

Der auf Erstattung in Anspruch genommene Leistungsträger kann sich auf seine bindende Entscheidung grundsätzlich auch im Verhältnis zu dem die Erstattung begehrenden Leistungsträger berufen.

Eine Beharrung auf der getroffenen Entscheidung ist nur dann unzulässig, wenn sich diese als offensichtlich fehlerhaft erweist und zum Nachteil des anderen Leistungsträgers auswirkt.

Bei der Prüfung der offensichtlichen Fehlerhaftigkeit des Bescheides sind lediglich die bereits vorhandenen tatsächlichen Feststellungen heranzuziehen.

§ 105 SGB X, § 2 Abs. 2 SGB VII, § 8 Abs. 1 SGB VII

Urteil des LSG Niedersachsen-Bremen vom 26.01.2016 – L 16/3 U 176/11 –

Aufhebung des Urteils des SG Hannover vom 09.08.2011 – S 36 U 289/08 –

Vom Ausgang des Revisionsverfahrens beim BSG – B 2 U 16/16 R - wird berichtet

Streitig war die **Erstattungspflicht für Behandlungskosten des inzwischen verstorbenen Versicherten der klagenden Krankenkasse.**

Der 1937 geborene **Versicherte** war gelernter Tischlermeister und befand sich bereits im Ruhestand, als er am 20.07.2006 die **80-jährige Patentante seines Sohnes, Frau F., besuchte** und dabei auch **provisorisch Mängel am Dach ihres Wohnhauses ausbesserte**. In der Folgezeit sollte sodann eine komplette Dachsanierung durch ein Unternehmen erfolgen. Hierbei **stürzte der Versicherte aus ca. 5 m Höhe** vom Hausdach und erlitt ein schweres **Schädel-Hirn-Trauma** mit folgender Rund-um-die-Uhr-Pflege bei künstlicher Ernährung. Im Mai 2008 verstarb der Versicherte.

Mit bestandskräftigem Bescheid vom 04.02.2008 hatte die **Beklagte** als UV-Träger die **Anerkennung des Sturzes als Arbeitsunfall abgelehnt**, da es sich um eine unternehmerähnliche Tätigkeit gehandelt habe.

Bereits mit Schreiben vom 10.07.2007 hatte die Klägerin bei der Beklagten einen **Erstattungsanspruch** wegen der Kosten der **Krankenhausbehandlung, häuslichen Krankenpflege, Pflegegeld usw.** angemeldet und sodann Klage auf Erstattung der Kosten in Höhe von rd. **213.000 €** erhoben.

Das **SG gab der Klage statt**, da der Versicherte wie ein Beschäftigter im Haushalt von Frau F. tätig geworden sei.

Das **LSG hob das erstinstanzliche Urteil auf und gab der Berufung der Beklagten statt**. Die **Klägerin** habe zwar ihren Erstattungsanspruch bei der Beklagten ordnungsgemäß vor Klageerhebung angemeldet. Ihr **stehe jedoch kein Erstattungsanspruch** aufgrund der erbrachten Leistungen **zu**. Rechtsgrundlage für den Anspruch könne nur **§ 105 Abs. 1 SGB X** sein. Dies setze zunächst voraus, dass die Klägerin als unzuständiger Leistungsträger Sozialleistungen erbracht habe. Dies wäre dann der Fall gewesen, **wenn es sich bei dem Sturz des Versicherten um einen Arbeitsunfall gem. § 8 Abs. 1 SGB VII gehandelt hätte**, für den die Beklagte dann zuständig gewesen wäre. Allerdings habe die **Beklagte die Anerkennung des Sturzes als Arbeitsunfall bestandskräftig abgelehnt**. Zwar werde die Bindung des Erstattung begehrenden Leistungsträgers an die Leistungsversagung des anderen Leistungsträgers in Rechtsprechung und Schrifttum nicht einhellig beurteilt (vgl. S. 297). **Nach der jüngeren höchstrichterlichen Rechtsprechung könne sich jedoch der auf Erstattung in Anspruch genommene Leistungsträger auf seine bindende Entscheidung grundsätzlich auch im Verhältnis zu dem die Erstattung begehrenden Leistungsträger berufen**. Dieser grundsätzlichen Bindung stehe auch nicht entgegen, dass ein derartiger Verwaltungsakt nur die Leistung, nicht aber die Erstattung regele. Ebenso wenig falle ins Gewicht, dass die durch §§ 102 ff SGB X geregelten Erstattungsansprüche unabhängig von und selbständig neben einem Anspruch des Leistungsberechtigten

tigten gegen den zur Erstattung herangezogenen Leistungsträger beständen (vgl. S. 298). **Dieser Rechtsprechung schließe sich der erkennende Senat an. Soweit der 2. Senat des BSG im Urteil vom 04.07.2013 – B 2 U 12/12 R – ([UVR 17/2013, S. 1095](#)) eine Bindungswirkung verneinte, habe dieser Entscheidung eine andere Fallkonstellation zugrunde gelegen, da der UV-Träger dort zunächst die Behandlungskosten übernommen hatte (vgl. S. 298).**

Aufgrund der **Verpflichtung zur engen Zusammenarbeit gem. § 86 SGB X** sei es dem **in Anspruch genommenen Leistungsträger** allerdings dann **versagt, auf seiner Entscheidung zu beharren, wenn sich diese als offensichtlich fehlerhaft erweise und zum Nachteil des anderen Leistungsträgers auswirke.** Im Rahmen eines Erstattungsverfahrens seien bei der Prüfung der offensichtlichen Fehlerhaftigkeit des Bescheides **lediglich bereits vorhandene tatsächliche Feststellungen heranzuziehen. Demgemäß könne der erkennende Senat eine offensichtliche Fehlerhaftigkeit des Ablehnungsbescheides nicht erkennen.** Bei Prüfung des UV-Schutzes gem. **§ 2 Abs. 2 S. 1 SGB VII** sei zu berücksichtigen, **dass schon das freiwillige Anerbieten des Verunfallten, die undichten Stellen auf dem Dach unentgeltlich auszubessern, gegen eine arbeitnehmerähnliche Tätigkeit sprächen.** Auch nach den **Gesamtumständen** sei der **Verunfallte nicht weisungsgebunden, sondern aus freundschaftlicher Verbundenheit heraus tätig geworden.** Im Hinblick auf die **schwierige Grenzziehung zwischen einer arbeitnehmerähnlichen Tätigkeit einerseits und einer Gefälligkeitsleistung unter Freunden könne somit von einer offensichtlichen Fehlentscheidung der Beklagten nicht ausgegangen** werden (vgl. S. 301).

(Hinweis: zum umgekehrten Fall, dass sich der Erstattung begehrende Leistungsträger auf die Bindungswirkung seiner Bescheide gegenüber dem auf Erstattung in Anspruch genommenen Träger berufen möchte s. BSG-Urteil vom 13.12.2016 – B 1 KR 29/15 R –, vorgestellt ebenfalls in dieser Ausgabe.)

Das Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen hat mit Urteil vom 26.01.2016 – L 16/3 U 176/11 –

wie folgt entschieden:



LANDESSOZIALGERICHT NIEDERSACHSEN-BREMEN



IM NAMEN DES VOLKES

URTEIL

L 16/3 U 176/11

S 36 U 289/08 Sozialgericht Hannover

Verkündet am: 26. Januar 2016

Freiling, Justizangestellte
als Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle

In dem Rechtsstreit

A.

- Klägerin und Berufungsbeklagte -

gegen

Unfallkasse,

B.

- Beklagte und Berufungsklägerin -

beigeladen:

Stefan, Martin und Ursula K. als Rechtsnachfolger des verstorbenen Siegfried K.,

C.

hat der 16. Senat des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen auf die mündliche Verhandlung vom 26. Januar 2016 in Celle durch die Vorsitzende Richterin am Landessozialgericht Böhmer-Behr, die Richterin am Landessozialgericht Ludewigs und den Richter am Landessozialgericht Kreschel sowie die ehrenamtlichen Richter D. und E. für Recht erkannt:

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Hannover vom 9. August 2011 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

Die Klägerin trägt die Kosten des erst- und zweitinstanzlichen Verfahrens mit Ausnahme der Kosten der Beigeladenen.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Der Streitwert des Berufungsverfahrens wird auf 212.982,- Euro festgesetzt.

T a t b e s t a n d

Die Beteiligten streiten über eine Erstattungspflicht von Behandlungskosten, die infolge eines Sturzeignisses des verstorbenen Versicherten entstanden sind.

Der 1937 geborene Versicherte war gelernter Tischlermeister und als Produktionsleiter in einer Stuhlfabrik beschäftigt; seit seinem 56. Lebensjahr befand er sich im Ruhestand. Am 20. Juli 2006 nahm er kleinere Reparaturarbeiten auf dem Dach der über 80-jährigen Patentante seines Sohnes, Frau F., vor. Zur Patentante des Sohnes bestand ein inniges freundschaftliches Verhältnis. Der Versicherte besuchte Frau F. nach dem Tod ihres Ehemanns regelmäßig 1mal wöchentlich. Bei diesen Besuchen wurde zusammen gegessen; der Versicherte führte aber auch kleinere und größere Handreichungen und Reparaturen innerhalb und außerhalb des Hauses durch (zB Reparieren der Heizung, Rasen mähen). Aufgrund ihres Alters konnte sich Frau F. nur noch wenig um ihr Haus kümmern. Deshalb schaute der Versicherte regelmäßig nach dem Rechten und stellte dabei auch die Mängel am Dach fest, die er am Unfalltag unentgeltlich ausbesserte. In der Folgezeit sollte eine komplette Dachsanierung durch eine Firma ausgeführt werden. Das für die Ausbesserungsarbeiten benötigte Material wurde vom Versicherten besorgt bzw von dessen Sohn, die Kosten trug Frau F..

Nach den Angaben seines Sohnes, G., trug der Versicherte am 20. Juli 2006 Dachlack auf rissige Stellen auf dem Flachdach (Bitumen-Pappdach, geteert, mit einer Neigung von 30 Grad) auf. Anlass für die Ausbesserungsarbeiten waren Wasserflecke und Wasser an der Decke im Wohnbereich. Für die Reparaturarbeiten hatte der Versicherte ca. 1 Stunde eingeplant. Mutmaßlich bei den Aufräumarbeiten stürzte er aus ungefähr 5 m Höhe vom Hausdach durch das Vordach auf den Betonfußboden. Der genaue Unfallhergang ist ungeklärt. Bei dem Sturz zog sich der Versicherte ua ein schweres Schädelhirntrauma (Grad III: Traumatische Subarachnoidalblutung <SAB> mit ausgedehntem Hirnödem) zu, in dessen Verlauf ein Hydrocephalus auftrat. Klinisch bestand eine wechselnd stark ausgeprägte Vigilanzstörung, Kommunikationsstörung und inkomplette spastische Tetraparese sowie Inkontinenz. Nach Entlassung aus der stationären Behandlung erfolgte eine Rund-um-die Uhr-Pflege bei künstlicher Ernährung durch die Angehörigen mit Unterstützung des ambulanten Pflegedienstes. Der Sohn, G., wurde als Betreuer des Versicherten eingesetzt. Leistungen der Pflegekasse wurden ab dem 17. August 2007 für Pflegestufe 3 gewährt. Der Versicherte ist am 29. Mai 2008 verstorben.

DOK 163.14:312

Mit Bescheid vom 4. Februar 2008 lehnte die Beklagte die Anerkennung des Sturzereignisses als Arbeitsunfall ab. Zur Begründung wurde ausgeführt, dass zum Unfallzeitpunkt kein Versicherungsschutz der gesetzlichen Unfallversicherung bestanden habe. Bei den vom Versicherten am Unfalltag ausgeführten Dacharbeiten handele es sich nach Würdigung der Gesamtumstände um eine unternehmerähnliche Tätigkeit, die den gesetzlichen Unfallversicherungsschutz ausschließe. Vor dem Hintergrund seiner beruflichen Tätigkeit als Tischlermeister und der Tatsache, dass er auch in der Vergangenheit schon Dachausbesserungsarbeiten (zB Wechseln von Dachziegeln) vorgenommen habe, habe der Versicherte die erforderliche Sachkunde für die am Unfalltag ausgeführten Dacharbeiten besessen. Er habe in Bezug auf seinen Arbeitseinsatz selbständig über Umfang, Zeit und Dauer entschieden. Frau F. habe kein Weisungsrecht zugestanden. Als anwesendem „Fachmann“ und Durchführenden der Dachausbesserungsarbeiten habe grundsätzlich das Risiko der Tätigkeiten (Unternehmerrisiko) beim Versicherten gelegen. Bei der unfallbringenden Tätigkeit handele es sich um eine Auftragsverleistung mit Werkvertragscharakter. Mit Schreiben vom gleichen Tag teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass die Ermittlungen abgeschlossen seien. Unter dem 6. August 2008 teilte die Beklagte mit, dass gegen den Ablehnungsbescheid kein Widerspruch eingelegt worden sei.

Mit Schreiben vom 10. Juli 2007 meldete die Klägerin bei der Beklagten einen Erstattungsanspruch wegen der Kosten der Krankenhausbehandlung an, weil davon auszugehen sei, dass der Versicherte wegen der Folgen eines Arbeitsunfalls erkrankt sei. Weitere Erstattungsanträge folgten in Bezug auf einzelne ärztliche Verordnungen von Heil- und Hilfsmitteln, häusliche Krankenpflege, Krankentransporte und Pflegegeld.

Am 26. November 2008 hat die Klägerin beim Sozialgericht (SG) Hannover Klage erhoben und die Erstattung entstandener Kosten iHv 212.981,95 Euro begehrt. Zur Begründung hat sie ausgeführt, dass ein von der Beklagten zu entschädigender Arbeitsunfall vorgelegen habe. Der Versicherte habe im Unfallzeitpunkt unter dem Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung gestanden, weil er eine arbeitnehmerähnliche Tätigkeit verrichtet habe. Die Ausbesserungsarbeiten hätten zu keinem wirtschaftlichen Eigennutzen des damals 69-jährigen Versicherten geführt. Abzustellen sei auf das Gesamtbild der Tätigkeiten, die der Versicherte für Frau F. verrichtet habe. Danach ergebe sich eine arbeitnehmerähnliche weisungsgebundene Beschäftigung im Sinne der Tätigkeit eines Hausmeisters. Der Versicherte habe auch kein Unternehmerrisiko getragen, etwa keine Mängelgewährleistung übernommen.

DOK 163.14:312

Mit Urteil vom 9. August 2011 hat das SG die Beklagte verurteilt, an die Klägerin 212.981,95 Euro zu zahlen. Zur Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt, die Beklagte sei der zuständige Leistungsträger, da ein Arbeitsunfall vorgelegen habe. Der Versicherte sei wie ein Beschäftigter im Haushalt von Frau F. tätig geworden. Er habe nicht frei über Arbeitsort und die Arbeitszeit verfügen können. Mit Frau F. sei klar abgesprochen worden, wann die Reparaturarbeiten auf dem Dach ausgeführt werden sollten. Trotz des engen nachbarschaftlichen Verhältnisses habe auch keine versicherungsfreie Gefälligkeitshandlung vorgelegen. Die Dacharbeiten hätten einen erheblichen Gefährdungsgrad aufgewiesen und würden regelhaft nur von Fachleuten erbracht. Der Anspruch auf Erstattung sei nicht nach § 111 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) ausgeschlossen, da er fristgerecht gestellt worden sei. Ein Ausschluss ergebe sich auch nicht aus dem Umstand, dass die Beklagte gegenüber dem Versicherten einen ablehnenden Bescheid erlassen habe. Denn der Ablehnungsbescheid erweise sich als offensichtlich fehlerhaft. Es sei offenkundig nicht vertretbar, das Bestehen eines Arbeitsunfalls abzulehnen.

Die Beklagte hat gegen das ihr am 18. August 2011 zugestellte Urteil am 15. September 2011 Berufung beim Landessozialgericht (LSG) Niedersachsen-Bremen eingelegt. Unzutreffend habe das SG angenommen, dass der Versicherte und Frau F. Nachbarn gewesen seien. Sie hält an ihrer Auffassung fest, dass der Versicherte seit dem Tod des Ehemannes von Frau F. im Haushalt selbstständig die Funktionen eines Hausmeisters übernommen habe. Eine Weisungsabhängigkeit habe nicht bestanden. Aus den Darlegungen ergebe sich keine offensichtliche Fehlerhaftigkeit des Bescheides vom 4. Februar 2008. Darüber hinaus rügt die Beklagte (hilfsweise) den Umfang des Erstattungsanspruchs. So seien die Transportkosten vom 1. November 2007 und 3. April 2008 nicht fristgerecht angemeldet worden. Ein Erstattungsanspruch für die stationäre Behandlung vom 11. bis 26. September 2007 sei bei der Beklagten überhaupt nicht angemeldet worden. Die geltend gemachten Gutachterkosten seien nicht erstattungsfähig. Im Übrigen bestünden bereits Zweifel in Bezug auf die Zulässigkeit der Klage, weil es an einem vorausgehenden Verwaltungsverfahren fehle.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Hannover vom 9. August 2011 aufzuheben und die Klage abzuweisen,

hilfsweise,

das Urteil des Sozialgerichts Hannover abzuändern, soweit die die Ausschlussfrist für einzelne Erstattungsansprüche nicht beachtet worden ist,

DOK 163.14:312

weiter hilfsweise,

das Urteil des Sozialgerichts Hannover abzuändern, soweit der Rahmen der gesetzlichen Unfallversicherung für die kumulierten Leistungen der Klägerin aus der Krankenversicherung und Pflegeversicherung nach § 105 Abs 2 SGB X für die Unfallversicherung überschritten ist.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält an ihrer Auffassung fest, das Sturzereignis sei von der Beklagten als Arbeitsunfall zu entschädigen. Im Zusammenhang mit den Einwendungen der Beklagten gegen eine fristgerechte Anmeldung einzelner Leistungen weist die Klägerin auf die Besprechungsergebnisse der Spitzenverbände der Krankenkassen und Unfallversicherungsträger vom 13. November 1996 und 24. Oktober 2007 hin, nach denen die erstmalige Anmeldung eines Erstattungsanspruchs auch die zeitlich danach entstandenen Erstattungsansprüche umfasse. Zwar seien die Gutachterkosten (238 Euro) zu Unrecht geltend gemacht, ebenso ein Betrag iHv 112,36 Euro für nicht mehr nachvollziehbare Hilfsmittel aus der Apotheke. Allerdings seien bislang unberücksichtigte Kosten für häusliche Krankenpflege iHv 228,16 Euro gegenzurechnen, so dass sich der Erstattungsbetrag nur um insgesamt 122,20 Euro mindere.

Die Beigeladenen haben keinen Antrag gestellt und sich zur Sache auch nicht geäußert.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten im Übrigen wird auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie die beigezogenen Verwaltungsvorgänge der Beteiligten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

Die Berufung ist zulässig und begründet. Das SG hat die Beklagte zu Unrecht zur Kostenerstattung verurteilt.

1. Die Klage ist als echte Leistungsklage gem § 54 Abs 5 Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthaft und auch im Übrigen zulässig. Entgegen der vom Beklagten erstmals im Berufungsverfahren vertretenen Auffassung bestehen für die Leistungsklage im Erstattungsverfahren anders als für eine An-

DOK 163.14:312

fechtungs- und Verpflichtungsklage keine besonderen Sachurteilsvoraussetzungen. Die echte Leistungsklage gem Abs 5 ist statthaft, wenn dem Kläger ein Anspruch auf Leistung zusteht und ein Verwaltungsakt nicht zu ergehen braucht (*Böttinger in: Breitzkreuz/Fichte, SGG, 2. Aufl, § 54 Rn 119*). Die Klage geht nur auf Leistung und ist nicht mit einer Anfechtung verbunden. Deswegen findet auch kein förmliches Verwaltungs- und Vorverfahren statt. Die echte Leistungsklage hat ihre Bedeutung im Sozialrecht dort, wo sich Streitparteien in einem Gleichordnungsverhältnis gegenüber stehen, zB in Erstattungsverfahren nach den §§ 102 ff SGB X (*Böttinger aaO; Keller in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 11.Aufl, § 54 Rn 41*). Dementsprechend bestehen auch keine weitergehenden ungeschriebenen Zulässigkeitsvoraussetzungen für die auf Erstattung gerichtete Leistungsklage im Verhältnis von Krankenkasse und Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung. Die Klägerin hatte vorliegend mit Schreiben vom 10. Juli 2007 ihren Erstattungsanspruch bei der Beklagten ordnungsgemäß vor Klageerhebung angemeldet. Eines vorausgehenden Verwaltungsverfahrens bedurfte es nicht. Zwar wird im Schrifttum (*Krasney, „Einwendungen des Trägers der Unfallversicherung aus dem Versicherungsverhältnis gegen einen Erstattungsanspruch der Krankenkassen nach § 105 SGB X?“ in KrV 2014, S 1ff*) diskutiert, ob aus der Pflicht zur Zusammenarbeit der Leistungsträger nicht zu fordern sei, dass der Träger der Unfallversicherung im Erstattungsverfahren die gegenüber dem Versicherten getroffene Entscheidung einer erneuten Prüfung zu unterziehen habe. Aus der von Krasney vertretenen Auffassung kann aber keinesfalls abgeleitet werden, dass ein derartiges Überprüfungsverfahren (ungeschriebene) besondere Sachurteilsvoraussetzung einer echten Leistungsklage ist.

Die zulässige Leistungsklage, hat jedoch in der Sache keinen Erfolg. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Erstattung ihrer infolge des Sturzereignisses vom 20. Juli 2006 erbrachten Leistungen.

Entgegen der Auffassung der Beklagten ist die im Berufungsverfahren vorgenommene Berichtigung des Erstattungsanspruchs der Höhe nach auch nicht als Klageänderung nach § 99 Abs 1 SGG anzusehen. Denn mit der Korrektur der Berechnung des Erstattungsanspruchs erfolgt lediglich eine Berichtigung der tatsächlichen oder rechtlichen Ausführungen ohne Änderung des Klagegrundes iSd § 99 Abs 3 Nr 1 SGG. Eine Änderung des Klagegrundes ist (nur) bei einer Änderung des dem Klageantrag zugrunde liegenden Lebenssachverhalts gegeben (*Leitherer in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 11. Aufl, § 99 Rn 2b*). Das ist hier nicht der Fall, denn dem Klagebegehren liegt das Unfallereignis vom 20. Juli 2006 und die infolgedessen von der Klägerin erbrachten Leistungen als Lebenssachverhalt zugrunde.

2. Rechtsgrundlage für den geltend gemachten Erstattungsanspruch ist § 105 Abs 1 SGB X. Hat danach ein unzuständiger Leistungsträger Sozialleistungen erbracht, ohne dass die Vorausset-

DOK 163.14:312

zungen von § 102 Abs 1 vorliegen, ist der zuständige oder zuständig gewesene Leistungsträger erstattungspflichtig, soweit dieser nicht bereits selbst geleistet hat, bevor er von der Leistung des anderen Leistungsträgers Kenntnis erlangt hat. § 104 Abs 2 gilt entsprechend. Die Regelung in § 105 SGB X ist nach Sinn und Zweck darauf gerichtet, durch einen nachträglichen Ausgleich zwischen den Leistungsträgern den Zustand herzustellen, wie er bei einer von Anfang an der gesetzlichen Zuständigkeit entsprechend erbrachten Leistung bestanden hätte. Neben der Freistellung des unzuständigen Leistungsträgers bezweckt § 105 die Verhinderung von Doppelleistungen an den Berechtigten (*Kater in: Kasseler Kommentar, Sozialversicherungsrecht, Stand April 2015, § 105 SGB X, Rn 2*).

Nach § 105 Abs 2 SGB X sind für den Umfang des Erstattungsanspruchs die für den zuständigen - erstattungspflichtigen - Leistungsträger im Zeitpunkt der Entstehung der Kosten geltenden Vorschriften maßgeblich. Der Umfang der Erstattung wird durch zwei Obergrenzen festgelegt: 1. der erstattungsberechtigte Träger soll nicht mehr erhalten, als er selbst dem Leistungsberechtigten schuldet. 2. Der erstattungspflichtige Träger soll nicht mehr erstatten müssen, als er nach dem für ihn maßgebenden Recht zu leisten gehabt hätte. § 105 Abs 2 SGB X geht davon aus, dass der erstattungspflichtige Leistungsträger durch die Erstattung nicht weitergehend belastet werden soll, als seine Verpflichtung dem Berechtigten gegenüber bestand (*Kater aaO unter Hinweis auf die Gesetzesbegründung*).

a) Vorliegend wäre die Beklagte für die von der Klägerin erbrachten Leistungen dem Grunde nach sachlich zuständig gewesen, wenn der Versicherte am 20. Juli 2006 einen Arbeitsunfall iSd § 8 Abs 1 Sozialgesetzbuch Siebtes Buch (SGB VII) erlitten hätte. Denn nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung besteht kein Anspruch auf Leistungen, wenn sie als Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung zu erbringen sind, § 11 Abs 5 S 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V).

Allerdings hat die Beklagte die Anerkennung des Sturzereignisses als Arbeitsunfall gegenüber dem Versicherten mit Bescheid vom 4. Februar 2008 bestandskräftig abgelehnt. Diese Einwendung kann sie dem Erstattungsanspruch der Klägerin erfolgreich entgegenhalten.

aa) Zwar wird die Bindung des Erstattung begehrenden Leistungsträgers an die Leistungsversagung des anderen Leistungsträgers in Rechtsprechung und Schrifttum nicht einhellig beurteilt. So wird vertreten, dass einem sozialrechtlichen Verwaltungsakt keine Tatbestandswirkung in dem Sinne zukomme, dass der Inhalt des Ablehnungsbescheides von anderen Sozialleistungsträgern in deren Verfahren als gegeben hinzunehmen wäre (*Kater aaO Rn 41 mwH; Krasney aaO*). Aller-

DOK 163.14:312

dings sprechen für die Gegenmeinung, die eine Bindungswirkung und im Zuge dessen eine Tatbestandswirkung des ablehnenden Bescheides bejaht, die gewichtigeren Gründe. Verneint man eine Bindungswirkung des vorleistenden Trägers an die Leistungsversagung des anderen, werden die Voraussetzungen des Sozialleistungsanspruchs in allen Aspekten nochmals im Erstattungsverfahren geprüft, obwohl sie bereits Gegenstand eines Verwaltungs- und gegebenenfalls gerichtlichen Verfahrens waren. Eine derartige Doppelprüfung erscheint wenig effizient, zumal es bei der Erstattung nicht um die Versorgung der versicherten Bevölkerung mit benötigten Sozialleistungen geht, sondern allein um die finanziellen Interessen der Versicherungsträger. Vor diesem Hintergrund wird von der jüngeren höchstrichterlichen Rechtsprechung in Abkehr von der früheren Rechtsprechung eine Doppelprüfung mehrheitlich ausgeschlossen (*Kater aaO Rn 43*). Danach kann sich der auf Erstattung in Anspruch genommene Leistungsträger auf seine bindende Entscheidung grundsätzlich auch im Verhältnis zu dem die Erstattung begehrenden Leistungsträger berufen (BSGE 58,119=SozR 1300 § 104 Nr 7; BSG SozR 3-1300 § 86 Nr 3; BSGE 101, 86, 88). Der grundsätzlichen Bindung der beteiligten Sozialleistungsträger an einen Bescheid, mit dem der erstattungspflichtige Träger dem Sozialleistungsberechtigten gegenüber über Grund und Höhe des Leistungsanspruchs entschieden hat, steht nicht entgegen, dass ein derartiger Verwaltungsakt nur die Leistung nicht aber die Erstattung regelt. Ebenso wenig fällt ins Gewicht, dass die durch §§ 102 ff SGB X geregelten Erstattungsansprüche unabhängig von und selbstständig neben dem Anspruch des Leistungsberechtigten gegen den zur Erstattung herangezogenen Leistungsträger bestehen. Diese Eigenständigkeit des Erstattungsanspruchs führt nicht dazu, dass über Grund und Höhe der Leistung zum Zwecke der Erstattung noch einmal entschieden werden müsste. Die Entscheidung des vorrangigen oder zuständigen Leistungsträgers hat der nachrangige oder unzuständige Leistungsträger bei der Geltendmachung des Erstattungsanspruchs grundsätzlich hinzunehmen. Dies gilt grundsätzlich auch dann, wenn der die Leistung bewilligende oder auch ablehnende Verwaltungsakt fehlerhaft ist (*BSG SozR 3-2600 § 99 Nr 2 ; SozR 3-1300 § 86 Nr 3 mwN*).

Dieser jüngeren höchstrichterlichen Rechtsprechung schließt sich der erkennende Senat an (so auch *Hessisches Landessozialgericht, Urteil vom 29. Oktober 2009, - L 8 KR 252/07, juris*). Dabei wird nicht verkannt, dass insbesondere von Krasney (*aaO*) im Schrifttum eine Bindungswirkung verneint und in letzter Konsequenz sogar eine Überprüfung durch den den Arbeitsunfall ablehnenden Versicherungsträger von Amts wegen (nach dem Rechtsgedanken des § 44 SGB X) gefordert wird. Für eine so weitgehende Überprüfungspflicht des Unfallversicherungsträgers, der den ablehnenden Bescheid erlassen hat, im Erstattungsverfahren ergibt sich aus dem Gesetz jedoch kein Anhaltspunkt. Soweit auch der 2. Senat des BSG im Urteil vom 4. Juli 2013 (*B 2 U 12/12 R*) eine Bindungswirkung verneint hat, ist darauf hinzuweisen, dass dem Urteil eine andere Fallkonstellation zugrunde liegt. In dem dort zu entscheidenden Fall hatte der Beigeladene infolge des Tankens

DOK 163.14:312

seines Fahrzeugs einen Unfall erlitten, für den der Unfallversicherungsträger zunächst die Behandlungskosten übernommen hatte, mit Bescheid dann aber die Entschädigung des Ereignisses ablehnte und die Krankenkasse zur Erstattung aufforderte. Auch das beim BSG anhängige Revisionsverfahren (*B 1 KR 29/15 R*) weist eine von dem vorliegend zu entscheidenden Verfahren abweichende Fallkonstellation aus. Denn auch dort geht es um ua um die Frage, ob im Erstattungsverfahren einer Berufsgenossenschaft (BG) gegen eine Krankenkasse dem von der BG (selbst) erlassenen, bestandskräftig gewordenen Verwaltungsakt Tatbestandswirkung zukommt.

bb) Allerdings haben die Leistungsträger – auch bei grundsätzlicher Bejahung einer Bindungswirkung - bei der Abwicklung des Ausgleichsverhältnisses die Rechtspflicht, wegen der Interdependenzen zwischen den Sozialleistungen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben eng zusammenzuarbeiten (§ 86 SGB X) und bei widerstreitenden Interessen die Belange des anderen Leistungsträgers angemessen zu berücksichtigen. Vor diesem Hintergrund ist es dem in Anspruch genommenen Leistungsträger dann versagt, auf der getroffenen Entscheidung zu beharren, wenn sich diese als offensichtlich fehlerhaft erweist und sich dies zum Nachteil des anderen Leistungsträger auswirkt. Hierbei ist zu prüfen, ob die getroffene Entscheidung objektiv unter Berücksichtigung der verfügbaren Entscheidungsgrundlagen dem materiellen Recht deutlich widerspricht. In einem solchen Fall hat der Leistungsträger im Erstattungsstreit die Fehlentscheidung zu korrigieren (*grundlegend: BSG Urteil vom 1. September 1999 in SozR 3-1300 § 86 Nr 3*). Offensichtlich ist eine Fehlerhaftigkeit in der Regel nur dann, wenn sie sozusagen „auf der Hand“ liegt; die Rechtsansicht des die Leistung bewilligenden oder versagenden Leistungsträgers aufgrund der gegebenen Sach- und Rechtslage mithin offenkundig nicht vertretbar ist. Im Rahmen eines Erstattungsverfahrens ist bei der Prüfung der offensichtlichen Fehlerhaftigkeit eines Bescheides lediglich auf bereits vorhandene tatsächliche Feststellungen abzustellen. Diese sind unter Zugrundelegung objektiver Gesichtspunkte zu beurteilen. Weitere Ermittlungen sind nicht durchzuführen (*vgl Hessisches Landessozialgericht, aaO unter Hinweis BSG, Urteil vom 16. Juni 2008 – B 12 R 37/07 R; Urteil vom 13. September 1984 in SozR 1300 § 103 Nr 3; Urteil vom 28. November 1985; Urteil vom 1. September 1999 in SozR 3-1300 § 86 Nr 3; Urteil vom 8. Juli 1998 – B 13 RJ 49/96 R-; Urteil vom 26. Juli 2007 in SozR 4-2600 § 116 Nr 1 Rn 18*). Nach diesen Maßgaben kann der erkennende Senat eine offensichtliche Fehlerhaftigkeit in der Entscheidung der Beklagten vom 4. Februar 2008 (Ablehnungsbescheid) nicht erkennen.

cc) Nach § 8 Abs 1 SGB VII sind Arbeitsunfälle Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach §§ 2, 3 oder 6 begründenden Tätigkeit (versicherte Tätigkeit). Unfälle sind nach § 8 Abs 1 S2 SGB VII zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen. Insoweit steht fest, dass der Versicherte

DOK 163.14:312

anlässlich des Sturzereignisses vom 20. Juli 2006 einen Unfall erlitten hat. Zweifel bestehen allerdings, ob er den Unfall nach dem Gesamtergebnis des Verfahrens auch bei Verrichtung einer versicherten Tätigkeit erlitten hat, dh, ob er bei den ausgeführten Dacharbeiten unter dem Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung gestanden hat.

Eine Versicherung nach § 2 Abs 1 Nr 1 SGB VII als Beschäftigter scheidet aus, da der Versicherte und Frau F. unstreitig keine Vereinbarung über ein entsprechendes Beschäftigungsverhältnis getroffen haben. Auf der Grundlage der vorhandenen tatsächlichen Feststellungen kann auch nicht zwanglos angenommen werden, dass der Versicherte wie ein Beschäftigter nach § 2 Abs 2 SGB VII versichert war. Dementsprechend kann die Ansicht der Beklagten, die im Ablehnungsbescheid das Vorliegen einer versicherten Tätigkeit verneint hat, nicht als offenkundig unvertretbar angesehen werden.

Nach ständiger höchstrichterlicher Rspr ist eine Betätigung, Handlung oder Verrichtung nach § 2 Abs 2 Satz 1 SGB VII versichert, wenn sie unter Umständen ausgeübt wird, die einer Beschäftigung vergleichbar ist. Es muss sich um eine ernstliche Tätigkeit von wirtschaftlichem Wert handeln, die ihrer Art nach sonst von Personen verrichtet wird, die in einem abhängigen Beschäftigungsverhältnis zu einem bestimmten Unternehmen stehen (*BSG SozR 4-2700 § 2 NR 15 mwN*). Zwar steht fest, dass der Versicherte mit den Ausbesserungsarbeiten auf dem Dach eine Tätigkeit erbracht hat, die einen wirtschaftlichen Wert hatte. Diese Tätigkeit hat auch einem fremden Unternehmen gedient, nämlich dem Haushalt von Frau F.. Die Dachausbesserungsarbeiten entsprachen auch dem Willen der Frau Neustadt und waren von der Art, dass sie auch ein Arbeitnehmer verrichten würde. Derartige Ausbesserungsarbeiten auf Flachdächern werden von Arbeitnehmern in Dachdeckerbetrieben gewerblich ausgeführt. Zweifelhaft erscheint aber, ob die vom Versicherten verrichteten Arbeiten nach ihrem Gesamtbild einer arbeitnehmerähnlichen Tätigkeit entsprechen. Gegen eine arbeitnehmerähnliche Tätigkeit spricht schon das freiwillige Anerbieten, die undichten Stellen auf dem Dach unentgeltlich auszubessern. Denn Arbeitnehmer handeln im Allgemeinen nur nach Aufforderung und nur gegen Entgelt oder sonstige materielle Vorteile (vgl. *Schleswig-Holsteinisches LSG, Urteil vom 16.09.2004, L 5 U 158/03*). Deutlich gegen eine arbeitnehmerähnliche- weisungsabhängige - Stellung des Versicherten sprechen die Gesamtumstände, unter denen der Versicherte tätig wurde. So steht nach den Ermittlungen fest, dass der Versicherte im Haus der Patentante seines Sohnes nach dem Versterben ihres Ehemannes regelmäßig nach dem Rechten sah. Es fanden wöchentliche Besuche bei der alten Dame statt, bei denen auch Reparatur- und Pflegearbeiten am Haus und im Garten vom Versicherten erledigt wurden. Dabei handelte er nicht weisungsgebunden, sondern aus eigenem Antrieb (freundschaftlicher Verbun-

DOK 163.14:312

denheit). Bei einer in diesem Rahmen vorgenommenen Hausbegehung hatte der Versicherte auch die Wasserflecke bemerkt.

Bei diesem Sachverhalt und unter Berücksichtigung des Umstandes, dass eine Grenzziehung zwischen einer arbeitnehmerähnlichen Tätigkeit einerseits und einer rein eigenwirtschaftlichen Gefälligkeitsleistung unter Freunden und Verwandten andererseits, aber auch eine Grenzziehung zwischen einer Wie-Beschäftigung und einer Tätigkeit als Unternehmer besonders schwierig ist und in der Rechtsprechung zu den unterschiedlichsten Ergebnissen führt, kann eine offensichtliche Fehlentscheidung der Beklagten hier nicht erkannt werden. Die Streitfrage lässt sich nach den vorliegenden tatsächlichen Feststellungen nicht eindeutig entscheiden. Weitergehende Ermittlungen - etwa die Vernehmung von Zeugen - sind im Rahmen der Prüfung einer offensichtlichen Fehlerhaftigkeit nicht anzustellen. In der Regel wird daher bei Streitfragen, die nicht eindeutig durch Gesetz oder Rechtsprechung geklärt sind und für die beide Seiten gute Argumente haben, nicht von einer offensichtlichen Fehlerhaftigkeit ausgegangen werden können, wenn der auf Erstattung in Anspruch genommene Leistungsträger gegenüber dem Versicherten anders entscheidet als es der Erstattung beanspruchende Leistungsträger für richtig erachtet (*BSG SozR 3-1300 § 86 Nr 3*). Das hat das SG bei seiner Entscheidung nicht hinreichend beachtet. So spricht schon die Ausführlichkeit der Argumentation in den Entscheidungsgründen eher gegen als für die Offensichtlichkeit des angenommenen Rechtsfehlers.

b) Auf die von der Beklagten gegen den Umfang des Erstattungsanspruchs (hilfsweise) erhobenen Einwände kommt es nach den vorstehenden Ausführungen nicht mehr an.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 197a Abs 1 S 1 SGG iVm § 154 Abs 1, § 162 Abs 3 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Gründe, die Revision zuzulassen § 160 Abs 2 SGG, liegen nicht vor.

Die Streitwertfestsetzung beruht auf § 197a Abs 1 S 1 SGG iVm § 52 Gerichtskostengesetz (GKG).