

L 11 R 2858/09

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
11

1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 16 R 9696/07

Datum
18.12.2008
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 11 R 2858/09

Datum
24.11.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Auf die Berufung der Klägerin wird das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 18. Dezember 2008 aufgehoben und die Beklagte verurteilt, an die Klägerin 1.507,29 EUR zu zahlen.

Die Beklagte trägt die Kosten beider Instanzen.

Der Streitwert wird auf 1.507,29 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Erstattung von Krankengeld in Höhe von 1.507,29 EUR, welches die Klägerin im Rahmen der stufenweisen Wiedereingliederung vom 14. November 2003 bis zum 31. Dezember 2003 an C. W. (im Folgenden Versicherte) gezahlt hat, streitig.

Die Versicherte war während des streitigen Zeitraums bei der Klägerin kranken- und bei der Beklagten rentenversichert. Sie arbeitete vollschichtig als Bürokauffrau im Fliesenfachgeschäft ihres Ehemannes. Am 15. September 2003 erkrankte sie an einem Bandscheibenvorfall in Höhe L4/L5 rechts, der am 06. Oktober 2003 operiert wurde. Das Arbeitsentgelt wurde bis zum 26. Oktober 2003 weitergezahlt. In der Zeit vom 23. Oktober 2003 bis zum 13. November 2003 führte die Versicherte auf Kosten der Beklagten eine stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme in der Rehaklinik B. S. durch; sie erhielt vom 27. Oktober 2003 bis 13. November 2003 Übergangsgeld.

Ausweislich des Entlassberichts der Klinik vom 18. November 2003 waren die Entlassungsdiagnosen eine Lumboischialgie beidseits bei Bandscheibenvorfall L4/L5, ein Zustand nach Bandscheibenoperation sowie ein akuter Atemwegsinfekt bei Zustand nach rezidivierenden Pneumonien. Sie wurde als arbeitsunfähig entlassen. Ihre letzte berufliche Tätigkeit als Bürokauffrau sowie mittelschwere Arbeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes könne sie im Wechsel zwischen Gehen, Stehen und Sitzen vollschichtig verrichten. Generell ungeeignet seien schwere körperliche Arbeiten mit schweren Hebe- und Tragbelastungen, einseitig die Wirbelsäule belastende Tätigkeiten sowie Arbeiten in Wirbelsäulenzwangshaltungen. Eine stufenweise Wiedereingliederung, beginnend mit vier Stunden pro Tag, sei empfehlenswert.

Ab dem 14. November 2003 bescheinigte der behandelnde Allgemeinmediziner Dr. F. weitere Arbeitsunfähigkeit (AU). Die Klägerin gewährte ihr daraufhin Krankengeld nach einem Regelentgelt von täglich 45,81 EUR in Höhe von täglich 32,07 EUR brutto und 27,63 EUR netto, dh nach Abzug von Beiträgen zur Renten-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung (Bescheid vom 28. November 2003).

Nachdem der Hausarzt der Versicherten eine Maßnahme zur stufenweisen Wiedereingliederung ab 14. November 2003 empfohlen und die Versicherte dem ebenso wie ihr Arbeitgeber zugestimmt hatte (Bl 17 der V-Akte der Klägerin), veranlasste die Klägerin eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung B.-W. (MDK). Der Arzt M. nahm dahingehend Stellung, dass die Notwendigkeit der Fortführung der Maßnahme über den 13. Dezember 2003 bei einer Tätigkeit als Bürokauffrau und unproblematischem Verlauf medizinisch nicht nachvollziehbar sei. Vielmehr müsse davon ausgegangen werden, dass ab dem 14. Dezember 2003 wieder Arbeitsfähigkeit vorliege. Daraufhin teilte die Klägerin der Versicherten mit Schreiben vom 11. Dezember 2003 mit, dass das Krankengeld bereits am 14. Dezember 2003 ende. Tatsächlich zahlte die Klägerin aber der Versicherten Krankengeld bis zum 31. Dezember 2003 und damit für insgesamt 47 Kalendertage.

Die Versicherte bestätigte, dass die Wiedereingliederungsmaßnahme mit dem 31. Dezember 2003 beendet werde. Bis zu diesem Zeitpunkt hatte ihr auch der behandelnde Hausarzt AU attestiert.

Mit Schreiben vom 24. November 2003 (Bl 11 der V-Akte der Beklagten) zeigte die Klägerin der Beklagten an, dass sie der Versicherten seit dem 14. November 2003 im Rahmen einer stufenweisen Wiedereingliederung Krankengeld zahle. Da zwischen den Krankenkassen und den Rentenversicherungsträgern noch unterschiedliche Auffassungen zur Abgrenzung der Zuständigkeit bestünden, zahle sie vorläufig Krankengeld. Zur Wahrung der Ausschlussfrist des [§ 111](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) melde sie vorsorglich einen Erstattungsanspruch an.

Am 27. Dezember 2007 hat die Klägerin Klage beim Sozialgericht Stuttgart (SG) mit der Begründung erhoben, die Beklagte sei zur Erstattung des im Anschluss an die stationäre Rehabilitation im Rahmen der stufenweisen Wiedereingliederung an die Versicherte geleisteten Krankengeldes verpflichtet.

Die Beklagte ist der Klage mit der Begründung entgegengetreten, es fehle an einer rechtlichen Grundlage zur Zahlung von Übergangsgeld anlässlich einer stufenweisen Wiedereingliederung.

Mit Urteil vom 18. Dezember 2008, der Klägerin zugestellt am 19. Januar 2009, hat das SG die Klage mit der Begründung abgewiesen, die Beklagte komme zwar als zuständiger Leistungsträger der streitigen stufenweisen Wiedereingliederung in Betracht. Allerdings habe die auf Kosten der Beklagten durchgeführte medizinische Rehabilitationsmaßnahme dazu geführt, dass die Erwerbsfähigkeit der Versicherten bei Abschluss der Maßnahme wieder soweit hergestellt gewesen wäre, dass sie ihre zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Bürokauffrau wieder hätte verrichten können. Damit sei aus rentenversicherungsrechtlicher Sicht das Ziel einer dauerhaften Integration erreicht gewesen, weil eine rechtlich relevante Minderung der Erwerbsfähigkeit nicht mehr vorgelegen hätte. Hierfür sei allein maßgebend die Fähigkeit des Versicherten, seinen bisherigen Beruf weiter ausüben zu können. Vorliegend sei die Versicherte lediglich den spezifischen Anforderungen und Belastungen an ihrem konkreten Arbeitsplatz nicht voll gewachsen gewesen. Deswegen habe die Wiedereingliederung bei grundsätzlich bestehender Arbeitsunfähigkeit dem Zweck gedient, den vollen Einsatz auf dem spezifischen alten Arbeitsplatz und in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Bürokauffrau im Fliesenfachgeschäft zu ermöglichen. Die Rehabilitation in Gestalt der Wiedereingliederung sei damit auf den Erhalt des vorhandenen Arbeitsplatzes bzw. Verhältnisses ausgerichtet gewesen. Bei einem so noch vorhandenen Leistungsprofil liege AU im krankensicherungsrechtlichen Sinne mit der Folge eines Krankengeldanspruchs der Versicherten gegenüber der Klägerin vor. Denn die Klägerin sei aus gesundheitlichen Gründen nur daran gehindert gewesen, als Bürokauffrau an ihrem konkreten Arbeitsplatz in vollem Umfang zu arbeiten. Das SG hat die Berufung nicht zugelassen.

Auf die Beschwerde der Klägerin vom 10. November 2009 hat der Senat mit Beschluss vom 24. Juni 2009 die Berufung gegen das Urteil des SG zugelassen (L [11 R 647/09](#) NZB). Das Verfahren wird unter dem Aktenzeichen [L 11 R 2858/09](#) fortgeführt.

Zur Begründung der Berufung trägt die Klägerin vor, die Entscheidung des SG weiche in wesentlichen Punkten von der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 29.01.2008, B [5a/5 R 26/07](#) R) ab. Danach sei die Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit bzw. die möglichst dauerhafte Rückkehr des Versicherten in das Erwerbsleben Ziel einer von der Rentenversicherung getragenen medizinischen Rehabilitation. Dieses Ziel sei erst erreicht, wenn die krankheitsbedingte Gefährdung der Erwerbsfähigkeit überwunden werde und der Versicherte an seinen alten Arbeitsplatz zurückkehren könne. Werde ein Versicherter AU aus der Rehabilitation entlassen und könne er erst nach einer stufenweisen Wiedereingliederung seine bisherige Tätigkeit wieder aufnehmen, so habe die stationäre Rehabilitation bis zur Entlassung allenfalls einen Teilerfolg erzielt. Es würde gegen den Grundsatz der umfassenden und vollständigen Leistungsgewährung verstoßen, für diese "2. Phase der Reha" die Zuständigkeit eines anderen Leistungsträgers, nämlich der Krankenkasse, anzunehmen.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 18. Dezember 2008 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin 1.507,29 EUR zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie erachtet die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend und ist weiterhin der Auffassung, dass der Rentenversicherungsträger nur für Maßnahmen hinsichtlich der Erwerbsunfähigkeit zuständig sei, während die AU im Risikobereich der Krankenkasse liege.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz sowie die von den Beteiligten vorgelegten Verwaltungsakten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die nach den [§§ 143, 151 Abs 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig, insbesondere bestehen keine Bedenken gegen die Zulässigkeit der erhobenen allgemeinen Leistungsklagen nach [§ 54 Abs 5 SGG](#) (so auch BSG, Urteil vom 29. Januar 2008 - B [5a/5 R 26/07](#) R, zitiert nach juris). Die zulässige Berufung der Klägerin ist auch begründet. Das SG hat die Klage zu Unrecht abgewiesen. Die Klägerin hat Anspruch auf Erstattung des Betrages von 1.507,29 EUR.

Einer notwendigen Beiladung der Versicherten nach [§ 75 Abs 2 SGG](#) bedurfte es nicht, weil die Versicherte Krankengeld erhalten hat. An dem sich aus [§ 102 SGB X](#) ergebenden Rechtsverhältnis zwischen der Klägerin und der Beklagten (Erstattungsverhältnis) ist sie nicht beteiligt. Sie könnte Übergangsgeld von der Beklagten unabhängig vom Ausgang des vorliegenden Erstattungsstreits und ohne Berücksichtigung von [§ 107 Abs 1 SGB X](#) nicht mehr geltend machen, da der Anspruch entweder verjährt oder nach [§ 44 Abs 4 SGB X](#) ausgeschlossen wäre, so dass auch die Gefahr einer Doppelleistung nicht (mehr) gegeben ist. Auch besteht nicht die Gefahr, dass sie uU das bezogene Krankengeld ganz oder teilweise zurückerstatten müsste, da der Anspruch auf Krankengeld nur ruht, soweit und solange ein Anspruch auf Übergangsgeld besteht ([§ 49 Abs 1 Nr 3 SGB V](#)).

Rechtsgrundlage für den geltend gemachten Erstattungsanspruch ist [§ 102 Abs 1 SGB X](#). Nach dieser Vorschrift ist der zur Leistung

verpflichtete Leistungsträger erstattungspflichtig, wenn ein Leistungsträger aufgrund gesetzlicher Vorschriften vorläufig Sozialleistungen erbracht hat. Diese Voraussetzungen liegen im Falle der Klägerin vor, weil die Beklagte zuständiger Leistungsträger für die stufenweise Wiedereingliederung der Versicherten im Anschluss an die stationäre Rehabilitation war. Die Klägerin erbrachte im Hinblick auf die ungeklärte Frage der Zuständigkeit auch bewusst eine vorläufige Leistung und zahlte Krankengeld nicht in der Annahme einer eigenen Leistungspflicht.

Die Anwendung von [§ 102 SGB X](#) ist nicht durch [§ 14](#) Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) ausgeschlossen. Dabei kann offenbleiben, ob diese Vorschrift im vorliegenden Fall eingreift. Fraglich ist dies, weil [§ 14 SGB IX](#) in erster Linie darauf abzielt, zwischen den betroffenen Versicherten und Rehabilitationsträgern die Zuständigkeit schnell und dauerhaft zu klären. Die Vorschrift trägt dem Bedürfnis Rechnung, durch rasche Klärung von Zuständigkeiten Nachteilen des gegliederten Systems entgegenzuwirken. Deshalb stellt nach [§ 14 Abs 1 Satz 1 bis 4 SGB IX](#) der Rehabilitationsträger, wenn Leistungen zur Teilhabe beantragt werden, innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrags bei ihm fest, ob er nach dem für ihn geltenden Leistungsgesetz für die Leistung zuständig ist; bei den Krankenkassen umfasst die Prüfung auch die Leistungspflicht nach [§ 40 Abs 4 SGB V](#). Stellt er bei der Prüfung fest, dass er für die Leistung nicht zuständig ist, leitet er den Antrag unverzüglich dem nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger zu (BSG, Urteil vom 26. Juni 2007, [B 1 KR 34/06 R](#), [SozR 4-3250 § 14 Nr 4](#)).

Zwar handelt es sich bei Leistungen zur stufenweisen Wiedereingliederung nach [§ 28 SGB IX](#) auch um Leistungen zur Teilhabe. Daneben hat aber auch die Klägerin für die Zeit der stufenweisen Wiedereingliederung ihrer arbeitsunfähigen Versicherten nach [§ 44 SGB V](#) Krankengeld zu leisten, wie durch [§ 74 SGB V](#) klargestellt wird (BSG, Urteil vom 29. Januar 2008, B 5a/5 R 27/07 R, [SozR 4-3250 § 51 Nr 1](#)). Diese Verpflichtung besteht unabhängig davon, ob die Krankenkasse Rehabilitationsträger iSd [§ 6 Abs 1 Nr 1 SGB IX](#) ist oder nicht. Auch haben die [§§ 74 SGB V](#) und [28 SGB IX](#) keinen neuen Begriff der Teil-Arbeitsunfähigkeit eingeführt. Die stufenweise Wiedereingliederung setzt vielmehr das weitere Fortbestehen von AU im gebräuchlichen Sinn voraus, ohne ihn selbst inhaltlich zu bestimmen (Berchtold, Krankengeld, 1. Aufl. 2004 RdNr. 364). Damit bleibt die Krankenkasse bei Vorliegen von AU während einer stufenweisen Wiedereingliederung Schuldnerin des Krankengeldanspruches und damit für die Leistung zuständig. Eine Weiterleitung des Antrages auf Krankengeld zur schnellen Klärung der Zuständigkeit des Rehabilitationsträgers zur Vermeidung von Nachteilen aus dem gegliederten System ist in einem solchen Fall entbehrlich. Ob ein Versicherter Anspruch auf Krankengeld gegen die Krankenkasse oder Anspruch auf Übergangsgeld gegen den Rentenversicherungsträger hat, kann auch im Nachhinein geklärt werden.

[§ 14 SGB IX](#) steht der Anwendung von [§ 102 SGB X](#) im vorliegenden Fall aber auch dann nicht entgegen, wenn die Regelung als einschlägig betrachtet wird. Denn soweit die Prüfung des erstangegangenen Rehabilitationsträgers - wie hier - innerhalb der Zwei-Wochen-Frist nicht zu einem greifbaren Ergebnis, sondern etwa wegen einer komplizierten Rechtsproblematik zur ernstlichen Argumenten für und gegen die eigene Zuständigkeit und für und gegen die Zuständigkeit eines anderen Rehabilitationsträgers geführt hat und deshalb der angegangene Träger im Interesse der Beschleunigung eine Weitergabe des Rehabilitationsantrags unterlassen hat, kommt nach der erwähnten Entscheidung des BSG ebenfalls eine Kostenerstattung nach den Grundsätzen des vorläufig leistenden Leistungsträgers in Betracht, wie sie entsprechend [§ 102 SGB X](#) in [§ 14 Abs 4 Satz 1 SGB IX](#) vorgesehen ist.

Der Erstattungsanspruch der Klägerin ist nicht nach [§ 111 Satz 1 SGB X](#) ausgeschlossen. Nach dieser Vorschrift ist der Anspruch auf Erstattung ausgeschlossen, wenn der Erstattungsberechtigte ihn nicht spätestens zwölf Monate nach Ablauf des letzten Tages, für den die Leistung erbracht wurde, geltend macht. Diese Frist hat die Klägerin mit ihrem Schreiben vom 24. November 2003, mit dem sie einen Erstattungsanspruch geltend gemacht hat, eingehalten.

Der Begriff des "Geltendmachens" meint im Zusammenhang mit [§ 111 Satz 1 SGB X](#) keine gerichtliche Geltendmachung und keine Darlegung in allen Einzelheiten, sondern das Behaupten oder Vorbringen. Allerdings muss der Wille erkennbar werden, zumindest rechtssichernd tätig zu werden. Eine bloß "vorsorgliche" Anmeldung reicht dagegen nicht aus. Unter Berücksichtigung des Zwecks der Ausschlussfrist, möglichst rasch klare Verhältnisse darüber zu schaffen, ob eine Erstattungspflicht besteht, muss der in Anspruch genommene Leistungsträger bereits beim Zugang der Anmeldung des Erstattungsanspruchs ohne weitere Nachforschungen beurteilen können, ob die erhobene Forderung ausgeschlossen ist. Dies kann er ohne Kenntnis des Forderungsbetrages feststellen, wenn die Umstände, die im Einzelfall für die Entstehung des Erstattungsanspruches maßgeblich sind, und der Zeitraum, für den die Sozialleistungen erbracht wurden ([§ 111 Satz 1 SGB X](#)), hinreichend konkret mitgeteilt sind. Da der Erstattungsanspruch iS des [§ 111 Satz 1 SGB X](#) bereits geltend gemacht werden kann, bevor die Ausschlussfrist zu laufen begonnen hat, können allgemeine Angaben genügen, die sich auf die im Zeitpunkt des Geltendmachens vorhandenen Kenntnisse über Art und Umfang künftiger Leistungen beschränken (st Rspr des BSG, zuletzt BSG, Urteil vom 30. Juni 2009, [B 1 KR 21/08 R](#), mwN, zit nach juris).

Diesen Anforderungen genügt das Schreiben vom 24. November 2003. Die Klägerin hat damit Art (Krankengeld), Beginn (14. November 2003) und Rechtsgrundlage (stufenweise Wiedereingliederung) angegeben und auf [§ 111 SGB X](#) hingewiesen. Sie ist damit rechtssichernd tätig geworden und hat der Beklagten ein Mindestmaß an Klarheit über die zu erwartende Belastung verschafft. Dass sie das voraussichtliche Ende der Wiedereingliederung noch nicht mitgeteilt hat, steht dem nicht entgegen, weil bei einer Anmeldung vor Beginn der Ausschlussfrist allgemeine Angaben über Art und Umfang künftiger Maßnahmen genügen (BSG aaO).

Die Beklagte war der für die stufenweise Wiedereingliederung zuständige Rehabilitationsträger. Nach [§ 28 SGB IX](#) sollen medizinische und die sie ergänzenden Leistungen entsprechend der Zielsetzung einer besseren Wiedereingliederung in das Erwerbsleben erbracht werden, wenn arbeitsunfähige Leistungsberechtigte nach ärztlicher Feststellung ihre bisherige Tätigkeit teilweise verrichten können und dies durch eine stufenweise Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit voraussichtlich besser gelingen wird. Für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung sieht [§ 74](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) die stufenweise Wiedereingliederung unter gleichen Voraussetzungen ausdrücklich vor. Beiden Vorschriften ist gemeinsam, dass der Versicherte arbeitsunfähig ist, "seine bisherige Tätigkeit" nur teilweise verrichten kann und durch stufenweise Wiederaufnahme dieser Tätigkeit voraussichtlich eine bessere Wiedereingliederungsmöglichkeit besteht.

Nach [§ 7 Satz 1 SGB IX](#) gelten die Vorschriften des SGB IX für die Leistungen zur Teilhabe, soweit sich aus den für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen nichts Abweichendes ergibt. Leistungen zur Teilhabe sind nach [§ 4 Abs 1 Nr 1](#) und 2 SGB IX insbesondere die notwendigen Sozialleistungen, um unabhängig von der Ursache der Behinderung die Behinderung abzuwenden und

Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit zu vermeiden bzw zu überwinden. Für den Träger der Rentenversicherung bestimmt [§ 9 Abs 1](#) Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI), dass dieser Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbringt, um den Auswirkungen einer Krankheit oder Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit des Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit des Versicherten oder sein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder ihn möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wieder einzugliedern. Das setzt voraus, dass die Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit des Versicherten aufgrund Krankheit oder Behinderung (weiterhin) besteht. Der Begriff der - im Gesetz nicht definierten - Erwerbsfähigkeit ist als Fähigkeit des Versicherten zu verstehen, seinen bisherigen Beruf oder seine bisherige Tätigkeit weiterhin ausüben zu können (BSG [SozR 4 - 2600 § 10 Nr 1](#)). Nicht hingegen sind die Kriterien anwendbar, die für die Erfüllung der Leistungsvoraussetzungen für eine Rente wegen Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit (Erwerbsminderung) maßgebend sind (BSG SozR 2200 § 1237 a Nrn 10 und 19).

Entsprechend diesen Voraussetzungen hat die Beklagte der Versicherten die stationäre Rehabilitationsmaßnahme vom 14. November 2003 bis zum 31. Dezember 2003 gewährt. Eine Belastungserprobung im Alltag und im Beruf war noch nicht erfolgt. Nach der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung des Rehabilitationsentlassungsberichts wurde die Versicherte als arbeitsunfähig für ihre bisherige Tätigkeit als Bürokauffrau entlassen. Eine baldige stufenweise Wiedereingliederung wurde empfohlen. Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt waren ihr leichte bis mittelschwere Arbeiten im Wechsel zwischen Gehen, Stehen und Sitzen unter Vermeidung von schweren Hebe- und Tragbelastungen, einseitig die Wirbelsäule belastenden Tätigkeiten sowie Arbeiten in Wirbelsäulenzwangshaltungen zumutbar. Dieser Leistungsbeurteilung hat auch der MDK zugestimmt, der ebenfalls Arbeitsunfähigkeit für den Beruf der Bürokauffrau festgestellt hat. Der Senat schließt sich diesen Feststellungen in vollem Umfang an, nachdem die Beweglichkeit der Wirbelsäule aufgrund der hohen Intensität der in der Reha-Maßnahme eingesetzten krankengymnastischen Maßnahmen zwar verbessert werden konnte, nach wie vor aber noch eine Sensibilitätsminderung im Bereich der rechten Großzehe mit Großzehenheberschwäche rechts bestand. Damit war die Versicherte den berufstypischen Belastungen - und nicht nur den spezifischen Anforderungen ihres konkreten Arbeitsplatzes - noch nicht voll gewachsen, da sowohl Wirbelsäulenzwangshaltungen wie einseitige Körperhaltung als ungünstig beurteilt wurden. Dies hat auch der behandelnde Hausarzt Dr. F. bestätigt.

Das im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung und [§ 74 SGB V](#) weiterhin eine ausdrückliche Regelung zur stufenweisen Wiedereingliederung enthalten ist, während sich im SGB VI keine entsprechende Vorschrift findet, begründet keinen Vorrang für die gesetzliche Krankenkasse (so BSG, Urteil vom 29. Januar 2008 [aaO](#)).

Bei der Versicherten sind auch die übrigen Voraussetzungen des [§ 28 SGB IX](#) zu bejahen. Eine ärztliche Bescheinigung der nach dem Abschluss der stationären Rehabilitation fortbestehenden Arbeitsunfähigkeit sowie die ärztliche Empfehlung einer stufenweisen Wiedereingliederung in die bisherige Tätigkeit lagen ebenso vor wie das Einverständnis des Arbeitgebers. Des Weiteren war auch der zeitliche Zusammenhang zwischen der stationären medizinischen Rehabilitation und der stufenweisen Wiedereingliederung gewahrt. Hierfür ist keine direkte zeitliche Aufeinanderfolge zur vorherigen medizinischen Rehabilitationsmaßnahme erforderlich (so zuletzt BSG, Urteil vom 05. Februar 2009, [B 13 R 27/08 R](#), zit nach juris). Es kommt allein darauf an, dass die Leistungsvoraussetzungen des [§ 28 SGB IX](#) (Arbeitsunfähigkeit; nach ärztlicher Feststellung bestehende Fähigkeit, die bisherige Tätigkeit teilweise verrichten zu können; voraussichtliche Wiedereingliederungschance durch stufenweise Wiederaufnahme der Tätigkeit) vorliegen und die Einheitlichkeit des begonnenen Rehabilitationsverfahrens gewahrt ist. Dann ist die Voraussetzung des unmittelbaren Anschlusses gegeben.

Der Leistungspflicht der Beklagten steht nicht entgegen, dass die Beklagte unter Hinweis das Gutachten des MDK der Versicherten mit Schreiben vom 11. Dezember 2003 zunächst mitgeteilt hatte, dass das Krankengeld bereits am 14. Dezember 2003 ende. Krankengeld ist letztlich über diesen Zeitpunkt hinaus bewilligt und gezahlt worden. Entscheidend ist, dass damit die Wiedereingliederung auch rechtlich bis zum 31. Dezember 2003 erfolgte. Mit einer Wiedereingliederung wird ein Rechtsverhältnis eigener Art begründet wird, an dem regelmäßig der Versicherte, der behandelnde Arzt, die Krankenkasse und der Arbeitgeber beteiligt ist. Es ist - im Gegensatz zum Arbeitsverhältnis - nicht auf die Leistung von Arbeit im Sinne des arbeitsvertraglichen Leistungsaustausches gerichtet. Vielmehr wird dem Versicherten nur Gelegenheit gegeben, mit Hilfe einer Betätigung, die gegenüber seinem Arbeitsverhältnis quantitativ und ggf auch qualitativ geringer angesetzt ist zu erproben, ob er zur Wiederherstellung seiner vollen Arbeitsfähigkeit gelangen kann (BAG, Urteil vom 28. Juli 1998, [4 AZR 192/98](#), [NZA 1999, 1295](#)).

Nach alledem war die Beklagte für die stufenweise Wiedereingliederung zuständig und hatte dementsprechend nach [§§ 20, 21 SGB VI](#) in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Februar 2002 ([BGBl I S 754](#)) Übergangsgeld an die Versicherte zu zahlen mit der Folge, dass der Krankengeldanspruch gegen die Klägerin ruhte und diese insoweit als unzuständige Trägerin vorgeleistet hat.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197 a SGG](#) iVm [§ 154 Abs 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Die Höhe des Streitwerts bemisst sich nach dem von der Klägerin geltend gemachten Erstattungsbetrag von 1.507,29 EUR ([§ 197 a Abs 1 Satz 1 Halbsatz 1 SGG](#) iVm [§ 63 Abs 2](#), [52 Abs 3](#) und 47 Abs 1 des Gerichtskostengesetzes - GKG).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2009-12-28