt für eine Auftragserteilung der Krankenkassen gegenüber dem Kläger in vorstehendem Sinne.

b) [§ 426 BGB](#), der den Ausgleich unter Gesamtschuldnern regelt, ist vorliegend nicht entsprechend anwendbar. Ein Gesamtschuldverhältnis liegt nach [§ 421 BGB](#) vor, wenn mehrere eine Leistung schulden, der Gläubiger sie aber nur einmal verlangen kann (vgl. BSG, Urteil vom 12. Dezember 1974 – [10 RV 553/73](#) – juris Rn. 14). Die Beklagte war jedoch angesichts der Kostenzusage des Klägers und nach Maßgabe des Leitfadens Abrechnungsfragen 2009 nicht unmittelbar zur Leistung an den die Krankenbehandlung des Versicherten durchführenden Krankenhausträger verpflichtet.

c) Aus §§ 56 ff. StVollzG folgt ein solcher Anspruch ebenso wenig wie aus [§ 75 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#). Eine eigenständige Erstattungsregelung ergibt sich auch nicht aus dem Strafvollzugsgesetz Berlin.

d) [§ 93 Abs. 1 Satz 1 SGB XII](#) ist nur anzuwenden, wenn es sich um Ansprüche gegen andere handelt, die nicht Leistungsträger i.S.v. [§ 12 SGB I](#) sind, zu denen die Beklagte aber als Krankenkasse zählt (vgl. [§ 21 Abs. 2 SGB I](#)). Der Kostenerstattungsanspruch aus [§ 106 Abs. 1 Satz 2 SGB XII](#) betrifft allein Sozialhilfeträger untereinander. [§ 113 SGB XII](#) bezieht sich auf Erstattungsansprüche des Trägers der Sozialhilfe nach [§ 104 SGB X](#), welche einer Übertragung, Pfändung oder Verpfändung vorgehen. Auch solches ist hier nicht der Fall.

e) Ein Kostenerstattungsanspruch ergibt sich schließlich nicht unmittelbar aus dem Leitfadens Abrechnungsfragen 2009. Vielmehr muss der Kostenträger nach dessen 10.1.1 Abs. 2 zunächst einen Erstattungsanspruch gegenüber dem anderen Kostenträger geltend machen. Dahinstehen kann, ob im Wege eines solchen Leitfadens die Geltendmachung einer Verjährungseinrede hätte ausgeschlossen werden können. Denn solches ist mit dem Leitfadens Abrechnungsfragen 2009 ebenso wenig erfolgt wie eine „Regelung“ in Bezug auf die Handhabung der Ausschlussfrist nach [§ 111 SGB X](#) in Fällen des Krankenkassenwechsels (s.o.).

Nachdem die Berufung in der Sache keinen Erfolg hatte, ist über den vom Kläger geltend gemachten Zinsanspruch nicht mehr zu entscheiden. Ob ein solcher auf der Grundlage der öffentlich-rechtlichen GoA bzw. eines Erstattungsanspruchs überhaupt zugesprochen werden kann (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 27. Juni 2017 – [B 2 U 13/15 R](#) – juris), kann dahinstehen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung, da weder der Kläger noch die Beklagte zu den in [§ 183 SGG](#) genannten Personen gehören.

Die Revision ist wegen grundsätzlicher Bedeutung zugelassen worden (vgl. [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#)).

Rechtskraft
Aus
Saved
2022-05-25