

L 1 KR 18/03

Land
Freistaat Sachsen
Sozialgericht
Sächsisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Chemnitz (FSS)
Aktenzeichen
S 1 KR 24/00
Datum
22.11.2002
2. Instanz
Sächsisches LSG
Aktenzeichen
L 1 KR 18/03
Datum
20.04.2005
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 17/05 R
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Zu den Voraussetzungen des Erstattungsanspruchs des Trägers der Kriegsopferversorgung gegen den Träger der Krankenversicherung - hier wegen der Kosten einer einem Schwerbeschädigten gewährten Badekur.

Dem einen Erstattungsanspruch nach § 18 c Abs. 5 BVG geltend machenden Träger der Kriegsopferversorgung kann von dem in Anspruch genommenen Träger nicht entgegen gehalten werden, dessen Leistungsbewilligung sei rechtswidrig. Etwas anderes gilt nur dann, wenn die Leistungsbewilligung offenkundig rechtswidrig ist.

Dieser Grundsatz gilt auch für den Fall, dass der in Anspruch genommene Träger nur nach den für ihn geltenden Vorschriften seine eigene Leistungspflicht prüft, wenn und soweit die Anspruchsvoraussetzungen des erstattungsberechtigten und des erstattungsverpflichteten Trägers inhaltlich identisch sind (hier: Vorrang ambulanter Einzelleistungen vor ambulanter oder stationärer Rehabilitationskur).

I. Auf die Berufung des Klägers wird das Urteil des Sozialgerichts Chemnitz vom 22. November 2002 aufgehoben und die Beklagte dem Grunde nach verurteilt, dem Kläger die Kosten der stationären Badekur des Versorgungsberechtigten A ... W ... in der Zeit vom 02. Juni 1998 bis 07. Juli 1998 zu erstatten.

II. Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist der Anspruch des klagenden Trägers der Kriegsopferversorgung gegen die be-klagte Krankenkasse auf Erstattung der Kosten für eine einem Schwerbeschädigten bewil-ligte Badekur.

Bei dem am ... 1922 geborenen und bei der Beklagten versicherten A ... W ... (W.) hat der Kläger mit Bescheid vom 07. Dezember 1994 als Schädigungsfolgen nach dem Bun-desversorgungsgesetz (BVG) anerkannt: 1. Verlust des linken Oberschenkels 2. Narbe am Hinterkopf 3. Narbe am rechten Oberschenkel.

W. erhält wegen der anerkannten Schädigungsfolgen eine Beschädigtenversorgung nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), insbesondere eine Grundrente nach einer Minde-rung der Erwerbsfähigkeit (MdE) um 80 v.H ... Außerdem hat der Kläger ihm einen Grad der Behinderung (GdB) von 100 zuerkannt und das Vorliegen der Voraussetzungen des Merkzeichens "G" festgestellt.

In der Zeit vom 06. Oktober 1992 bis 03. November 1992 nahm W. an einer von dem Klä-ger bewilligten Kurmaßnahme (Badekur) in Bad N. teil.

Am 20. Dezember 1994 beantragte W. bei dem Kläger erneut die Gewährung einer Bade-kur. Nach Einholung eines ärztlichen Gutachtens von Dr. B1 ... (Fachärztin für Allgemein-medizin in C ...) vom 03. Februar 1995, einer versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. K1 ... vom 01. März 1995 und einer abschließenden Stellungnahme des Ärztlichen Dienstes des Klägers (Dr. T1 ... vom 03. April 1995) bewilligte der Kläger daraufhin W. eine Bade-kur nach § 11 Abs. 2 i. V. m. § 10 Abs. 1 BVG in der L ...-Kurklinik in Bad K ... (Be-scheid vom 10. April 1995), die vom 12. Juli 1995 bis 09. August 1995 durchgeführt wurde.

Im Entlassungsbericht der L ...-Kliniken vom 09. August 1995 sind als Nichtschädigungs-folgen genannt: Dysfunktion der Iliosakralgelenke, der mittleren BWS sowie der Kopfgelenke, Arthrose in beiden Radiokarpalgelenken mit schmerzhaft eingeschränkter Beweg-lichkeit, Hyperlipidämie.

Es sei unter der Therapie eine Besserung der Schulter- und Handgelenksschmerzen eingetreten. Phantomschmerzen hätten während des Aufenthalts nicht bestanden. Ein seit längerem bestehender Tinnitus sei unverändert gewesen. Insgesamt habe W. berichtet, sich gut erholt zu haben. Man habe bei W. eine Reduktion der Handgelenksschmerzen und eine Linderung der Schulter-Hüft-Schmerzen angestrebt.

Unter dem 08. Dezember 1997 stellte W. bei dem Kläger erneut einen Antrag auf Bewilligung einer Badekur.

Nach Einholung eines ärztlichen Gutachtens von Dr. B1 ... (13. Januar und 23. Januar 1998) bejahte Dipl.-Med. H1 ... am 16. Februar 1998 für den Ärztlichen Dienst des Klägers die Notwendigkeit einer stationären Behandlung in einer Kureinrichtung. Eine Badekur sei angezeigt und im Sinne von § 11 Abs. 2 oder 12 Abs. 3 BVG erforderlich. Die Schädigungsfolgen bzw. die durch sie verursachten Gesundheitsstörungen erforderten nicht für sich allein, sondern erst im Zusammenwirken mit Nichtschädigungsfolgen oder gleichzeitig mit Nichtschädigungsfolgen (zeitlich untrennbar) die Badekur. Die Kurfähigkeit des W. liege gegenwärtig vor. Der Versorgungsarzt Dr. T1 ... gelangte am 20. Februar 1998 zu der Einschätzung, eine vorzeitige Badekur sei wegen der anerkannten Schädigungsfolgen angezeigt. Wegen der Vielzahl der Beschwerden und der chronischen Schmerzen werde einer etwas vorgezogenen Kur erneut (wie schon 1995) ab Juni 1998 zugestimmt. Mit Bescheid vom 04. März 1998 bewilligte der Kläger für W. eine Badekur nach § 11 Abs. 2 i.V.m. § 10 Abs. 1 BVG in den L ...-Kliniken in Bad K ... Einem Antrag der Kureinrichtung auf Verlängerung der stationären Kurbehandlung für weitere sieben Tage entsprach der Kläger unter dem 23. Juni 1998.

Im Entlassungsbericht der L ...-Kliniken vom 07. Juli 1998 werden folgende Nichtschädigungsfolgen angegeben:

- HWS-Syndrom, - Coxarthrose beidseits - Prostataadenom.

Bei Aufnahme habe W. über Beschwerden im Handgelenk sowie über HWS-Beschwerden mit Ausstrahlung in die rechte Schulter und den Unterarm geklagt. Weiterhin habe er über ein positionsbedingtes Taubheitsgefühl im linken Arm und in den Fingern geklagt, im letzten halben Jahr seien rezidivierende Zephalgien aufgetreten. Man habe folgende Maßnahmen durchgeführt: Moorlaugenbäder, Iontophorese der Handgelenke, Zweizellenbad der Arme, Moorpackungen im Bereich der HWS, Moorkneten beider Hände, Teilmassagen für Wirbelsäule und Schultern. Außerdem habe W. regelmäßig an der Seniorengymnastik bzw. Hockergymnastik teilgenommen. Bei der Abschlussuntersuchung habe sich W. sehr gut erholt und gekräftigt gefühlt. Weiterhin habe er über rezidivierend auftretende Wirbelsäulenbeschwerden im Halswirbelbereich mit migräneartigem Kopfschmerz geklagt. Hier habe durch Akupunktur eine Besserung erzielt werden können. Zwischenzeitliche Stumpfbeschwerden seien wieder abgeklungen. Von kardiopulmonaler Seite sei W. kompensiert gewesen und zufriedenstellend belastbar.

Für den Ärztlichen Dienst des Klägers führte Dipl.-Med. H1 ... am 20. Juli 1998 aus, nach dem Inhalt des Kurabschlussberichtes sei davon auszugehen, dass die Badekur überwiegend der Behandlung von versorgungsfremden Gesundheitsstörungen gedient habe. Die im Entlassungsbericht der Einrichtung aufgeführten Behandlungsmaßnahmen hätten überwiegend der Behandlung des nicht durch die Kriegsverletzung bedingten pseudoradikulären HWS-Syndroms gedient, weshalb auch eine Verlängerung um sieben Tage hauptsächlich initiiert worden sei. Stumpfbeschwerden seien wohl von W. während der Kurmaßnahme nicht geklagt worden.

Mit Schreiben vom 31. August 1998 machte der Kläger gegenüber der Beklagten einen Erstattungsanspruch gemäß § 18c Abs. 5 Satz 2 BVG hinsichtlich der bewilligten Badekur in der Zeit vom 02. Juni 1998 bis 07. Juli 1998 geltend. Bei dem Versorgungsberechtigten seien vorrangig Nichtschädigungsfolgen behandelt worden. Es seien Kosten in Höhe von 7.957,48 DM (4.068,59 EUR) entstanden.

Am 27. Oktober 1998 lehnte die Beklagte den geltend gemachten Erstattungsanspruch ab. Nach versorgungsärztlicher Stellungnahme hielt der Kläger seinen Erstattungsanspruch gegenüber der Beklagten mit Schreiben vom 17. November 1998 aufrecht. In einem daraufhin beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) eingeholten sozialmedizinischen Gutachten gelangte Dr. W1 ... unter dem 11. Januar 1999 zu der Einschätzung, die Beschwerden des W. und die gesamten in der Kur durchgeführten Behandlungen hätten die Behandlung von Nichtschädigungsfolgen zum Gegenstand gehabt. Trotzdem sei vom Versorgungsamt die Rehabilitationsmaßnahme und sogar noch eine Verlängerung bewilligt worden, deren medizinische Notwendigkeit schwer zu begründen sei. Seitens der Krankenversicherung seien die notwendigen Voraussetzungen für eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme nicht erfüllt gewesen. Der Beschwerdekomples des W. hätte durch ambulante Krankenbehandlung am Wohnort behandelt werden können. Eine Rehabilitationsmaßnahme wäre seitens der Krankenkasse bei diesem Krankheitsbild überhaupt nicht in Frage gekommen. Mit weiterem Schreiben vom 15. Februar 1999 bekräftigte die Beklagte die Ablehnung des Erstattungsanspruchs.

Am 25. Januar 2000 hat der Kläger beim Sozialgericht Chemnitz (SG) Klage erhoben, gerichtet auf Erstattung der Kosten in Höhe von 7.957,48 DM (4.068,59 EUR) für die von W. in der Zeit vom 02. Juni bis 07. Juli 1998 durchgeführte Badekur.

Auf mündliche Verhandlung hat das SG die Klage mit Urteil vom 22. November 2002 abgewiesen. Nach § 18c Abs. 5 Satz 2 BVG komme eine Erstattung nur in Frage, soweit der andere Leistungsträger sonst Leistungen gewährt hätte. Ein Anspruch des Versicherten gemäß § 40 Fünftes Buch Sozialgesetz (SGB V) auf Bewilligung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme habe jedoch nicht bestanden, da dessen Anspruchsvoraussetzungen nicht erfüllt gewesen seien. Die Beklagte könne im Erstattungsverfahren nicht zu einer Leistung verpflichtet werden, zu deren Erbringung sie nach dem Leistungsrecht des SGB V nicht berechtigt gewesen wäre. Während das BVG in § 11 Abs. 2 Satz 1 BVG nur stationäre Badekuren für Versorgungsberechtigte kenne, sehe [§ 40 SGB V](#) ein abgestuftes System von Reha-Leistungen vor. Die Beklagte sei zutreffend zu dem Ergebnis gelangt, dass eine stationäre Reha-Maßnahme zur Behandlung der schädigungsunabhängigen Gesundheitsstörungen nicht notwendig gewesen sei. Dies folge aus den in den Akten vorhandenen medizinischen Stellungnahmen des MDK. Andere Rechtsträger könnten ihre Leistungen nicht unter Hinweis auf den nach dem BVG bestehenden Rechtsanspruch verweigern und sich damit auf Kosten des Bundes entlasten. Zwischen dem Versorgungsträger und dem Träger der Krankenversicherung sei ein Auftragsverhältnis im Sinne von [§§ 87 f.](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) gegeben. Dies ähnele den Regeln des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) über den Auftrag bzw. insbesondere den Vorschriften über die Geschäftsführung ohne Auftrag gemäß [§§ 677 f. BGB](#). Die Erstattungsregelung des § 18c Abs. 5 Satz 2 BVG korrespondiere mit der umgekehrten Erstattungsregelung des § 20 BVG, wenn die Krankenkasse im Auftrag des Versorgungsträgers Leistungen erbracht habe und deswegen Erstattung verlangen könne. Im umgekehrten - hier gegebenen - Fall sei also auch ein Auftragsverhältnis oder zumindest ein auftragsähnliches Verhältnis erforderlich. Wie bei der Geschäftsführung ohne Auftrag so könne auch hier ein Erstattungsanspruch nicht gegeben sein, wenn der "Fremdgeschäftsführungswille"

fehle, wenn also die Versorgungsverwaltung gar nicht für die Krankenkasse habe tätig werden wollen. Dies sei regelmäßig dann der Fall, wenn – wie auch in dem hier zugrunde liegenden Bewilligungs-bescheid – ausdrücklich eine Heilbehandlung nach § 10 Abs. 1 BVG bewilligt worden sei. Auch wenn sich nachträglich herausstelle, dass die bewilligte Leistung nicht geeignet ge-wesen sei, Schädigungsfolgen zu behandeln, so könne dies nicht dazu führen, dass die Krankenkasse nachträglich einstandspflichtig werde. Der Anspruch nach § 18c Abs. 5 Satz 2 BVG setze voraus, dass für den Sozialversicherungsträger – hier die Krankenkasse – geleistet worden sei. Dies folge aus der Systematik des Gesetzes. Wenn die Badekur we-gen Schädigungsfolgen bewilligt worden sei, komme eine Erstattung nicht in Betracht.

Gegen die Nichtzulassung der Berufung des am 30. Januar 2003 zugestellten Urteils hat sich die am 28. Februar 2003 beim Sächsischen Landessozialgericht eingelegte Nichtzulassungsbeschwerde der Klägerin gerichtet.

Mit Beschluss vom 08. September 2003 hat der Senat die Berufung gegen das Urteil des SG vom 22. November 2002 zugelassen.

Der Kläger ist der Ansicht, er dürfe Anträge auf Badekuren von Versorgungsberechtigten mit Heil- und Krankenbehandlungsansprüchen nach § 10 Abs. 2 BVG nicht zurückweisen. Damit sei er auch für Kuren, die schädigungsfremd erforderlich seien, bei diesem Personenkreis nach § 11 Abs. 2 Satz 2 BVG zuständig. Eine vollumfängliche Überprüfungs-pflicht für die Ermessensentscheidung der Versorgungsverwaltung habe die Krankenkasse nicht. Dafür, dass vorwiegend Schädigungsfolgen behandelt worden seien, ergebe sich aus den vorhandenen Unterlagen kein Anhaltspunkt.

Der Kläger beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Chemnitz vom 22. November 2002 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm dem Grunde nach die Kosten für die stationäre Bade-kur vom 02. Juni 1998 bis 07. Juli 1998 zu erstatten, hilfsweise die Revision zuzu-lassen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen, hilfsweise die Revision zuzulassen.

Die Beklagte ist unter Berufung auf ein Urteil des Sächsischen Landessozialgerichts vom 27. Juni 2002 (Az. [L 6 V 23/01](#)) der Auffassung, aufgrund eines bestehenden Auftragsver-hältnisses zwischen den Leistungsträgern sei ein Erstattungsanspruch des Klägers nicht mehr durchsetzbar. W. sei während der streitigen Badekur wesentlich nur wegen Nicht-schädigungsfolgen behandelt worden.

Die Beklagte hat ein Gutachten des MDK zu Vorsorge- und Reha-Maßnahmen vom 19. Februar 2004 vorgelegt (Sachverständiger Dr. W1 ...). Darin ist im Wesentlichen ange-geben, die ambulanten möglichen Behandlungsmaßnahmen seien nicht vollständig ausge-schöpft worden. Vor allem Maßnahmen der Krankengymnastik und auch der manuellen Therapie wären noch zu empfehlen gewesen. Erst nach völliger Ausschöpfung aller Be-handlungsmaßnahmen am Wohnort sei die Indikation für eine Reha-Maßnahme zu stellen. Als Kriterien für eine stationäre Reha-Maßnahme müsste einer der folgenden Punkte er-füllt sein (Begutachtungsrichtlinie Vorsorge und Rehabilitation):

- Vorliegen von Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen, die durch ambulante Rehabilitation nicht ausreichend behandelt werden könnten, - mangelnde psychische Belastbarkeit (psychiatrische Erkrankungen, Orientie-rungsstörungen, Abhän-gigkeitsprobleme – Alkohol, Drogen, Medikamente), - Notwendigkeit pflegerischer Betreuung oder ständiger ärztlicher Überwachung auch außerhalb der Therapiezeiten, - Notwendigkeit einer zeitweisen Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld.

Aufgrund der Diagnose und der dokumentierten Beschwerdeangaben des W. könne keiner dieser Punkte als erfüllt angesehen werden. Die medizinische Notwendigkeit für eine Re-ha-Maßnahme habe 1998 nicht bestanden.

Dem ist die Beklagte durch Vorlage einer versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dipl.-Med. S1 ... vom 19. Mai 2004 entgegengetreten. Die Versorgungsärztin hat sich dahinge-hend geäußert, es sei nicht anzuzweifeln, dass weitere ambulante Maßnahmen möglich und sicher auch zumutbar gewesen wären. Dies sei bei den heutigen Möglichkeiten, die sogar ambulante physiotherapeutische Maßnahmen im Hausbesuch ermöglichten, sicher immer der Fall. Die Tatsache, dass trotz umfangreicher Behandlung auch nach 14 Tagen noch keine wesentliche Beschwerdebesserung habe erreicht werden können, so dass von der Kureinrichtung eine Verlängerung um eine Woche beantragt worden sei und auch die hohe Anzahl erforderlicher Behandlungen, die ambulant keinesfalls in dieser Frequenz durchführbar und zumutbar gewesen wären, begründeten die Notwendigkeit einer stationä-ren Reha-Maßnahme zu diesem Zeitpunkt. Die Behandlungen in der Reha-Einrichtung seien indikationsgerecht und nach dem Maßstab der Notwendigkeit erfolgt, die Verlänge-rung sei unter diesem Gesichtspunkt beantragt worden. Wenn für eine ausreichende Be-schwerdelinderung und Stabilisierung des Gesundheitszustandes des Versicherten auch unter dem Gesichtspunkt der Abwendung einer alsbaldigen Pflegebedürftigkeit oder Zu-nahme einer solchen, fünf Wochen intensive physiotherapeutische Maßnahmen unter stati-onären Bedingungen erforderlich gewesen seien, könne aus versorgungsärztlicher Sicht nicht davon ausgegangen werden, dass ein annähernd gleiches Ergebnis ambulant durch einzelne krankengymnastische oder manualtherapeutische Behandlungen erreichbar gewe-sen wäre.

Die Beteiligten haben vor dem Senat am 20. April 2005 folgenden Teilunterwerfungsver-gleich geschlossen:

I. Für den Fall, dass der Anspruch des Klägers dem Grunde nach vollumfäng-lich besteht und insoweit ein rechtskräftiges Urteil vorliegt, erkennt die Be-klagte die geltend gemachte Höhe der Erstattungsforderung an.

II. Für den Fall einer anderweitigen Entscheidung durch das Sächsische Lan-dessozialgericht oder im Falle einer Zurückverweisung vom Bundessozial-gericht an das Sächsische Landessozialgericht wird der Vergleich hinfällig, wenn rechtskräftig entschieden wird, dass die Beklagte nicht oder nur teil-weise dem Grunde nach erstattungspflichtig ist.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den Inhalt der Gerichtsakten beider Rechtszüge und der Verwaltungsakten der Beteiligten, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Über die Berufung ist durch den für Angelegenheiten der gesetzlichen Krankenversicherung zuständigen Senat zu entscheiden. Der Streit über einen Erstattungsanspruch der Versorgungsverwaltung gegen eine Krankenkasse gehört zu den Angelegenheiten der Sozialversicherung (Krankenversicherung). Ein Erstattungsanspruch ist regelmäßig dem Rechtsgebiet zuzuordnen, aus dem sich die Leistungspflicht ergibt, auf die sich der Erstattungsanspruch gründet (vgl. BSG, Urteil vom 24. Mai 1984, Az.: [7 RAr 97/83](#) = SozR 1500 § 31 Nr. 3). Der Kläger leitet hier einen Erstattungsanspruch aus einer Leistungspflicht der Beklagten zur Erbringung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme ab. Diese Frage ist dem Gebiet der Krankenversicherung zuzuordnen.

Die Berufung des Klägers ist zulässig. Auf die gegen die Nichtzulassung der Berufung im Urteil des SG vom 22. November 2002 eingelegte Nichtzulassungsbeschwerde des Klägers hat der Senat die Berufung zugelassen, weil das Urteil von einer Entscheidung des Sozialgerichts (Urteil des erkennenden Senats vom 17. April 2002, Az. [L 1 KR 15/01](#)) abweicht und auf dieser Abweichung beruht ([§ 144 Abs. 2 Nr. 2](#) Sozialgerichtsgesetz - SGG).

Die Berufung ist auch begründet. Zu Unrecht hat das SG die Klage abgewiesen.

Die vom Kläger erhobene Leistungsklage ist zulässig. Der Kläger konnte nur eine Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5 SGG](#) erbeten. Die Beteiligten sind gleichgeordnete öffentlich-rechtliche Leistungsträger, die die sie betreffenden Rechtsverhältnisse nicht durch Verwaltungsakt regeln können (vgl. BSG, Urteil vom 23. Februar 1987, Az. [9a RV 22/86](#) = SozR 3100 § 16 Nr. 4 S. 8, dort zu einem Erstattungsstreit nach § 20 BVG). Wegen des zwischen den Beteiligten am 20. April 2005 in der mündlichen Verhandlung geschlossenen Teilerwerfungsvergleichs konnte der Senat offen lassen, ob der mit einer echten Leistungsklage ([§ 54 Abs. 5 SGG](#)) geltend gemachte, konkret bezifferte Erstattungsanspruch genau in dieser Höhe besteht; er brauchte im Urteil nur noch darüber zu entscheiden, ob der Anspruch dem Grunde nach besteht ([§ 130 Satz 1 SGG](#)). Hierbei handelt es sich um ein Zwischenurteil im Sinne von [§ 304](#) Zivilprozeßordnung (ZPO) i.V.m. [§ 202 SGG](#).

Einer Beiladung des Beschädigten/Versicherten bedurfte es nicht. Ein Fall der notwendigen Beiladung ([§ 75 Abs. 2 SGG](#)) liegt nicht vor. Der Beschädigte ist an dem streitigen Rechtsverhältnis nicht derart beteiligt, dass die Entscheidung auch ihm gegenüber nur einheitlich ergehen kann. Da weder die dem Beschädigten gewährte Leistung als solche streitig ist, noch die Möglichkeit einer Doppelleistung besteht, sondern es sich vielmehr nur um eine Lastenverteilung aus leistungsrechtlichen Verpflichtungen zweier Leistungsträger geht, werden die Rechte des Beschädigten bzw. des Versicherten selbst durch diese Entscheidung nicht berührt (vgl. BSG, Urteil vom 08. Juni 1994, Az. [3/1 RK 31/93](#) = SozR 3-3100 § 18c Nr. 2).

Die Leistungsklage ist auch begründet. Der Kläger nimmt die Beklagte dem Grunde nach zu Recht für die von ihm dem schwerbeschädigten W. im Zeitraum vom 02. Juni 1998 bis 07. Juli 1998 gewährte stationäre Badekur in Anspruch.

Allein in Betracht kommende - und zwischen den Beteiligten unstrittige - Rechtsgrundlage für das Erstattungsbegehren ist der als Ausgleichsanspruch zwischen öffentlich-rechtlichen Leistungsträgern konzipierte § 18c Abs. 5 Satz 2 BVG in der ab 01. Januar 1998 geltenden Fassung. Die Vorschrift hat folgenden Inhalt: Erbringt ein anderer öffentlich-rechtlicher Leistungsträger eine Sachleistung, eine Zuschuss- oder sonstige Geldleistung oder eine mit einer Zuschussleistung für den gleichen Leistungszweck verbundene Sachleistung nicht, weil bereits aufgrund dieses Gesetzes eine Sachleistung gewährt wird, ist er erstattungspflichtig, soweit er sonst Leistungen gewährt hätte.

Die Voraussetzungen dieser Vorschrift sind erfüllt. Dem Beschädigten ist aufgrund des BVG eine Sachleistung gewährt worden, die sonst von der Beklagten zu erfüllen gewesen wäre.

Der Erstattungsanspruch nach § 18c Abs. 5 Satz 2 BVG steht neben den sich aus den [§§ 102](#) ff. Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) ergebenden Erstattungsansprüchen. Es handelt sich bei § 18c Abs. 5 Satz 2 BVG um eine eigenständige Regelung, die regelungsspezifische Besonderheiten aufweist, und insbesondere auch nicht mit [§ 104 SGB X](#) inhaltsgleich ist. [§ 104 SGB X](#) trifft schon deswegen den hier maßgeblichen Regelungszusammenhang nicht, weil der Träger der Kriegsopferversorgung nicht bloß dann leistet, wenn die Krankenkasse nicht rechtzeitig geleistet hat (zu den Voraussetzungen des [§ 104 SGB X](#) vgl. die Darstellung im Urteil des BSG vom 25. Januar 1994, Az.: [7 RAr 42/93](#) = SozR 3-1300 § 104 Nr. 8). Stellt der Versorgungsberechtigte keinen einen Anspruch auf Versicherungsleistungen begründenden Antrag, kann der Träger der Kriegsopferversorgung gleichwohl einen Anspruch nach § 18c Nr. 1 Abs. 5 Satz 2 BVG gegenüber dem Versicherungsträger geltend machen, wenn er die Leistung erbracht hat (vgl. dazu BSG, Urteil vom 26. Februar 2003, Az. [B 8 KN 9/01 KR R](#) = SozR 4-3100 § 18c Nr. 1 Rn. 6 m.w.N.). Auch hat der Versorgungsberechtigte und zugleich Krankenversicherte nicht bloß gegen beide Leistungsträger einen jeweils eigenständigen Anspruch - eine Konstellation, die auch in den Fällen des [§ 104 SGB X](#) zwingende Voraussetzung ist -, sondern muss sich insbesondere im Fall der Badekur auch dann nicht auf die Krankenkasse verweisen lassen, wenn diese zwar leistungsbereit ist, der Krankenversicherte aber gleichwohl in seiner Eigenschaft als Versorgungsberechtigter nur Leistungen vom Träger der Kriegsopferversorgung wünscht (vgl. auch BSG, Urteil vom 16. November 1999, Az. [B 1 KR 17/98 R](#) = SozR 3-3100 § 18c Nr. 3). Daneben kann der Träger der Kriegsopferversorgung sogar nach § 18c Abs. 3 BVG von der Krankenkasse zu erbringende Leistungen auch in den Fällen an sich ziehen, in denen es um die Behandlung nicht schädigungsbedingter Gesundheitsstörungen geht (§ 10 Abs. 2 und Abs. 4 BVG). Allerdings besteht insoweit eine Parallele zu [§ 104 SGB X](#), als hier wie dort zwischen den beteiligten Leistungsträgern hinsichtlich der endgültigen Kostentragung ein Ausgleichsanspruch besteht (zum nicht notwendigen Vorrang-Nachrang-Verhältnis für den Anspruch nach § 18c Abs. 5 Satz 2 BVG vgl. BSG, Urteil vom 31. Oktober 1978, Az. [4 RJ 30/78](#) = SozR 3100 § 81b Nr. 10). Der Träger der Kriegsopferversorgung trägt unabhängig davon, ob er selbst oder die Krankenkasse (§ 18c Abs. 1 BVG) die Leistung erbringt, deren Kosten, wenn die zu behandelnde Gesundheitsstörung als Folge einer Schädigung anerkannt ist oder durch eine anerkannte Schädigungsfolge verursacht worden ist (vgl. dazu zuletzt BSG, Urteil vom 26. Februar 2003, [B 8 KN 9/01 KR R](#) = SozR 4-3100 § 18c Nr. 1) oder wenn Leistungen für Berechtigte erbracht wurden, die nach [§ 10](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) versichert sind. Daneben trägt der Träger der Kriegsopferversorgung die Kosten für die Heil- und Krankenbehandlung, die nach der Theorie der wesentlichen Bedingung nicht auf eine Schädigung im Sinne des BVG zurückzuführen ist, dann im Falle des § 10 Abs. 2 und Abs. 4 BVG allein, wenn kein anderer öffentlich-rechtlicher Leistungsträger (auch) zuständig ist. Dies ist im Regelfall eine Krankenkasse, es kann sich dabei aber insbesondere auch um einen Träger der gesetzlichen Unfall- oder der gesetzlichen Rentenversicherung handeln. Jeder andere öffentlich-rechtliche Leistungsträger, dessen Einstandspflicht keiner Systems subsidiarität oder einer ausdrücklich angeordneten Einzelfall subsidiarität unterliegt, kann erstattungspflichtig sein (zur Grundaussage des § 18c Abs. 5 Satz 2 BVG vgl. BSG, Urteil vom 15. Dezember 1976, Az. [3 RK 31/76](#) =

SozR 3100 § 18c Nr. 2; Urteil vom 16. Dezember 1976, Az. 10 RV 210/75 = [SozR 3100 § 18c Nr. 3](#); Urteil vom 22. Juni 1977, Az. [10 RV 29/76](#) = SozR 3100 § 18c Nr. 5; Urteil vom 08. Juni 1994, Az. [3/1 RK 31/93](#) = [SozR 3-3100 § 18c Nr. 2](#)).

Im vorliegenden Fall kommt als anderer öffentlich-rechtlicher Leistungsträger nur die Be-klagte als Krankenkasse in Betracht, bei der der schwerbeschädigte Leistungsempfänger W. im Leistungszeitraum als Mitglied versichert war.

Der Erstattungsanspruch des Klägers setzt dem Grunde nach voraus: Die betroffenen Leistungsträger müssen vergleichbaren Leistungspflichten (vgl. dazu BSG, Urteil vom 20. April 1988, Az. [3/8 RK 14/86](#) = USK 8884; Urteil vom 16. November 1999, Az. [B 1 KR 17/98 R](#) = SozR 3-3100 § 18c Nr. 3) unterliegen und zwar unter Berücksichtigung einer zeitlichen Kongruenz und Personenidentität. Die Leistung des die Erstattung begehrenden Leistungsträgers muss rechtmäßig sein. Der Grund der Erstattungspflicht richtet sich nach den für den verpflichteten Leistungsträger geltenden Vorschriften und ist grundsätzlich durch gegenüber dem Versorgungsberechtigten ergangene Bescheide begrenzt. Der von dem verpflichteten Leistungsträger (hier einer Krankenkasse) an die Versorgungsverwaltung zu leistende Aufwendersatz ist daher dessen Leistung (hier die Leistung der Krankenkasse aus der Krankenversicherung; vgl. dazu BSG, Urteil vom 13. Juli 1977, Az. [3 RK 84/76](#) = SozR 1500 § 31 Nr. 1). Der Erstattungspflichtige darf seine Leistung gegenüber dem Leistungsempfänger nicht bereits in Unkenntnis der Leistung des Erstattungsberechtigten erbracht haben. Die Frist zur Geltendmachung des Erstattungsanspruchs muss eingehalten sein (§ 21 BVG i.V.m. [§ 111 SGB X](#)), der Erstattungsanspruch darf nicht verjährt sein (§ 21 Satz 1 BVG i.V.m. [§ 113 SGB X](#) und § 21 Satz 2 BVG) und nicht gemäß § 21 BVG i.V.m. [§ 110 SGB X](#) (Pauschalierung; Bagatellobjekt) höhenmäßig begrenzt oder ausgeschlossen sein.

Im vorliegenden Rechtsstreit geht es im Kern um die Frage, ob und gegebenenfalls in welchem Umfang der nach § 18c Abs. 5 Satz 2 BVG als erstattungspflichtig in Anspruch genommene Leistungsträger an die Leistungsentscheidung des den Erstattungsanspruch geltend machenden Trägers der Kriegsopferversorgung gebunden ist bzw. in welchem Umfang diesem aus der krankenversicherungsrechtlichen Rechtsposition des Versorgungsberechtigten abgeleitete Einwendungen von der Krankenkasse entgegengehalten werden können. Letztlich geht es damit um die Frage, ob der krankenversicherungsrechtliche Anspruch, aus dem der Erstattungsanspruch abgeleitet wird, nur noch eingeschränkt der Prüfungs- und Entscheidungskompetenz der als ausgleichspflichtig in Anspruch genommenen Krankenkasse unterworfen ist.

Die "Vorgängervorschrift" zu § 18c Abs. 5 Satz 2 BVG war § 18c Abs. 6 BVG. Zu dieser Vorschrift hat das BSG wiederholt Stellung genommen. In seiner Entscheidung vom 16. Dezember 1976 (Az. [10 RV 201/75](#) = [SozR 3100 § 18c Nr. 3](#); siehe ferner Urteil vom 25. April 1984, Az. [8 RK 25/82](#) = SozR 3100 § 18c Nr. 18) hat das BSG die Ansicht vertreten, die in § 18c Abs. 6 Satz 2 BVG getroffene Regelung bezwecke, wie sich insbesondere aus ihrem Zusammenhang mit Satz 3 ergebe und in der Begründung zum Regierungsentwurf (BT-Drucks. VI. 2649) auch betont worden sei, "dass bei der Heilbehandlung wegen Nichtschädigungsfolgen und bei der Krankenbehandlung andere Rechtsträger, die im konkreten Fall nur zur Gewährung von Kann-Leistungen oder Zuschüssen verpflichtet sind, ihre Leistungen nicht unter Hinweis auf den nach dem BVG bestehenden Rechtsanspruch oder auf das Fehlen eigener Aufwendungen des Berechtigten verweigern und sich damit auf Kosten des Bundes entlasten können" (siehe ferner BSG, Urteil vom 22. Juni 1977, Az. [10 RV 29/76](#) = SozR 3100 § 18c Nr. 5; Urteil vom 25. April 1984, [8 RK 25/82](#) = SozR 3100 § 18c Nr. 18). Mit Urteil vom 30. Mai 1978 (Az. [1 RA 81/77](#) = [SozR 3100 § 18c Nr. 9](#)) hat das BSG weitergehend ausgeführt, von diesem Gesetzeszweck her bestimmten sich die Voraussetzungen des Ersatzanspruches. Er sei gegeben, wenn der in Anspruch genommene Leistungsträger eine Zuschuss- oder sonstige Geldleistung nicht erbracht habe, weil bereits aufgrund des BVG eine Sachleistung gewährt worden sei. Damit müsse einmal der in Anspruch genommene Leistungsträger für den Fall, dass die Sachleistung nach dem BVG nicht gewährt worden wäre, grundsätzlich zur Erbringung einer Leistung an den Versicherten wenn auch nicht verpflichtet, so doch jedenfalls nach seinem pflichtgemäßen Ermessen berechtigt sein. Zum anderen müsse die Erbringung der Geldleistung zumindest mittelbar wegen der nach dem BVG gewährten Sachleistung unterblieben sein. Sei die Leistung aus anderen Gründen, etwa wegen Fehlens der sachlich-rechtlichen Voraussetzungen, nicht erbracht worden, so stehe der Versorgungsverwaltung ein Ersatzanspruch nicht zu. Ob der in Anspruch genommene Leistungsträger ohne die Gewährung der Sachleistung nach dem BVG dem Versicherten eine Geldleistung zu erbringen hätte bzw. erbringen könnte oder ob die sachlich-rechtlichen Voraussetzungen hierfür nicht erfüllt seien, richte sich nach dem für den in Anspruch genommenen Leistungsträger maßgebendem Recht.

Schließlich hat das BSG mit Urteil vom 16. November 1999 (Az. [B 1 KR 17/98 R](#) = SozR 3-3100 § 18c Nr. 3) u.a. ausgeführt, es müsse auch geprüft werden, ob der in § 18c Abs. 5 Satz 1 BVG angeordnete generelle Vorrang anderer zweckidentischer Sozialleistungen durch eine auf die Leistungsart oder auf den Anspruchsgrund bezogene spezielle Nachrangregelung verdrängt sei. Eine Sondervorschrift über den Nachrang des krankenversicherungsrechtlichen Anspruchs auf eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme im Verhältnis zum Anspruch auf eine versorgungsrechtliche Badekur sei im Gesetz nicht enthalten. [§ 40 Abs. 4 SGB V](#) enthalte zwar einen Nachrang im Verhältnis zu anderen Sozialversicherungsträgern, aber nicht zu Leistungen nach dem BVG. Die beiden Leistungen verfolgten auch sich überschneidende Zwecke, nämlich das Ziel der Erhaltung und Besserung des Gesamtgesundheitszustandes. Dabei erübrige sich die Prüfung, welcher Zweck einer Maßnahme im konkreten Einzelfalle zukomme. § 10 Abs. 7 Satz 2 und 3 BVG sei vielmehr zu entnehmen, dass es auf den Leistungsweg ankomme, wie er in den einschlägigen gesetzlichen Vorschriften zum Ausdruck gebracht sei, denn darin werde generell nur auf "Leistung" im Sinne von Leistungstypen und nicht auf den konkreten Fall Bezug genommen. Der Zweck der stationären Behandlung in einer Reha-Einrichtung nach [§ 40 Abs. 2 SGB V](#) als Krankenversicherungsleistung ergebe sich über § 40 Abs. 1 aus [§ 27 Abs. 1 Satz 1](#) und [§ 11 Abs. 2 SGB V](#). Er bestehe im dort interessierenden Zusammenhang darin, eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. In diesem umfassenden Leistungszweck sei der engere Zweck einer Badekur nach dem BVG enthalten. Die Überschneidung liege in der Vorbeugung für eine in absehbarer Zeit zu erwartende Verschlechterung des Gesundheitszustandes, die neben anderen als mögliches Ziel einer Badekur in § 11 Abs. 2 Satz 1 BVG festgelegt sei und die in der Verhütung einer Verschlimmerung nach [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) ihre Entsprechung finde. Es sei zwar zutreffend, dass krankenversicherungsrechtlich zwischen Vorsorgeleistungen nach [§ 23 SGB V](#), Behandlungsleistungen nach [§ 27 SGB V](#) und Rehabilitationsleistungen nach [§ 40 SGB V](#) zu unterscheiden sei und dass dabei auch die unterschiedlichen Leistungszwecke eine Rolle spielten. Es gebe auch gewisse Anhaltspunkte dafür, dass im Versorgungsrecht ähnliche Unterscheidungen gälten, die auf entsprechende Leistungszwecke schließen lassen könnten. Die genaue Betrachtung ergebe jedoch, dass die gesetzliche Systematik keine konkreten Schlüsse zulasse. Abgesehen von Zweifeln, ob die fragliche Unterscheidung schon krankenversicherungsrechtlich wirklich streng durchgehalten sei, könnten jedenfalls die verschiedenen Leistungen nach dem BVG den erwähnten drei krankenversicherungsrechtlichen Leistungssparten nicht sicher zugeordnet werden. Insbesondere gebe das Gesetz die Badekur nicht eindeutig als Maßnahme mit Vorsorgecharakter zu erkennen. Zwar würden Leistungen zur Förderung der Gesundheit und zur Verhütung und Früherkennung von

Krankheiten seit 1989 in einem eigenen § 10 Abs. 6 BVG zusammengefasst, der auf die Vorschriften über Badekuren ausdrücklich verweise, und auch in der Begründung zum Gesetzentwurf werde ein entsprechender Zusammenhang zwischen Badekur und Vorsorgeleistung hergestellt. Gleichzeitig werde mit § 11 Abs. 1 Nr. 6 BVG eine systematische Trennung zwischen Behandlungs- und Rehabilitationsleistung einerseits und Vorsorgeleistung andererseits nahe gelegt. Weder mit dem Gesetzestext noch mit der Gesetzesbegründung sei jedoch eine Auslegung unvereinbar, wonach Badekuren neben der Vorsorge auch andere Leistungszwecke umfassen könnten. Gegen eine Beschränkung auf das krankenversicherungsrechtliche Konzept der Vorsorge spreche auch § 9 Nr. 1 BVG der – soweit dort erheblich – den Umfang der Versorgung nach dem BVG auf die Begriffe Heilbehandlung und Krankenbehandlung beschränke. Daraus sei zu schließen, dass Badekuren zu diesen beiden Sparten zählten und die in § 10 Abs. 1 Satz 1 bzw. Abs. 4 Satz 1 BVG genannten Leistungszwecke miterfassten. Schließlich könnten Badekuren nach § 11 Abs. 2 Satz 1 BVG ausdrücklich auch zur Sicherung des Heilerfolges gewährt werden, was sie aus krankenversicherungsrechtlicher Sicht zu Rehabilitationsleistungen mache. Unter diesen Umständen lasse sich die These nicht aufrechterhalten, Badekuren seien Vorsorgeleistungen, die ihre krankenversicherungsrechtliche Entsprechung ausschließlich in den Vorsorgekuren nach § 23 Abs. 4 SGB V fänden. Überschneidungen in der gesetzlichen Zweckbestimmung bestünden infolgedessen auch zu den Leistungen nach § 40 Abs. 2 SGB V. Wegen des fließenden Übergangs zwischen kurativer medizinischer Behandlung und Rehabilitation sei eine zeitliche Abgrenzung oder eine Abgrenzung nach der Art der gewährten Leistung im Versorgungsrecht schon immer untunlich gewesen, so dass die Heil- und Krankenbehandlung mit der Rehabilitation im BVG zu einer Einheit zusammengefasst worden sei. Daran habe sich durch die Änderung im Zusammenhang mit der Einführung des SGB V nichts geändert, der frühere Rechtszustand sei vielmehr nur klargestellt worden. Eine scharfe Trennung zwischen Vorsorge und Rehabilitation sei im Versorgungsrecht vom Gesetz nicht gedeckt, zumal an ihr schon im Krankenversicherungsrecht selbst gewisse Zweifel bestünden. Es sei bei dem bisherigen Rechtszustand auch unter Berücksichtigung der gesetzlichen Änderung durch das Gesundheits-Reformgesetz geblieben, wonach im Verhältnis zur versorgungsrechtlichen Badekur so-wohl Rehabilitationsleistungen als auch Vorsorgeleistungen die gleichen Leistungszwecke verfolgten. Dem schließt sich der erkennende Senat nach eigener Prüfung an.

Soweit ersichtlich hat das BSG im Zusammenhang mit § 18c Abs. 5 Satz 2 BVG bislang nicht Stellung zu der Frage genommen, ob die Ermessensentscheidung des den Erstattungsanspruch geltend machenden Trägers der Kriegsopferversorgung von der erstattungspflichtigen Krankenkasse nur eingeschränkt überprüfbar ist. Das BSG hat sich jedoch im Zusammenhang mit den §§ 102 ff. SGB X hierzu schon geäußert und in seinem Urteil vom 14. Mai 1985 (Az.: 4a RJ 21/84 = SozR 1300 § 104 Nr. 6; vgl. auch Urteil vom 17. November 1987, Az.: 4a RJ 5/87 = SozR 2200 § 1237 Nr. 21) zu einem Sachverhalt ausgeführt, in dem es um den Erstattungsanspruch des Sozialhilfeträgers nach § 104 SGB X gegenüber dem Rentenversicherungsträger für eine gewährte Entwöhnungsbehandlung ging, dem Anspruch des Klägers könne die Beklagte nicht entgegenhalten, dass sie dem Alkoholkranken gegenüber von dem ihr in § 1236 Abs. 1 Satz 1 Reichsversicherungsordnung (RVO) eingeräumten Ermessen abschlägig hätte Gebrauch machen können. Der streitige Zahlungsanspruch sei ein Anspruch auf Kostenausgleich unter zwei Sozialleistungsträgern in Bezug auf eine Sozialleistung, die der Berechtigte bereits erhalten habe. Bei dieser Sach- und Rechtslage könne der vorrangig berufene Leistungsträger dem Kostenausgleichsanspruch des nachrangigen Trägers nur entgegenhalten, dass evidente Gründe vorlägen, aufgrund derer eine Ablehnung der Kannleistung aus Ermessensgründen in Frage gekommen wäre (z.B. Vorliegen von rechtmäßigen schriftlichen Richtlinien). Im Übrigen folge aus der prozessualen Mitwirkungs- und Förderungspflicht des vorrangigen Trägers im Erstattungsstreitverfahren, bis zur letzten mündlichen Verhandlung vor der Tatsacheninstanz darzulegen, dass und welche dem Ermessensbereich zuzuordnenden Umstände einer Leistungsgewährung an den Berechtigten seiner Meinung nach entgegengestanden hätten.

Wie bereits oben ausgeführt, ist der Erstattungsanspruch nach § 18c Abs. 5 Satz 2 BVG nicht mit dem des § 104 SGB X deckungsgleich. Es sind jedoch keine Gründe ersichtlich die dagegen sprechen, diese Rechtsprechung des BSG zum Prüfungsmaßstab bei einem sich auf eine Ermessensleistung stützenden Erstattungsanspruchs nach § 104 SGB X nicht auf den Erstattungsanspruch nach § 18c Abs. 5 Satz 2 BVG zu übertragen. Vielmehr stützt § 18c Abs. 5 Satz 1 BVG gerade die Übertragbarkeit dieser Rechtsprechung. Denn nach § 18c Abs. 5 Satz 1 BVG dürfen auf Rechtsvorschriften beruhende Leistungen öffentlich-rechtlicher Leistungsträger, auf die kein Anspruch besteht, nicht deshalb versagt werden oder gekürzt werden, weil nach den §§ 10 bis 24a BVG Leistungen für denselben Zweck vorgesehen sind. Wenn der im Erstattungsstreit in Anspruch genommene Leistungsträger eine umfassende eigenständige Ermessensprüfung vornehmen könnte, könnte er dadurch § 18c Abs. 5 Satz 1 BVG unterlaufen, weil bis auf die Fälle der Ermessensreduzierung auf Null der in Anspruch genommene Leistungsträger immer vortragen könnte, wenn er entschieden hätte, wäre die Ermessensentscheidung negativ ausgefallen.

Der erkennende Senat geht aber darüber hinaus und vertritt die Auffassung, dass es dem in Anspruch genommenen Leistungsträger, hier der Krankenkasse, verwehrt ist, sich auf das Nichtvorliegen tatbestandlicher Voraussetzungen des krankenversicherungsrechtlichen Anspruchs zu berufen, wenn die Argumentation letztlich darauf abzielt, zu behaupten, der Träger der Kriegsopferversorgung habe die von ihm für erstattungsfähig gehaltene Leistung rechtswidrig gewährt. Sind die tatbestandlichen Voraussetzungen insoweit identisch, kann es nicht darauf ankommen, dass sich der nach § 18c Abs. 5 Satz 2 BVG in Anspruch genommene Leistungsträger formal auf die seiner Zuständigkeit zugeordnete Anspruchsgrundlage beruft, wenn ihm zugleich verwehrt ist, die Rechtswidrigkeit der Leistungsentscheidung des die Erstattung begehrenden Trägers der Kriegsopferversorgung geltend zu machen. Dies folgt aus dem vom BSG in seinem Urteil vom 13. September 1984 (Az.: 4 RJ 37/83 = SozR 1300 § 103 Nr. 2) aufgestellten Grundsatz, dass die Rechtsbeziehungen zwischen der Krankenkasse und dem Rentenversicherungsträger in dem dortigen Sachverhalt eine Folge des durch die RVO geregelten Sozialversicherungssystems sei. Das Sozialversicherungssystem sehe eine gegliederte und auf dem Prinzip der Aufgabenteilung beruhende Sozialversicherung vor. Aus ihr ergebe sich, dass zunächst einmal jeder Versicherungsträger für die Regelung der zu ihm bestehenden Versicherungsverhältnisse zuständig sei. Diese Zuständigkeit habe nicht nur eine formale Bedeutung, sondern zeitige auch materiell-rechtliche Folgen. Die anderen Versicherungsträger hätten die Regelungsbefugnis des zuständigen Trägers – auch inhaltlich – zu akzeptieren; eine Mitwirkungsbefugnis bei der Regelung jener Rechtsverhältnisse stehe ihnen grundsätzlich nicht zu, sofern nicht das Gesetz ausdrücklich etwas anderes anordne. Daraus folge, dass jeder Versicherungsträger primär die Entscheidungen des anderen Versicherungsträgers zu respektieren habe und seinen eigenen Entscheidungen zugrunde legen müsse. Dieser Grundsatz erfahre eine Modifizierung in den Fällen, in denen das Gesetz vorsehe, dass sich die Leistungen der beiden Versicherungsträger beeinflussten. In solchen Fällen bedürfe es regelmäßig eines Zusammenwirkens der Versicherungsträger, damit die Interessen des Versicherten in sachgerechter Weise erfüllt werden könnten. Der Gesetzgeber habe die erforderliche Zusammenarbeit der Leistungsträger im 3. Kapitel des SGB X geregelt und dabei in § 86 SGB X als Grundsatz festgelegt, dass die Leistungsträger verpflichtet seien, bei der Erfüllung ihrer Aufgaben eng zusammenzuarbeiten. Das Erfordernis der engen Zusammenarbeit werde zwar für den Fall der sich gegenseitig beeinflussenden Leistungspflichten im Gesetz nicht durch Einzelvorschriften näher konkretisiert, doch könne kein Zweifel daran bestehen, dass es zumindest die Verpflichtung umfasse, bei widerstreitenden gegenseitigen Interessen auch die Belange des anderen Versicherungsträgers angemessen

zu berücksichtigen. Diese Verpflichtung bewirke jedenfalls in den Fällen, in denen der andere Versicherungsträger die Leistungsgewährung des zuständigen Versicherungsträgers beanstandete, dass dieser in eine nochmalige Überprüfung der Sachlage eintreten müsse. Das bedeute nicht, dass der zuständige Versicherungsträger erneut ein Verwaltungsverfahren beginnen und eine neuerliche Sachaufklärung über den Anspruch des Versicherten durchführen müsse, jedoch sei es andererseits dem zuständigen Träger auch nicht erlaubt, sich lediglich auf die ihm zu-stehende Regelungsbefugnis zu berufen und den anderen Versicherungsträger auf die ge-troffene Entscheidung zu verweisen. Der zuständige Träger müsse vielmehr unter Verwen-dung der vorhandenen tatsächlichen Feststellungen überprüfen, ob eine Änderung der Leis-tungsgewährung geboten sei; dabei stehe ihm im Hinblick auf seine Regelungsbefugnis ein weiter Beurteilungsspielraum zur Verfügung. Das Beharren auf seiner früheren Leistungs-gewährung sei ihm allerdings dann versagt, wenn sich die frühere Entscheidung als offen-sichtlich fehlerhaft erweise und dem anderen Versicherungsträger zum Nachteil gereiche. Ein solches die formale Rechtsposition ausnützendes Verhalten verletze das gesetzliche Gebot der engen Zusammenarbeit. Die Frage, ob eine offensichtliche Fehlerhaftigkeit vor-liege, sei unter Zugrundelegung objektiver Gesichtspunkte zu beurteilen.

Der Senat übersieht dabei nicht, dass in dem vom BSG entschiedenen Fall der Sachverhalt gerade insoweit umgekehrt gelagert war, als der die Erstattung begehrende Leistungsträger durch eine fehlerhafte Leistungsentscheidung des in Anspruch genommenen Leistungsträ-gers in der Durchsetzung seines Erstattungsanspruchs gehindert war. Das BSG meinte, der an sich erstattungspflichtige Leistungsträger müsse seine gegenüber dem Versicherten ge-troffene Leistungsentscheidung nach den oben dargestellten Grundsätzen zu Gunsten des den Erstattungsanspruch geltend machenden Leistungsträgers überprüfen. Die Kernaussage ist jedoch auch im vorliegenden Rechtsstreit relevant: Jeder Versicherungsträger ist für die Regelung der zu ihm bestehenden Versicherungsverhältnisse zuständig. Diese Zuständig-keit hat nicht nur eine formale, sondern auch eine materiell-rechtliche Bedeutung. Die an-deren Versicherungsträger haben die Regelungsbefugnis des zuständigen Trägers – auch inhaltlich – zu akzeptieren; eine Mitwirkungsbefugnis bei der Regelung jener Rechtsver-hältnisse steht ihnen grundsätzlich nicht zu, sofern nicht das Gesetz ausdrücklich etwas anderes anordnet. Diese Ausführungen gelten auch im Verhältnis der Krankenkasse und den Trägern der Kriegsopferversorgung. Unerheblich ist dabei, dass es sich bei letzteren nicht um Versicherungsträger handelt. Entscheidend ist allein, dass sie in das gegliederte System der sozialen Sicherung nach dem SGB eingebunden sind. Etwas anderes gilt nur dann, wenn die Bewilligungsentscheidung, die einen Erstattungsanspruch nach § 18 c Abs. 5 Satz 2 BVG auslöst, offensichtlich rechtswidrig ist.

Die eigenständige Zuständigkeit des Klägers als Träger der Kriegsopferversorgung für die Krankenversorgung von Schwerbeschädigten auch wegen Nichtschädigungsfolgen ergibt sich wie bereits oben ausgeführt aus § 10 Abs. 2 BVG mit der Folge, dass diesem Perso-nenkreis, soweit er auch qua Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung ver-sichert ist, ein Anspruch auf Heilbehandlung als Beschädigtenversorgung und ein kranken-versicherungsrechtlicher Anspruch auf Krankenbehandlung nach dem Katalog des [§ 27 SGB V](#) zusteht, soweit nicht ein Ausschluss nach § 10 Abs. 7 BVG eingreift. Diese An-sprüche stehen gleichberechtigt nebeneinander. Dies gilt jedenfalls für den Leistungsan-spruch der hier streitigen Badekur nach § 11 Abs. 2 BVG im Verhältnis zur stationären Rehabilitationskur nach [§ 40 Abs. 2 SGB V](#). Denn § 11 Abs. 2 Satz 2 BVG bestimmt, dass in Abweichung von § 10 Abs. 7 Buchstabe d BVG die Badekur auch dann nicht ausge-schlossen ist, wenn eine Krankenkasse zu einer entsprechenden Leistung verpflichtet ist. Auch der Anspruch auf die Gewährung einer Badekur setzt nach § 11 Abs. 2 BVG voraus, dass sie insbesondere notwendig ist, um einer in absehbarer Zeit zu erwartenden Ver-schlechterung des Gesundheitszustandes vorzubeugen. Soweit die Badekur in diesem Sin-ne nicht notwendig ist, darf sie vom Träger der Kriegsopferversorgung nicht erbracht wer-den. Aus § 12 Abs. 1 BVG, der nur den Inhalt des versorgungsrechtlichen Anspruchs auf Krankenbehandlung der Angehörigen und von Pflegekräften des Schwerbeschädigten (§ 10 Abs. 4 BVG) dahingehend regelt, dass die Krankenbehandlung auch medizinische und ergänzende Leistungen umfasst und dafür das Recht der gesetzli-chen Krankenversicherung maßgeblich ist, ist im Wege des Erst-recht-Schlusses zu fol-gern, dass den Schwerbeschädigten im Rahmen des Anspruchs auf Heilbehandlung auch diese Leistungen zustehen. Dem steht nicht entgegen, dass die medizinische Rehabilitation als solche in § 11 Abs. 1 BVG nicht aufgeführt ist, sondern nur die stationäre Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung ausdrücklich erwähnt wird. § 11 Abs. 5 BVG bestimmt aber ausdrücklich, dass die Heilbehandlung auch ergänzende Leistungen zur medizinischen Rehabilitation umfasst. Zudem ergibt sich aus § 11 Abs. 1, Abs. 4 und § 11a BVG über die Versorgung der Beschädigten mit Heil- und Hilfsmitteln der Anspruch auf einzelne Reha-bilitationsleistungen ("ambulante Rehabilitationsleistungen" im Sinne des [§ 40 Abs. 1 SGB V](#)). § 11 Abs. 1 Satz 2 BVG bestimmt darüber hinaus, dass für die Leistungen nach § 11 Abs. 1 BVG die krankenversicherungsrechtlichen Vorschriften entsprechend gelten, soweit das BVG nichts anderes bestimmt. Über die Notwendigkeit und den Vorrang von ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen entscheidet damit der Träger der Kriegsopfer-versorgung von vornherein in eigener Zuständigkeit oder in den Fällen des § 18c Abs. 1 Satz 3 BVG jedenfalls nach § 18c Abs. 2 Satz 2 BVG im Widerspruchsverfahren. Es gibt hier keine grundsätzlichen rechtlichen Unterschiede, nach denen eine Gewährung einer stationären Rehabilitationsleistung rechtmäßig sein könnte, wenn zugleich krankenversi-cherungsrechtlich nur die Notwendigkeit für ambulante Rehabilitationsmaßnahmen vor-liegt. Wenn krankenversicherungsrechtlich ambulante Rehabilitationsmaßnahmen ausrei-chen, kann es versorgungsrechtlich keinen rechtmäßigen Anspruch auf eine stationäre Re-habilitationsleistung geben. Soweit die Krankenkasse daher einwendet, dass ambulante Rehabilitationsleistungen ausgereicht hätten, greift sie in der Sache die Rechtmäßigkeit der Verwaltungsentscheidung des Trägers der Kriegsopferversorgung an. Nach den oben dar-gelegten Grundsätzen ist die Krankenkasse aber an die rechtliche Bewertung des Trägers der Kriegsopferversorgung bei identischen Prüfungsmaßstäben gebunden und kann allen-falls einwenden, dass dessen Entscheidung evident rechtswidrig ist.

Etwas anders gilt im Falle der Badekur nach § 11 Abs. 2 BVG allein dann, wenn die Kran-kenkasse nach der hier im Jahre 1998 geltenden Fassung des [§ 40 SGB V](#) einwendet, zwar reichten ambulante Rehabilitationsleistungen nicht aus, eine stationäre Rehabilitationskur nach [§ 40 Abs. 2 SGB V](#) sei aber nicht notwendig, weil bereits eine ambulante Rehabilita-tionskur nach [§ 40 Abs. 1 SGB V](#) genüge. Bei einer ambulanten Rehabilitationskur (jetzt in [§ 23 Abs. 1 Nr. 3](#) i.V.m. Abs. 2 SGB V geregelt) werden verschiedene medizinische und ergänzende Rehabilitationsmaßnahmen zur Erreichung eines Behandlungszieles in einer Komplexleistung miteinander verbunden (BR-Drucks. 200/88 S. 178); in der Terminologie des BVG würde es sich dabei um eine ambulante Badekur handeln. Diese Leistungsart kennt das BVG nicht. Soweit sich die Krankenkasse hierauf beruft, um einen Erstattungs-ananspruch abzuwehren, handelt es sich daher um einen ausschließlich in der Prüfungskom-petenz der Krankenkasse liegenden Sachverhalt. Hierbei geht der Senat davon aus, dass der Träger der Kriegsopferversorgung nicht gestützt auf § 10 Abs. 7 Satz 1 Buchstabe d i.V.m. Satz 2 BVG eine Badekur ablehnen und den Versorgungsberechtigten auf eine ambulante Rehabilitationskur nach [§ 40 Abs. 1 SGB V](#) (in der hier maßgeblichen Fassung) verweisen kann, wenn zwar einzelne Leistungen nicht ausreichen würden, aber anstelle der stationä-ren Badekur auch eine ambulante Rehabilitationskur ausreichen würde. Er muss die Bade-kur wegen § 11 Abs. 2 Satz 2 BVG gleichwohl bewilligen.

Die eingeschränkte Prüfungsmöglichkeit der Beklagten betrifft auch die Dauer der Rehabilitationsmaßnahme. Zwar sahen und sehen die Richtlinien über die Gewährung und Durchführung von stationären Behandlungen in einer Kureinrichtung (Badekuren) des damaligen Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung in der hier maßgeblichen Fassung un-ter Nr. 35 vor: "Die Kurdauer beträgt einschließlich des Ankunfts- und Abreisetafes mindestens 29 Tage". Hingegen bestimmt § 40 Abs. 3 Satz 2 SGB V, dass die Rehabilitationskur vorbehaltlich der in § 40 Abs. 3 Satz 3 SGB V genannten Ausnahmen längstens für drei Wochen erbracht werden darf. Maßgeblich ist hier aber, dass der Träger der Kriegsopferversorgung nicht durch § 11 Abs. 2 BVG gehindert ist, eine Badekur zu bewilligen, die weniger als 29 Tage dauert. Es ist daher im vorliegenden Zusammenhang unerheblich, ob der Träger der Kriegsopferversorgung im Einzelfall eine Badekur (Rehabilitationskur) von mehr als drei Wochen bewilligt oder ob er sich durch Verwaltungsrichtlinien vorab abstrakt-generell darauf festlegt, dass eine Badekur (Rehabilitationskur) im Bereich der Beschädigten- und Schwerbeschädigtenversorgung nur zweckmäßig ist, wenn die Badekur mindestens 29 Tage dauert. Entscheidend ist allein, dass die nach dem Gesetz mögliche anderweitige Ermessensentscheidung durch Verwaltungsentscheidungen (hier Verwaltungsrichtlinien) zu Gunsten der Beschädigten und der Schwerbeschädigten begrenzt wird. Anders würde sich die Rechtslage nur dann darstellen, wenn das BVG selbst eine Mindest-dauer der Badekur von 29 Tagen festgelegt hätte. Denn dann wäre dem Träger der Kriegsopferversorgung weder abstrakt-generell noch konkret-individuell ein abweichendes Ermessen verblieben, sondern es hätte das "Alles-oder-nichts-Prinzip" kraft Gesetzes gegolten. In diesem Fall hätte der Träger der Kriegsopferversorgung im Vorhinein schon keine Prüfungsmöglichkeit gehabt. Dann dürfte dem Träger der Krankenkasse eine vollumfängliche Prüfung bezüglich der Dauer der Rehabilitationskur nicht verwehrt werden. Da dem Träger der Kriegsopferversorgung durch das Gesetz ein weites Ermessen eingeräumt worden ist, soweit es um die Dauer der Badekur geht, ist die Ermessensausübung der Versorgungsverwaltung, auch soweit sie durch Richtlinien des zuständigen Bundesministeriums gesteuert wird, nur auf evidente Fehler zu überprüfen.

Der Senat hat unter Berücksichtigung des Umstandes, dass es sich im Falle der nach dem BVG Versorgungsberechtigten im Jahre 1998 zumeist um betagte oder sogar hochbetagte multimorbide Beschädigte und Schwerbeschädigte handelte, keinen Zweifel daran, dass die abstrakt-generell vorgenommene Ermessensabwägung jedenfalls nicht evident rechts-widrig war und die Beklagte daher im vorliegenden Fall aus § 40 Abs. 3 Satz 2 SGB V keine den Erstattungsanspruch begrenzende Einwendung herleiten kann. Sie muss es hin-nehmen, dass die Versorgungsverwaltung in Ausübung ihres Ermessens dann, wenn eine Badekur notwendig ist, dies immer für die Mindestdauer von 29 Tagen gewährt.

Nach diesen Grundsätzen ergibt sich im vorliegenden Rechtsstreit, dass der Kläger gegen die Beklagte dem Grunde nach einen Erstattungsanspruch für die gewährte Badekur hat.

Der Träger der Kriegsopferversorgung hat zu prüfen, ob - bei entsprechender Antragstel-lung - eine Badekur gewährt werden muss, um insbesondere die Gesundheitsstörungen zu bessern, eine Zunahme des Leidens zu verhüten und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden (§ 10 Abs. 1 Satz 1 BVG). Dies gilt im Falle des § 10 Abs. 2 BVG auch für Nichtschädi-gungsfolgen. Zur Heilbehandlung zählt im weiteren Sinne die stationäre Behandlung in einer Kureinrichtung. Eine solche kann nach § 11 Abs. 2 BVG Beschädigten unter den Voraussetzungen des § 10 Abs. 1, 2, 7 und 8 BVG insbesondere gewährt werden, wenn sie notwendig ist, um einer in absehbarer Zeit zu erwartenden Verschlechterung des Gesund-heitszustandes vorzubeugen.

W. erfüllte als Schwerbeschädigter mit einer MdE um 80 v.H. die Voraussetzungen des § 10 Abs. 2 BVG. Die Badekur war aufgrund des angegriffenen Gesundheitszustandes von W. auch notwendig. Jedenfalls ist die in der Bewilligungsentscheidung des Klägers kon-kludent zum Ausdruck kommende Auffassung, ambulante Rehabilitationsleistungen ge-nügten nicht, nicht greifbar rechtswidrig. Im Übrigen hat der Senat aufgrund der medizini-schen Befunde und des fortgeschrittenen Alters von W. keinen Zweifel daran, dass eine Rehabilitationskur als Komplexleistung notwendig war und auch vorzeitig wieder zu ge-währen war.

Die den Kläger behandelnde Fachärztin für Allgemeinmedizin Dr. B1 ... hat aufgrund der Untersuchungen am 13. und 23. Januar 1998 bei dem damals 75-jährigen Beschädigten als "Leiden" angegeben: Schussverletzung linker Oberschenkel (1942) mit Amputation, Hin-terkopfnarbe infolge Streifschusses, zervikales Schmerzsyndrom der unteren HWS (Schwindel, Bewegungseinschränkung, Tinnitus sowie Sensibilitätsstörungen in beiden Händen), schwere zystische Arthrose in beiden Handgelenken (links) rechts) als Überlas-tungsschaden infolge Gehens mit Stock, LWS-Spondylose, beginnende Gonarthrose rechts. Als subjektiven Erfolg der letzten Kurbehandlung hat sie eine Schmerzlinderung sowie eine gestiegene Belastbarkeit angegeben. Allerdings hatte Dr. B1 ... schon 1995 im Vorfeld der Bewilligung der zweiten Badekur ausgeführt, dass der ersten Badekur zwar ein guter Erfolg beschieden gewesen sei, er aber nur eine halbes bis ein Jahr angehalten habe. 1995 war der Zustand insbesondere wie folgt beschrieben worden: "die Schmerzen infolge Überlastungsschaden in bd. Händen sind massiv u. relat. therapieresistent, nur unter stän-diger Schmerzbehandlung für den Pat. zu ertragen". Schon damals fühle sich W. durch chronische Schmerzen zermübt. Insgesamt ergaben die 1998 erhobenen Befunde keines-wegs, dass sich der Gesundheitszustand von W. im Vergleich mit diesem Befund auf ei-nem mit weniger Schmerzen verbundenen Niveau stabilisiert hatte. Dr. B1 ... erwähnte in ihrem für den Kläger im Januar 1998 erstellten Gutachten erneut, dass W. vor allem unter Schmerzen, Parästhesien und Bewegungseinschränkungen beider Handgelenke, unter Be-schwerden im verbliebenen Kniegelenk sowie unter lumbosakralen Kreuzschmerzen litt. Auch traten neuralgieförmig einschießende HWS-Schmerzen und Schwindel auf. Der rechtsseitige Kopfschmerz verhinderte das Schlafen und Liegen auf der Seite. Psychisch bestand bei W. weiterhin eine Neigung zu depressiven Verstimmungen infolge chronisch zermüdbender Schmerzen. W. wurde mit Schmerzmitteln, einer Serie von Imap-Injektionen und physiotherapeutischen Maßnahmen (Ultraschall, Zweizellenbäder und Reizstrom) be-handelt. Außerdem verfügte er zur Selbstbehandlung über ein TENS-Gerät. Für den Ver-sorgungsärztlichen Dienst hat Dipl.-Med. H1 ... unter dem 16. Februar 1998 ausgeführt, folgende Gesundheitsstörungen bedürften einer stationären Behandlung in einer Kurein-richtung: - statische Auswirkungen bei Verlust des linken Beines im Oberschenkel, Kau-salgien und rezidivierende Dermatosen am Stumpf (Schädigungsfolgen) - zervikale und lumbale Pseudoradikulärsyndrome bei Skoliose der Wirbelsäule (Nichtschädigungsfolgen) - degenerative Gelenksbeschwerden im Bereich der Handgelenke beidseits und des Kniegelenk rechts (Nichtschädigungsfolgen) - reaktive Depressionen (Nichtschädigungsfolge). Dipl.-Med. H1 ... hat angesichts der von Dr. B1 ... erhobenen Befunde in seiner den Se-nat überzeugenden versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 05. November 1998 ausge-führt, die bereits im Vorfeld durchgeführte ambulante Physiotherapie und analgetische Medikation hätten keinen anhaltenden Erfolg gebracht.

Soweit in dem Abschlussbericht der L ... Kliniken vom 07. Juli 1998 die Beschwerden von W. und insbesondere dessen Schmerzerleben bei der Aufnahme eher zurückhaltend geschildert werden (z.B. Schlafstörungen negiert werden, W. habe bei der Aufnahme aus-geglichen gewirkt), steht dies schon im Widerspruch zum Verlängerungsantrag vom 16. Juni 1998. Im Übrigen misst der Senat hier den Angaben der

Hausärztin von W., die ihn 1998 schon seit Jahren behandelt hatte, das entscheidende Gewicht für die Beurteilung des Leidenszustandes von W. zu.

Dagegen vermochte der Sachverständige des MDK (Dr. W1 ...) in seinen Gutachten vom 11. Januar 1999 und 19. Februar 2004 den Senat nicht davon zu überzeugen, dass die Entscheidung des Klägers greifbar rechtswidrig war. Soweit Dr. W1 ... dazu ausgeführt hat, eine medizinische Notwendigkeit für eine Rehabilitationsmaßnahme habe 1998 nicht bestanden, da die ambulant möglichen Behandlungsmaßnahmen nicht vollständig ausgeschöpft gewesen seien – vor allem Maßnahmen der Krankengymnastik und auch der manuellen Therapie wären noch zu empfehlen gewesen – beachtet er nicht hinreichend, dass W. bereits 1992 und 1995 an einer stationären Badekur teilgenommen hat und sich zudem wegen seiner Beschwerden in ständiger hausärztlicher Behandlung befunden hat. Es ist jedenfalls aus der Sicht des Senats mehr als zweifelhaft, ob die Notwendigkeit einer Rehabilitationskur bei einem 75-jährigen multimorbiden, schmerzkranken und in seiner Bewegungsfähigkeit erheblich eingeschränkten Schwerbeschädigten erst nach völliger Ausschöpfung aller Behandlungsmaßnahmen am Wohnort indiziert ist, wie dies Dr. W1 ... meint. Ein Verweis auf die Durchführung weiterer ambulanter Behandlungsmaßnahmen erscheint auch deswegen nicht überzeugend, weil hier weiter zu berücksichtigen war, dass die Reha-Einrichtung (die L ...-Kliniken in Bad K ...) mit Datum vom 16. Juni 1998, also bereits 14 Tage nach der Aufnahme von W., einen Antrag auf Verlängerung der stationären Kurbehandlung mit der Begründung gestellt hat, aufgrund der nur langsamen Beschwerdebesserung wäre eine Verlängerung um eine Woche bis zum 07. Juli 1998 medizinisch sinnvoll. Dies bedeutet, dass auch das strenge Therapie-Regime einer stationären Rehabilitationsbehandlung nach 14 Tagen nur eine langsame Besserung der Beschwerden des Schwerbeschädigten zeigte. Nach Ansicht des Senats hat daher Dipl.-Med. S1 ... für den Ärztlichen Dienst des Klägers zutreffend ausgeführt, die Tatsache, dass trotz umfangreicher Behandlung auch nach 14 Tagen noch keine wesentliche Beschwerdebesserung erreicht werden können, so dass von der Kureinrichtung eine Verlängerung um eine Woche beantragt worden sei und auch die hohe Anzahl erforderlicher Behandlungen, die ambulant keinesfalls in dieser Frequenz durchführbar und zumutbar gewesen wären, habe die Notwendigkeit einer stationären Rehabilitationsmaßnahme zu diesem Zeitpunkt begründet.

Auch erscheint die Auffassung des Versorgungsarztes Dr. T1 ... vom 20. Februar 1998 gut vertretbar, dass wegen der Vielzahl der Beschwerden und der chronischen Schmerzen eine etwas vorgezogene Badekur notwendig war.

Der Anspruch des Beschädigten nach § 10 Abs. 2 BVG war auch nicht nach § 10 Abs. 7 Satz 1 BVG ausgeschlossen. Sein Einkommen (monatlich 2.082,12 DM Rente für die Zeit bis 30. Juni 1998 [gemäß Rentenanpassungsmitteilung zum 01. Juli 1998], 943,00 DM monatlich Versorgungsbezüge für die Zeit von September 1997 bis 30. Juli 1998, 24,16 DM Kapitaleinkünfte monatlich [580,05 DM jährlich aus den gemeinsamen Spar-konten des Beschädigten und seiner Ehefrau]) lag unter der im Jahr 1998 geltenden Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung von 63.000 DM jährlich ([§§ 6 Abs. 1 Nr. 1, 223 Abs. 3 Satz 1, 309 Abs. 1 SGB V](#)).

Insgesamt ist damit die Entscheidung des Klägers über die Bewilligung einer Badekur unter Beschränkung des Prüfungsmaßstabes auf die evidenten Rechtswidrigkeit rechtmäßig ergangen.

Dem Anspruch des Klägers stehen auch keine sonstigen durchgreifenden Einwendungen der Beklagten entgegen.

Soweit es allein um die Frage der Abgrenzung einer ambulanten Rehabilitationskur ([§ 40 Abs. 1 SGB V](#)) von einer stationären Rehabilitationskur ([§ 40 Abs. 2 SGB V](#)) geht – die nicht von der versorgungsrechtlichen Prüfung erfasst wird –, hat die Beklagte mit Schriftsatz vom 09. August 2001 inzident, aber dennoch dezidiert auch die Gewährung einer ambulanten Rehabilitationskur als Komplexleistung abgelehnt, indem sie sinngemäß ausgeführt hat, W. habe nur Anspruch auf eine ambulante Krankenbehandlung einschließlich ambulanter Rehabilitationsmaßnahmen gehabt. Zu diesem Zweck hat die Beklagte die einzelnen Leistungsarten und die in Betracht kommenden Behandlungseinheiten erläutert. Hiernach hat sie einen Höchstbetrag von 758,51 DM errechnet. Ungeachtet dieser fehlerhaften Bewertung der Rechtslage durch die Beklagte ist der Senat von Amts wegen verpflichtet zu prüfen, ob die Beklagte 1998 W. zumindest auf eine ambulante Rehabilitationskur nach der damals geltenden Fassung des [§ 40 Abs. 1 SGB V](#) hätte verweisen können und müssen. Der Senat geht aber unter Beachtung der zuvor schon angeführten medizinischen Bewertung von Dipl.-Med. S1 ... davon aus, dass dann, wenn man überhaupt eine Rehabilitationskomplexleistung als notwendig ansieht, diese nur in stationärer Form erbracht werden konnte. Angesichts des Beschwerdebildes von W. war nach Auffassung des Senats eine Leistungsart geboten, bei der W. unter ständiger ärztlicher Gesamtverantwortung (bezogen auf das individuelle Gesamtgeschehen: Behandlungsplan, teilweise eigenständige Durchführung, Kontrolle) von besonders geschultem Personal stand, um das anspruchsvolle Behandlungsziel zu erreichen. Dies konnte nur eine Badekur (stationäre Rehabilitationskur nach [§ 40 Abs. 2 SGB V](#)) leisten.

Der Anspruch des Klägers ist nicht nach § 18c Abs. 5 Satz 3 BVG ausgeschlossen. Danach besteht die Erstattungspflicht nicht, wenn die zu behandelnde Gesundheitsstörung durch eine anerkannte Gesundheitsstörung verursacht wurde oder als Folge einer Schädigung anerkannt ist.

Sowohl Dr. B1 ... als auch der Ärztliche Dienst des Klägers haben die Notwendigkeit einer Badekur auch mit Schädigungsfolgen begründet. So meinte Dipl.-Med. H1 ... in seiner Stellungnahme vom 05. November 1998, Schädigungsfolgen bzw. die durch sie verursachten Gesundheitsstörungen erforderten nicht für sich allein, sondern erst im Zusammenwirken mit Nichtschädigungsfolgen oder gleichzeitig mit Nichtschädigungsfolgen die Badekur. Der aktuelle Kurbehandlungsbedarf sei wesentlich durch die Schädigungsfolgen bzw. die durch sie verursachten Gesundheitsstörungen bedingt. Die Indikation zur Durchführung einer stationären Badekur sei wegen der sich negativ beeinflussenden Störungen des Bewegungsapparates gestellt worden, wobei die kriegsbedingten Schädigungsfolgen etwa gleichwertig wie die schädigungsunabhängigen degenerativen Beschwerden beurteilt worden seien. Auch meinte Dr. B1 ..., die Beschwerden im Bereich der Handgelenke, des verbliebenen Kniegelenks und der Wirbelsäule seien als Überlastungsschäden zu qualifizieren. Für die Auffassung von Dr. B1 ... gibt es jedoch nach Auffassung des Senats keine hinreichenden Anhaltspunkte. In der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 19. September 1991 wurden die Wirbelsäulenbeschwerden im Bereich der Lendenwirbelsäule auf eine im jugendlichen Alter entstandene Torsionskoliose zurückgeführt. Auch das anlässlich der ersten Badekur erstellte versorgungsärztliche Gutachten von Dr. K1 ... vom 19. März 1992 hatte ergeben, dass das Wurzelreizsyndrom der Lendenwirbelsäule und die Schmerzen in beiden Handwurzeln aufgrund ausgeprägter arthrotischer Veränderungen keine Schädigungsfolgen waren. Im Teilabhilfebescheid vom 07. Dezember 1994, der während des Widerspruchsverfahrens erging, lehnte es der Kläger zudem ab, die Beschwerden im Bereich der Lendenwirbelsäule und des rechten Beines als Schädigungsfolgen anzuerkennen. Nach Aktenlage ist dieses Widerspruchsverfahren nie formell zum Abschluss gekommen, W.

hat jedoch die im Teilabhilfebescheid enthaltene Ablehnung nicht weiter angegriffen. Der Senat hat aufgrund der entgegenstehenden versorgungsärztlichen Bewertung keinen Anlass gesehen, von Amts wegen der Frage nachzugehen, ob mit Ausnahme der Oberschenkelamputation die von W. im Bereich des Stütz- und Bewegungsapparates bestehenden sonstigen Gesundheitsstörungen auch Schädigungsfolgen sind. Die Beklagte hat im Übrigen keine dahingehenden Bedenken geäußert und auch keinen Be-weisantrag gestellt.

Entscheidend ist somit, ob W. wesentlich auch wegen der anerkannten Schädigungsfolgen während der Badekur behandelt wurde. Sowohl der MDK-Gutachter Dr. W1 ... als auch der Versorgungsarzt Dipl.-Med. H1 ... gehen davon aus, dass die gesamten durchgeführten Kurbehandlungen auf Nichtschädigungsfolgen zielten. W. wurde ausweislich des Ab-schlussberichtes der L ... Kliniken in Bad K ... vom 07. Juli 1998 nicht wegen der aner-kannten Schädigungsfolgen behandelt. Rehabilitationsziele waren eine allgemeine Kräfti-gung des körperlichen Zustandes, eine Verlängerung der schmerzfreien Gehstrecke und eine Linderung der Schmerzen im Bereich der HWS und der Schultern. Der Senat ist daher davon überzeugt, dass der Verlust eines Beines im Oberschenkel – auch im Zusammen-spiel mit den anderen Gesundheitsstörungen – nicht wesentlich mitursächlich dafür war, dass eine Badekur notwendig war. Der Kläger hat diesbezügliche Beschwerden infolge der Schädigungsfolge bei der Aufnahme zur Rehabilitation weder geäußert noch wurden diese festgestellt (vgl. Abschlussbericht). Dies haben die Vertreterinnen der Beklagten in der mündlichen Verhandlung vor dem Senat auch eingeräumt. Schädigungsfolgen waren im Rahmen der stationären Kur nicht behandlungsbedürftig. Es war im Abschlussbericht le-diglich vermerkt, dass zwischenzeitliche Stumpfschmerzen wieder abgeklungen gewe-sen seien, ohne dass ersichtlich ist, dass sich daraus eine therapeutische Konsequenz erge-ben hätte.

Auch liegt der nach dem Gesetzeswortlaut von § 18c Abs. 5 Satz 2 BVG geforderte, sich überschneidende Zweck der Leistung vor (ausführlich dazu BSG, Urteil vom 16. Novem-ber 1999 a.a.O., das allerdings den besonderen Fall des § 12 Abs. 3 BVG zum Gegenstand hatte). Dies ist hier völlig unproblematisch, weil sowohl die Badekur als auch die ambulan-te und die stationäre Rehabilitationskur jedenfalls auch dazu dienen, Schmerzen zu lindern und einer Verschlechterung des Zustandes der Multimorbidität vorzubeugen, um den Ge-sundheitszustand des Versorgungsberechtigten bzw. des Versicherten zu stabilisieren. Durch Bewilligung von Leistungen des Klägers ist die Leistungsverpflichtung der Beklag-ten aus [§ 40 Abs. 2 SGB V](#) entfallen. Die Beklagte kann sich nach den vorstehenden Aus-führungen gegenüber dem Kläger nicht darauf berufen, dass sie dem W. keine stationäre Rehabilitationskur bewilligt hätte. Dies gilt auch soweit der Kläger vorzeitig und über in den Badekur-Richtlinien vorgesehenen 29 Tage hinaus eine Verlängerung der Badekur bewilligt hat.

Der erkennende Senat folgt nicht der vom 6. Senat des Sächsischen Landessozialgerichts in seinem Urteil vom 27. Juni 2002 (Az. [L 6 V 23/01 BVG](#)) vertretenen Ansicht, auf die sich das SG in seiner Entscheidung gestützt hat, wonach die Erstattungsregelung des § 18c Abs. 5 Satz 2 BVG mit der umgekehrten Erstattungsregelung des § 20 BVG korrespondie-re, wenn also die Krankenkasse im Auftrag des Versorgungsträgers (§ 18c Abs. 1 Satz 3 BVG) Leistungen erbracht habe und deswegen Erstattung verlangen könne. Im umgekehr-ten Fall sei also auch ein Auftragverhältnis oder zumindest ein auftragsähnliches Verhält-nis erforderlich. Wie bei der Geschäftsführung ohne Auftrag, so könne auch hier ein Erstattungsanspruch nicht gegeben sein, wenn der "Fremdgeschäftsführungswille" fehle, wenn also die Versorgungsverwaltung gar nicht "für die Krankenkasse" habe tätig werden wollen. Dies sei regelmäßig dann der Fall, wenn ausdrücklich eine Heilbehandlung nach § 10 Abs. 1 BVG bewilligt worden sei. Wenn sich dann nachträglich herausstelle, dass die bewilligte Leistung möglicherweise schon von vornherein gar nicht geeignet gewesen sei, Schädigungsfolgen zu behandeln, so könne dies nicht dazu führen, dass die Krankenkasse nachträglich einstandspflichtig werde. Das SG hat seine Entscheidung sodann damit be-gründet, dass der Kläger mit dem Bewilligungsbescheid vom 04. März 1998 mit Außen-wirkung eine stationäre Badekur nach § 10 Abs. 1 BVG bewilligt habe. Es komme daher eine Erstattung nach § 18c Abs. 5 BVG nicht mehr in Betracht.

Diese Rechtsansicht lässt § 18c Abs. 5 Satz 3 BVG außer Betracht, wonach eine Erstat-tungspflicht nicht besteht, wenn die zu behandelnde Gesundheitsstörung als Folge einer Schädigung anerkannt ist oder durch eine anerkannte Schädigungsfolge verursacht worden ist. Da der Erstattungsanspruch erst mit der Erbringung der Sachleistung und nicht schon mit dem Notwendigwerden der Leistung entsteht, erwächst auch ein Bewilligungsbescheid über die Gewährung einer Badekur, der wie hier im Übrigen lediglich einen Hinweis auf § 11 Abs. 2 i.V.m. § 10 Abs. 1 BVG enthält, ohne dies zu begründen, nicht in Bindungs-wirkung gegenüber der Krankenkasse (vgl. BSG, Urteil vom 22. Juli 1977, a.a.O.; Urteil des erkennenden Senats vom 17. April 2002, Az. [L 1 KR 15/01](#)). Entscheidend ist allein, dass der Träger der Kriegsopferversorgung tatsächlich und rechtmäßig Leistungen an einen Versorgungsberechtigten erbracht hat und die Krankenkasse verpflichtet gewesen wäre, eine derartige Leistung zu erbringen. Ein Anspruch entsteht selbst dann, wenn der Träger der Kriegsopferversorgung im Bewilligungszeitpunkt überhaupt nicht weiß, dass ein ande-rer, im konkreten Fall leistungspflichtiger öffentlich-rechtlicher Leistungsträger vorhanden ist.

Der Anspruch auf Erstattung ist auch nicht nach § 21 BVG i.V.m. [§ 111 SGB X](#) ausge-schlossen. Nach Beendigung der Badekur am 07. Juli 1998 hat der Kläger seinen Erstat-tungsanspruch gegenüber der Beklagten bereits mit Schreiben vom 31. August 1998 gel-tend gemacht. Auch sonst stehen dem Anspruch keine sich aus § 21 BVG i.V.m. den [§§ 107](#) bis [114 SGB X](#) ergebenden Einwendungen entgegen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs. 1 und 4 SGG](#).

Die Zulassung der Revision beruht auf [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#). Die Rechtssache hat grundsätzliche Bedeutung, weil die Rechtsfrage der Erstattungspflicht zwischen einem Träger der Versorgungsverwaltung und einer Krankenkasse bei der Durchführung einer Badekur wegen Nichtschädigungsfolgen das Interesse der Allgemeinheit an einer Fortent-wicklung des Rechts berührt. Die beteiligten Leistungsträger haben in diesem und einem anderen Rechtsstreit glaubhaft vorgetragen, dass bei Erstattungsstreitigkeiten hinsichtlich der Kosten einer Badekur erhebliche Rechtsunsicherheit bestehe.

Rechtskraft

Aus

Login

FSS

Saved

2005-09-05