

**L 24 KR 177/07**

Land  
Berlin-Brandenburg  
Sozialgericht  
LSG Berlin-Brandenburg  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
24  
1. Instanz  
SG Berlin (BRB)  
Aktenzeichen  
S 10 R 640/05  
Datum  
05.12.2005  
2. Instanz  
LSG Berlin-Brandenburg  
Aktenzeichen  
L 24 KR 177/07  
Datum  
24.04.2008  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil

Auf die Berufung der Klägerin wird das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 05. Dezember 2005 geändert.

Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 4.763,21 Euro zu zahlen.

Von den Kosten des Rechtsstreits trägt die Beklagte 95/100 und die Klägerin 5/100.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Der Streitwert wird auf 5.010,68 Euro festgesetzt.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt von der Beklagten Erstattung von 5.010,68 Euro bzw. 4.763,21 Euro für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die sie W S (Versicherte) erbrachte.

Die 1944 geborene Versicherte, die bei der Klägerin renten- und bei der Beklagten krankenversichert ist, übte bis Oktober 1986 eine Beschäftigung aus. Seither war sie nach der Geburt eines Kindes und zeitweiliger Arbeitslosigkeit (Dezember 1996 bis März 1998) Hausfrau.

Im April 2004 beantragte die Versicherte bei der Klägerin Leistungen zur Rehabilitation. Sie gab an, in den nächsten sechs Monaten einen Antrag auf Altersrente nicht stellen zu wollen. Sie teilte als bekannt mit, dass bei Bezug von Rente wegen Alters kein Anspruch auf Leistungen zur Rehabilitation bestehe, und erklärte, bei Beantragung einer Altersrente diesen Antrag sofort nachzumelden.

Nach Einholung des Befundberichtes des Arztes für Allgemeinmedizin und Sportmedizin Dr. W vom 02. April 2004 lehnte die Klägerin mit Bescheid vom 28. April 2004 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ab. Es liege weder eine Gefährdung noch eine Minderung der Erwerbsfähigkeit vor. Die Versicherte sei auch nach den Leistungsgesetzen eines anderen Rehabilitationsträgers nicht rehabilitationsbedürftig. Das degenerative Lendenwirbelsyndrom bei Zustand nach Bandscheibenvorfall und die Depression seien nicht so erheblich, dass eine Leistung zur Teilhabe erforderlich sei. Die Fortsetzung der regelmäßigen ambulanten nervenärztlichen Mitbehandlung und die ambulante fachärztliche Behandlung mit intensiver Physiotherapie seien ausreichend.

Auf den dagegen eingelegten Widerspruch, mit dem die Versicherte auf den bei ihr festgestellten Grad der Behinderung (GdB) von 50 hinwies und unter Vorlage des Attestes des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie H vom 13. Mai 2004 geltend machte, nicht mehr zwei Stunden täglich arbeiten zu können, holte die Klägerin das Gutachten des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. B vom 20. Juli 2004 ein.

Mit Bescheid vom 30. August 2004 bewilligte die Klägerin der Versicherten eine medizinische Leistung zur Rehabilitation, die vom 25. Oktober bis 07. Dezember 2004 in der B-Klinik D durchgeführt wurde.

Auf den am 20. Oktober 2004 gestellten Rentenantrag gewährte die Klägerin mit Bescheid vom 04. November 2004 der Versicherten Altersrente ab 01. Januar 2005.

Mit Schreiben vom 04. Januar 2005 forderte die Klägerin von der Beklagten wegen der durchgeführten Rehabilitationsleistung Erstattung in

Höhe von 5.010,68 Euro. Dieser Betrag setze sich aus Behandlungskosten von 4.741,61 Euro, Reisekosten von 21,60 Euro, Gutachtenkosten von 234,46 Euro, Beiträgen zur Unfallversicherung von 12,78 Euro und Kosten für eine Reha-Broschüre von 0,23 Euro zusammen. Sie habe trotz Ausschlussgrund des [§ 12 Abs. 1 Nr. 2](#) Sozialgesetzbuch Sechstes Buch (SGB VI) die Rehabilitationsleistung erbracht. Der Erstattungsanspruch resultiere aus der entsprechenden Anwendung des [§ 14 Abs. 4 SGB IX](#). Der erst am 20. Oktober 2004 gestellte Rentenanspruch stelle eine neue Tatsache dar, die im Rahmen der Frist des [§ 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) nicht habe berücksichtigt werden können.

Mit Schreiben vom 11. Januar 2005 lehnte die Beklagte eine Zahlung ab. Ein Erstattungsanspruch sei ausgeschlossen, da die Klägerin innerhalb der 14-Tages-Frist ihre Zuständigkeit festgestellt und die Leistung als erstangegangener Leistungsträger erbracht habe. Nachträgliche Änderungen in den Verhältnissen seien nicht maßgeblich. Werde nachträglich die Unzuständigkeit festgestellt, könne wegen [§ 14 Abs. 4 Satz 3 SGB IX](#) nicht gemäß [§ 105 SGB X](#) Erstattung der erbrachten Leistungen erlangt werden.

Daraufhin hat die Klägerin am 07. Februar 2005 beim Sozialgericht Berlin Klage erhoben. Ohne entsprechende Anwendung des [§ 14 Abs. 4 SGB IX](#) würden Überzahlungen zu Lasten des erstangegangenen Trägers bewusst in Kauf genommen, auch wenn im Zeitpunkt der Prüfung des Antrages die Voraussetzungen für die Gewährung medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen vorgelegen hätten.

Die Beklagte hat gemeint, der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) sehe den genannten Sachverhalt als Problemfall, für den nach geltendem Recht ein Erstattungsanspruch nicht ausdrücklich vorgesehen sei. Im Ergebnis der Besprechung der Spitzenverbände der Krankenkassen habe die Auffassung bestanden, dass die Entwicklung eines Übergabeverfahrens vereinbart werden müsse. Die entsprechenden Beratungen seien jedoch nicht abgeschlossen, so dass die gesetzliche Regelung des [§ 14 SGB IX](#) weiterhin Gültigkeit habe.

Mit Urteil vom 05. Dezember 2005 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen: Einen Erstattungsanspruch des erstangegangenen Leistungsträgers, der den Antrag nicht weitergeleitet habe, kenne das Gesetz nicht, was durch [§ 14 Abs. 4 Satz 3 SGB IX](#) klargestellt sei. Eine analoge Anwendung des [§ 14 Abs. 4 SGB IX](#) sei auch in den Fällen nicht geboten, in denen der erstangegangene Leistungsträger seine Zuständigkeit nicht fehlerhaft angenommen, sondern sich diese durch weitere Entwicklungen nachträglich herausgestellt habe. Zur Vermeidung von Härtefällen habe der Gesetzgeber den Rehabilitationsträgern in [§ 14 Abs. 4 Satz 3 SGB IX](#) die Möglichkeit eingeräumt, gegenüber der Gesetzesfassung abweichende Vereinbarungen zu treffen. Eine derartige Vereinbarung sei aber noch nicht zustande gekommen.

Gegen das ihr am 26. Januar 2006 zugestellte Urteil richtet sich die am 27. Februar 2006, einem Montag, eingelegte Berufung der Klägerin.

Sie weist darauf hin, dass ihre Zuständigkeit zunächst zweifelsfrei gegeben gewesen sei. Diese habe auch bei rückschauender Betrachtungsweise im Zeitpunkt der Antragstellung und -prüfung bzw. Bewilligung der Leistungen vorgelegen. Die mögliche Annahme, dass der Bewilligungsbescheid wegen der zwischenzeitlich erfolgten Rentenanspruchstellung noch hätte zurückgenommen werden können bzw. müssen, müsse im Hinblick auf die Leistungsverpflichtung als erstangegangener Rehabilitationsträger aufgrund des festgestellten Rehabilitationsbedarfs bezweifelt werden. Diese Betrachtungsweise ergebe sich aus Sinn und Zweck der Regelung nach [§ 14 SGB IX](#), die einerseits für ein beschleunigtes Verfahren bei Feststellung des Rehabilitationsbedarfs sorgen solle und andererseits dem auf dieser Grundlage an eine Leistungsverpflichtung gebundenen Träger die Berechtigung einräume, entsprechende Nachteile (Kostenträgerschaft trotz Unzuständigkeit) von dem tatsächlich für die Leistung zuständigen Träger ausgleichen zu lassen. Insofern handele es sich auch nicht um einen Erstattungsanspruch nach [§ 105 SGB X](#) für Träger, die Leistungen außerhalb einer Leistungspflicht erbracht hätten. Die Klägerin sei zur Leistung verpflichtet gewesen, so dass sie in entsprechender Anwendung des [§ 14 Abs. 2 Satz 1 SGB IX](#) Erstattung verlangen könne. Einer besonderen Erstattungsvereinbarung bedürfe es dazu nicht. Zwischenzeitlich habe das Bundessozialgericht (BSG) im Urteil vom 26. Juni 2007 - [B 1 KR 34/06 R](#) - einen Erstattungsanspruch des erstangegangenen Rehabilitationsträgers gemäß [§ 104 SGB X](#) bejaht, wenn der erstangegangene Rehabilitationsträger nach sorgfältiger Prüfung seine Zuständigkeit angenommen habe, seiner Leistungsverpflichtung nach [§ 14 SGB IX](#) nachgekommen sei und sich im Nachhinein seine Unzuständigkeit herausstelle. Angesichts der Angaben der Versicherten im Rehabilitationsantrag sei nicht davon auszugehen gewesen, dass die Versicherte in den nächsten sechs Monaten Altersrente beantragen würde. Unter Berücksichtigung dessen, dass sich der Umfang des Erstattungsanspruches nach den für den zuständigen Leistungsträger geltenden Rechtsvorschriften richte, würde als Erstattungsanspruch ein Betrag in Höhe von 4.763,21 Euro akzeptiert.

Die Klägerin beantragt nach entsprechender Klagerücknahme,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 05. Dezember 2005 zu ändern und die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 4.763,21 Euro zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend. Die Entscheidung des BSG vom 26. Juni 2007 ändere daran nichts. Zum Zeitpunkt der Antragstellung und der Bescheiderteilung sei die Klägerin wegen [§ 40 Abs. 4 SGB V](#) der vorrangig verpflichtete Leistungsträger gewesen, so dass ein Erstattungsanspruch nach [§ 104 SGB X](#) ausgeschlossen sei. Nach Maßgabe der allgemeinen Regelungen der Erstattungsansprüche nach dem SGB X komme Erstattung der Gutachterkosten, der Beiträge zur Unfallversicherung und der Kosten für die Reha-Broschüre im Umfang von insgesamt 247,47 Euro nicht in Betracht. Im Übrigen sei darauf hinzuweisen, dass die Klägerin aufgrund des Gutachtens des Dr. B vom 20. Juli 2004 durchaus Hinweise auf einen nachfolgenden Rentenanspruch gehabt habe, denn dort werde mitgeteilt, dass die Versicherte überlege, ihre Rente auf das 60. Lebensjahr vorzuziehen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakten und der beigezogenen Verwaltungsakten der Beteiligten (), der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist zulässig. Sie hat insbesondere nicht der Zulassung im Urteil des Sozialgerichts bedurft.

Nach [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und Satz 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) bedarf die Berufung der Zulassung in dem Urteil des Sozialgerichts, wenn der Wert des Beschwerdegegenstandes bei einer Erstattungsstreitigkeit zwischen juristischen Personen des öffentlichen Rechts oder Behörden 5.000 Euro nicht übersteigt. Dies gilt nicht, wenn die Berufung wiederkehrende oder laufende Leistungen für mehr als ein Jahr betrifft.

Der Wert des Beschwerdegegenstandes hat nach der von der Klägerin erhobenen Forderung zum Zeitpunkt der Einlegung der Berufung, auf den für die Zulässigkeit des Rechtsmittels grundsätzlich abzustellen ist (vgl. Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, Sozialgerichtsgesetz, Kommentar, 8. Auflage, vor § 143 Rdnr. 10 b m.w.N.), 5.010,68 Euro betragen und somit die maßgebende Grenze von 5.000 Euro überschritten.

Die Beschränkung der Klage in der mündlichen Verhandlung am 24. April 2008 auf 4.763,21 Euro macht die Berufung nicht unzulässig.

Eine willkürliche Beschränkung der Klage, die es gebietet, für die Beschwer ausnahmsweise auf den späteren Zeitpunkt der Beschränkung dieses Rechtsmittels abzustellen, liegt nur vor, wenn von vornherein Anlass dazu bestand. Dies ist nicht schon dann der Fall, wenn bei späterer Überprüfung der Sach- und Rechtslage der erhobene Anspruch teilweise nicht mehr weiterverfolgt wird und deswegen der Beschwerdegegenstand beschränkt wird (vgl. Meyer-Ladewig, a.a.O., vor § 143 Rdnr. 10 b m.w.N.).

Die Klägerin hat ausgehend von ihrem ursprünglichen Rechtsstandpunkt keine Veranlassung gehabt, nur 4.763,21 Euro einzuklagen. Bei einer analogen Anwendung des [§ 14 Abs. 4 Satz 1 SGB IX](#) sind die durch eine Rehabilitationsmaßnahme veranlassten Aufwendungen nach den Rechtsvorschriften zu erstatten, die für den Rehabilitationsträger gelten, der diese Leistung erbracht hat. Demgegenüber richtet sich der Umfang des Erstattungsanspruches, wenn dieser sich - wie zwischenzeitlich mit Urteil des BSG vom 26. Juni 2007 - [B 1 KR 34/06 R](#) entschieden - nach den [§§ 103](#) oder [104 SGB X](#) bestimmt, nach den für den zuständigen Leistungsträger bzw. den für den vorrangig verpflichteten Leistungsträger geltenden Rechtsvorschriften. Angesichts dieser Rechtsprechung hat die Klägerin zu Recht ihre ursprüngliche Rechtsansicht aufgegeben und dementsprechend den erhobenen Anspruch auf den Betrag von 4.763,21 Euro beschränken müssen.

Die Berufung ist, nachdem die Klägerin die Klage im Umfang von 247,47 Euro zurückgenommen hat, auch begründet.

Das Sozialgericht hat die Klage insoweit zu Unrecht abgewiesen. Die Klägerin kann von der Beklagten Zahlung von 4.763,21 Euro verlangen. Dies folgt aus [§ 103 Abs. 1](#) und 2 SGB X. Dem steht insbesondere nicht [§ 14 Abs. 4 SGB IX](#) entgegen, denn mit dieser Vorschrift werden die Erstattungsansprüche nicht umfassend und abschließend geregelt. [§ 14 Abs. 4](#) Sätze 1 und [2 SGB IX](#) trifft lediglich für den zweitangegangenen Rehabilitationsträger eine Spezialregelung gegenüber [§§ 102 ff.](#) SGB X. [§ 14 Abs. 4 Satz 3 SGB IX](#) schließt für den erstangegangenen Rehabilitationsträger zwar [§ 105 SGB X](#), nicht jedoch die anderen in Betracht kommenden Erstattungsansprüche der [§§ 102 ff.](#) SGB X aus (Bundessozialgericht - BSG -, Urteil vom 26. Juni 2007 - [B 1 KR 34/06 R](#)).

Nach [§ 103 Abs. 1](#) und 2 SGB X gilt: Hat ein Leistungsträger Sozialleistungen erbracht und ist der Anspruch auf diese nachträglich ganz oder teilweise entfallen, ist der für die entsprechende Leistung zuständige Leistungsträger erstattungspflichtig, soweit dieser nicht bereits selbst geleistet hat, bevor er von der Leistung des anderen Leistungsträgers Kenntnis erlangt hat. Der Umfang des Erstattungsanspruchs richtet sich nach den für den zuständigen Leistungsträger geltenden Rechtsvorschriften.

Nach [§ 104 Abs. 1](#) Sätze 1 bis 3 und Abs. 3 SGB X gilt: Hat ein nachrangig verpflichteter Leistungsträger Sozialleistungen erbracht, ohne dass die Voraussetzungen von [§ 103 Abs. 1 SGB X](#) vorliegen, ist der Leistungsträger erstattungspflichtig, gegen den der Berechtigte vorrangig einen Anspruch hat oder hatte, soweit der Leistungsträger nicht bereits geleistet hat, bevor er von der Leistung des anderen Leistungsträgers Kenntnis erlangt hat. Nachrangig verpflichtet ist ein Leistungsträger, soweit dieser bei rechtzeitiger Erfüllung der Leistungsverpflichtung eines anderen Leistungsträgers selbst nicht zur Leistung verpflichtet gewesen wäre. Ein Erstattungsanspruch besteht nicht, soweit der nachrangige Leistungsträger seine Leistungen auch bei Leistung des vorrangig verpflichteten Leistungsträgers hätte erbringen müssen. Der Umfang des Erstattungsanspruchs richtet sich nach den für den vorrangig verpflichteten Leistungsträger geltenden Rechtsvorschriften. Für die Anwendung des [§ 103 SGB X](#) oder des [§ 104 SGB X](#) ist innerhalb des Regelungsbereiches des [§ 14 SGB IX](#) maßgebend, ob der Erstattung begehrende erstangegangene Rehabilitationsträger bei Prüfung seiner Zuständigkeit innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrages nach den Normen seines Leistungsrechts tatsächlich zuständig war oder ob er eine solche Zuständigkeit lediglich irrtümlich annahm. In letztgenanntem Fall begründet [§ 14 Abs. 1 Satz 1](#) i. V. m. Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB IX für das Erstattungsverhältnis zwischen den Trägern eine nachrangige Zuständigkeit des erstangegangenen Trägers nach [§ 104 SGB X](#). Im anderen Fall bewirkt eine nach Ablauf dieses Zeitraums eingetretene Änderung des Sachverhaltes, der dazu führt, dass ein anderer Leistungsträger nach den Normen seines Leistungsrechts nunmehr zuständig wird, das nachträgliche Entfallen der Leistungsverpflichtung des erstangegangenen Leistungsträgers nach [§ 103 SGB X](#) (vgl. auch BSG, Urteil vom 26. Juni 2007 - [B 1 KR 34/06 R](#)).

Vorliegend richtet sich der Erstattungsanspruch nach [§ 103 SGB X](#), denn die Klägerin war zum Zeitpunkt der Bewilligung der Rehabilitationsleistung und damit auch innerhalb der Zwei-Wochen-Frist für deren Erbringung zuständig.

Nach [§ 9 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 SGB VI](#) erbringt die Rentenversicherung u. a. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (als Leistungen zur Teilhabe), um 1. den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und 2. dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wieder einzugliedern. Diese Leistungen können erbracht werden, wenn die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen dafür erfüllt sind.

Nach [§ 10 Abs. 1 Nrn. 1](#) und 2 Buchstabe a und b SGB VI haben für Leistungen zur Teilhabe Versicherte die persönlichen Voraussetzungen erfüllt, 1. deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert ist und 2. bei denen voraussichtlich a) bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit eine Minderung der Erwerbsfähigkeit u. a. durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation abgewendet werden kann bzw. b) bei geminderter Erwerbsfähigkeit diese u. a. durch

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wesentlich gebessert oder wiederhergestellt oder hierdurch deren wesentliche Verschlechterung abgewendet werden kann. Für Leistungen zur Teilhabe haben Versicherte die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen u. a. nach [§ 11 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI](#) erfüllt, die bei Antragstellung die Wartezeit von 15 Jahren erfüllt haben.

Die Prüfung der genannten Voraussetzungen nach dem SGB VI ist auf eine bloße Evidenzkontrolle beschränkt.

Die Rechtsbeziehungen zwischen unterschiedlichen Sozialleistungsträgern sind Folge des Sozialversicherungssystems, das eine gegliederte und auf dem Prinzip der Aufgabenteilung beruhende Sozialversicherung vorsieht. Aus ihr ergibt sich, dass zunächst einmal jeder Versicherungsträger für die Regelung der zu ihm bestehenden Versicherungsverhältnisse zuständig ist. Diese Zuständigkeit hat nicht nur formale Bedeutung, sondern zeitigt auch materiell-rechtliche Folgen. Die anderen Versicherungsträger haben die Regelungsbefugnis des zuständigen Trägers - auch inhaltlich - zu akzeptieren und ihren eigenen Entscheidungen zugrunde zu legen. Im Hinblick auf die vielfältige gegenseitige Abhängigkeit von Sozialleistungen sind die Versicherungsträger aber nach [§ 86 SGB X](#) zur engen Zusammenarbeit und zur Rücksichtnahme auf die Belange des anderen Versicherungsträgers verpflichtet. Hieraus folgt eine allgemeine, der Kooperationsbeziehung immanente Verpflichtung, eine Entscheidung zu korrigieren, die offensichtlich fehlerhaft ist und einem anderen Versicherungsträger zum Nachteil gereicht, oder zumindest ihn so zu stellen, als wenn von Anfang an richtig entschieden worden wäre. Dabei ist nicht von [§ 38 SGB X](#) auszugehen, sondern zu prüfen, ob die getroffene Entscheidung objektiv unter Berücksichtigung der verfügbaren Entscheidungsgrundlagen dem materiellen Recht deutlich widerspricht (vgl. BSG, Urteil vom 13. September 1984 - [4 RJ 37/83](#), abgedruckt in [SozR 1300 § 103 Nr. 2 = BSGE 57, 146](#); BSG, Urteil vom 17. Juni 1993 - [13/5 RJ 13/90](#), abgedruckt in [SozR 3-1300 § 103 Nr. 4 = BSGE 72, 281](#); anders jedoch beim Erstattungsanspruch nach § 18 c Abs. 5 Satz 2 Bundesversorgungsgesetz - BVG -: BSG, Urteil vom 30. Mai 2006 - [B 1 KR 17/05 R](#), abgedruckt in [SozR 4-3100 § 18 c Nr. 2 = SGB 2007, 233](#) m.w.N. zur Rechtsprechung zu [§ 102](#) ff. SGB X).

Wird dieser Maßstab zugrunde gelegt, erweist sich die Bewilligung der Rehabilitationsleistung nach dem Recht des SGB VI nicht als offensichtlich fehlerhaft.

Dies folgt aus dem Gutachten des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. B vom 20. Juli 2004 in Verbindung mit dem Entlassungsbericht der B-Klinik D vom 15. Dezember 2004. Nach dem Gutachten bestanden eine Erschöpfungsdepression mit psychosomatischen Beschwerden bei familiärem Konflikt und eine ängstlich, selbstunsichere Persönlichkeit, welche ein Leistungsvermögen von 3 bis unter 6 Stunden täglich für körperlich leichte Arbeit im Wechsel der Haltungsarten mit weiteren Einschränkungen verursachten. Obwohl sich der Zustand, der vor einigen Monaten noch deutlich schlechter gewesen war, inzwischen durch eine medikamentöse Therapie und eine Psychotherapie teilweise bessern ließ, blieben nach diesem Gutachten dennoch deutliche Leistungseinbußen, insbesondere Restsymptome einer Depression, die als deutlich bezeichnet wird, mit Antriebsstörung, Energielosigkeit, Müdigkeit, Schlafstörungen, teilweise auch Konzentrationsstörungen sowie körperlichen Beschwerden, letztere resultierend aus einer Adipositas und altersgemäßen Abnutzungserscheinungen. Der Gutachter Dr. B kam zum Ergebnis, dass die genannten Symptome zwar einem Heilverfahren zugänglich sein könnten; er hielt jedoch eine wesentliche Besserung des inzwischen chronifizierten Zustandes aufgrund des langen Verlaufes mit einer Wiedereingliederung in das Berufsleben innerhalb des noch offenen Zeitfensters von sechs Monaten bis zu der von der Versicherten erwogenen zu beantragenden Altersrente für unwahrscheinlich. Auf der Grundlage dieses Gutachtens kann zwar nicht davon ausgegangen werden, dass die geminderte Erwerbsfähigkeit wesentlich gebessert oder sogar wiederhergestellt werden konnte. Allerdings erwies sich diese Prognose als fehlerhaft, wie der Entlassungsbericht der B-Klinik D vom 15. Dezember 2004 belegt. Danach bestanden bei Entlassung am 07. Dezember 2004 lediglich noch eine leichte Episode einer rezidivierenden depressiven Störung neben einer arteriellen Hypertonie, einer Hyperurikämie und einer Adipositas. Wesentliche psychische Befunde wurden nicht erhoben. Relevante quantitative oder qualitative Einschränkungen bezüglich des Leistungsbildes lagen nicht vor. Die Versicherte war danach in der Lage, nicht nur auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, sondern auch in ihrer letzten Berufstätigkeit als Industriekauffrau sechs Stunden und mehr täglich körperlich mittelschwere Arbeiten in allen Haltungsarten ohne weitere Einschränkungen zu verrichten. Mithin war die von der Klägerin bewilligte Rehabilitationsleistung tatsächlich objektiv geeignet, die geminderte Erwerbsfähigkeit wieder herzustellen.

Nach dem Kontospiegel vom 22. April 2004 hatte die Versicherte bei Antragstellung 330 Monate mit Beitragszeiten zurückgelegt, so dass außerdem die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen mit einer Wartezeit von 15 Jahren ([§ 51 Abs. 1 SGB VI](#)) gegeben waren.

Der gegenüber der Klägerin bestandene und mit Bescheid vom 30. August 2004 anerkannte Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ist jedoch nachträglich mit dem am 20. Oktober 2004 gestellten Antrag und der mit Bescheid vom 04. November 2004 ab 01. Januar 2005 bewilligten Altersrente entfallen.

Nach [§ 12 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI](#) werden Leistungen zur Teilhabe nicht für Versicherte erbracht, die eine Rente wegen Alters von wenigstens zwei Dritteln der Vollrente beziehen oder beantragen haben.

Für die vom 25. Oktober bis 07. Dezember 2004 durchgeführte Leistung zur medizinischen Rehabilitation war somit die Klägerin nach den Vorschriften des SGB VI nicht mehr zuständig. Hierfür war vielmehr die Zuständigkeit der Beklagten begründet.

Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, um die in [§ 11 Abs. 2 SGB V](#) beschriebenen Ziele zu erreichen, nämlich um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mindern, kann nach [§ 40 Abs. 1 SGB V](#) die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach [§ 111 SGB V](#) besteht, oder, soweit dies für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit medizinischen Leistungen ambulanter Rehabilitation erforderlich ist, in wohnortnahe Einrichtungen erbringen. Reicht diese Leistung nicht aus, kann die Krankenkasse stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer Rehabilitationseinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach [§ 111 SGB V](#) besteht ([§ 40 Abs. 2 SGB V](#)).

Diese Voraussetzungen, die in vollem Umfang nachzuprüfen sind (vgl. u. a. BSG, Urteil vom 16. November 1984 - [8 RK 33/84](#), abgedruckt in [USK 84213](#)), liegen vor. Nachdem sich, wie dargelegt, durch eine medikamentöse Therapie und eine Psychotherapie der Gesundheitszustand nur teilweise hatte bessern lassen, war eine stationäre Rehabilitation mit den im Entlassungsbericht der B-Klinik D vom 15. Dezember 2004 erwähnten umfassenden Rehabilitationsmaßnahmen geboten, um die aus der Krankheit resultierenden Funktions- und

Leistungsbeeinträchtigungen zu beheben.

Zwischen den Beteiligten besteht insoweit kein Streit.

Der Erstattungsanspruch setzt weiteres nicht voraus. Es genügt, dass die beteiligten Leistungsträger demselben Versicherten gegenüber zur Erbringung zeitlich und sachlich kongruenter Leistungen verpflichtet sind (BSG, Urteil vom 30. Mai 2006 - [B 1 KR 17/05 R](#), abgedruckt in SozR 4-3100 § 18 c Nr. 2 = [SGB 2007, 233](#); BSG, Urteil vom 26. Juni 2007 - [B 1 KR 36/06 R](#)). Es kommt mithin allein darauf an, ob die Rehabilitationsleistung ihrer Art nach von dem erstattungspflichtigen Leistungsträger hätte erbracht werden müssen. Die stationäre medizinische Rehabilitation des Rentenversicherungsträgers einerseits und der Krankenkasse andererseits verfolgen die gleichen Leistungszwecke. Ziel ist es, den Auswirkungen einer Krankheit oder einer Behinderung entgegenzuwirken. Ein Erstattungsanspruch scheidet angesichts dessen nicht daran, dass die stationäre Rehabilitationsmaßnahme in einer Einrichtung durchgeführt wurde, mit der die Beklagte keinen Versorgungsvertrag geschlossen hat, oder daran, dass ihr kein eigenes Ermessen hinsichtlich der Auswahl der Einrichtung zukam (BSG, Urteil vom 26. Juni 2007 - [B 1 KR 36/06 R](#) m.w.N.).

Der Anwendung des [§ 103 SGB X](#) steht [§ 14 Abs. 4 SGB IX](#) nicht entgegen. [§ 14 Abs. 4](#) Sätze 1 und [2 SGB IX](#) treffen lediglich für den zweitangegangenen Rehabilitationsträger eine abschließende Regelung. Für den erstangegangenen Rehabilitationsträger schließt [§ 14 Abs. 4 Satz 3 SGB IX](#) nur [§ 105 SGB X](#) aus, so dass daneben [§ 103 SGB X](#) und [§ 104 SGB X](#) zur Anwendung kommen. Einer analogen Anwendung des [§ 14 Abs. 4 Satz 1 SGB IX](#) bezogen auf den erstangegangenen Rehabilitationsträger bedarf es somit nicht; dafür gibt es zudem keinen sachgerechten Grund.

Werden Leistungen zur Teilhabe beantragt, stellt nach [§ 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) der Rehabilitationsträger innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrages 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](#). Wird der Antrag nicht weitergeleitet, stellt der Rehabilitationsträger den Rehabilitationsbedarf unverzüglich fest ([§ 14 Abs. 2 Satz 1 SGB IX](#)). Für unzuständige Rehabilitationsträger, die eine Leistung nach [§ 14 Abs. 2 Satz 1](#) (und [2](#)) SGB IX erbracht haben, ist [§ 105 SGB X](#) nicht anzuwenden, es sei denn, die Rehabilitationsträger vereinbaren Abweichendes.

Stellt der Rehabilitationsträger bei der Prüfung fest, dass er für die Leistung nicht zuständig ist, leitet er nach [§ 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX](#) den Antrag unverzüglich dem nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger zu. Wird nach Bewilligung der Leistung durch einen Rehabilitationsträger nach [§ 14 Abs. 1 Satz 2](#) (bis [4](#)) SGB IX festgestellt, dass ein anderer Rehabilitationsträger für die Leistung zuständig ist, erstattet dieser dem Rehabilitationsträger, der die Leistung erbracht hat, dessen Aufwendungen nach den für diesen geltenden Rechtsvorschriften.

Bei der Anwendung und Auslegung des [§ 14 SGB IX](#) muss zwischen dem Rechtsverhältnis des Versicherten zum Rehabilitationsträger einerseits und dem Rechtsverhältnis der jeweiligen Rehabilitationsträger zueinander andererseits unterschieden werden.

[§ 14 SGB IX](#) trägt dem Bedürfnis Rechnung, im Interesse behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen durch rasche Klärung von Zuständigkeiten Nachteilen des gegliederten Systems entgegenzuwirken. Sie enthält für Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen eine für die Rehabilitationsträger abschließende Regelung, die den allgemeinen Regelungen zur vorläufigen Zuständigkeit oder Leistungserbringung im SGB I und den Leistungsgesetzen der Rehabilitationsträger vorgeht und alle Fälle der Feststellung der Leistungszuständigkeit erfasst. Ihr Ziel ist es, durch auf Beschleunigung gerichtetes Zuständigkeitsklärungsverfahren die möglichst schnelle Leistungserbringung zu sichern. Der zuerst angegangene Rehabilitationsträger wird deshalb verpflichtet, kurzfristig festzustellen, ob er für die Leistung zuständig sein kann und zuständig ist. Bei negativem Ergebnis hat er den Antrag unverzüglich dem Rehabilitationsträger zuzuleiten, den er nach dem Ergebnis seiner Prüfung für zuständig hält; damit wird eine vorläufige Zuständigkeit gesetzlich bestimmt (so [Bundestags-Drucksache 14/5074 S. 102](#) zu [§ 14 SGB IX](#)). Die in [§ 14 Abs. 1](#) und [2 SGB IX](#) geregelte Zuständigkeit erstreckt sich im Außenverhältnis (behinderter Mensch/Rehabilitationsträger) auf alle Rechtsgrundlagen, die überhaupt in dieser Bedarfssituation für Rehabilitationsträger vorgesehen sind (BSG, Urteil vom 26. Juni 2007 - [B 1 KR 34/06 R](#) unter Hinweis auf BSG, Urteil vom 26. Oktober 2004 - [B 7 AL 16/04 R](#), abgedruckt in [BSGE 93, 283](#) = [SozR 4-3250 § 14 Nr. 1](#)). Damit wäre unvereinbar, den eine Rehabilitationsleistung bewilligenden Bescheid nach [§ 48 Abs. 1 SGB X](#) deswegen aufzuheben, weil wegen einer nach Ablauf der Zweiwochenfrist eingetretenen Änderung des Sachverhalts nach dem jeweiligen Leistungsgesetz ein anderer Rehabilitationsträger zuständig geworden ist. Der aufgezeigte Gesetzeszweck, dem Versicherten unverzüglich die Rehabilitationsleistung zu erbringen, kann nicht erreicht werden, wenn die in [§ 14 Abs. 1](#) und [2 SGB IX](#) vom jeweiligen materiellen Leistungsrecht grundsätzlich unabhängige und diese insoweit überlagernde geregelte Zuständigkeit nicht gewahrt bliebe. Im Übrigen ist [§ 107 Abs. 1 SGB X](#) zu beachten. Soweit ein Erstattungsanspruch besteht, gilt danach der Anspruch des Berechtigten gegen den zur Leistung verpflichteten Leistungsträger als erfüllt. Eine Aufhebung des die Rehabilitationsleistung bewilligenden Bescheides nach [§ 48 Abs. 1 SGB X](#) beschränkt sich mithin auf solche Sachverhalte, bei denen ein Erstattungsanspruch ausscheidet.

Die so geregelte Zuständigkeit im Verhältnis von Versicherten zum Rehabilitationsträger berührt die Zuständigkeit der einzelnen Zweige der sozialen Sicherheit für Rehabilitationsleistungen grundsätzlich nicht. Notwendiges Korrelat der schnellen und strikten Zuständigkeitsklärung im Außenverhältnis unter Beibehaltung dieses gegliederten Sozialsystems ist jedoch ein umfassender Ausgleichsmechanismus, der verhindert, dass Zufälligkeiten oder Entlastungsstrategien im Zusammenhang mit der Zuständigkeitsregelung des [§ 14 Abs. 1](#) und [2 SGB IX](#) zu einer Lastenverschiebung zwischen den einzelnen Rehabilitationsträgern führen. Allerdings bedarf es auch nur insoweit Sonderregelungen, die vom Normgefüge der [§§ 102 ff. SGB X](#) für Erstattungsansprüche abweichen (BSG, Urteil vom 26. Juni 2007 - [B 1 KR 34/06 R](#)).

Dies betrifft wegen [§ 14 Abs. 1 Satz 2, Abs. 2 Satz 3 SGB IX](#) vornehmlich den zweitangegangenen Rehabilitationsträger, der an die Entscheidung des zuerst angegangenen Rehabilitationsträgers gebunden ist und sich nicht darauf berufen kann, dass er selbst eine andere Entscheidung getroffen hätte (BSG, Urteil vom 26. Oktober 2004 - [B 7 AL 16/04 R](#)). Da dieser somit als zuständiger Rehabilitationsträger umfassend nach allen Leistungsvorschriften zu leisten hat, sind die allgemeinen Regelungen der [§§ 102 ff. SGB X](#), die keinen vollständigen Ersatz aller Aufwendungen vorsehen, nicht ausreichend. [§ 14 Abs. 4 Satz 1](#) (und [2](#)) SGB IX verdrängt wegen dieser umfassenden Leistungszuständigkeit die allgemeinen Erstattungsansprüche nach den [§§ 102 ff. SGB X](#) und sichert dem zweitangegangenen

Rehabilitationsträger Erstattung der Aufwendungen nach den für ihn geltenden Rechtsvorschriften (BSG, Urteil vom 26. Juni 2007 - [B 1 KR 34/06 R](#)).

Dem erstangegangenen Rehabilitationsträger steht ein solcher privilegierter Erstattungsanspruch aus § 14 Abs. 4 Satz 1 (und 2) SGB IX dagegen grundsätzlich nicht zu, denn er ist nicht in gleicher Weise schutzwürdig. Er ist der aufgedrängten Zuständigkeit aus [§ 14 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 Satz 3 SGB IX](#), der er sich nicht entziehen kann, nicht ausgesetzt. Damit fehlt es zugleich an einem Grund für eine analoge Anwendung des § 14 Abs. 4 Satz 1 (und 2) SGB IX bezogen auf den erstangegangenen Rehabilitationsträger.

Demgegenüber gibt es allerdings auch keine nachvollziehbare Begründung, dem erstangegangenen Rehabilitationsträger Erstattungsansprüche nach § 103 SGB X oder [§ 104 SGB X](#) zu versagen. § 14 Abs. 4 Satz 1 (und 2) SGB IX bezieht sich ausschließlich auf Erstattungsansprüche des zweitangegangenen Rehabilitationsträgers. Diese Vorschrift regelt mithin gerade nicht und insbesondere nicht abschließend die Erstattungsansprüche des erstangegangenen Rehabilitationsträgers.

Lediglich [§ 14 Abs. 4 Satz 3 SGB IX](#) bestimmt die Unanwendbarkeit von [§ 105 SGB X](#) für unzuständige Rehabilitationsträger, die eine Leistung nach § 14 Abs. 2 Satz 1 (und 2) SGB IX erbracht haben. Dies trägt aber nur der Zuständigkeitsbegründung für den erstangegangenen Rehabilitationsträger durch [§ 14 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 Satz 1](#) und 2 SGB IX Rechnung: Hat ein Rehabilitationsträger den Antrag nicht weitergeleitet, ist er zuständig. Er kann Erstattung jedenfalls nicht nach [§ 105 SGB X](#) verlangen (BSG, Urteil vom 26. Juni 2007 - [B 1 KR 34/06 R](#) unter Hinweis auf BSG, Urteil vom 26. Oktober 2004 - [B 7 AL 16/04 R](#)).

In den Fällen, in denen der erstangegangene Rehabilitationsträger den Antrag auf Rehabilitation nicht innerhalb von zwei Wochen nach Eingang weitergeleitet hat, ist hingegen - anknüpfend an die allgemeinen Grundsätze des Erstattungsrechts - danach zu unterscheiden, aus welchen Gründen die Weiterleitung unterblieben ist. Hat der Rehabilitationsträger seine Zuständigkeit verneint und gleichwohl geleistet, obwohl ein anderer Rehabilitationsträger nach dem Ergebnis seiner Prüfung zuständig ist, kann er keine Erstattung beanspruchen, denn er hat zielgerichtet in fremde Zuständigkeiten eingegriffen und das Weiterleitungsgebot des [§ 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX](#) missachtet (vgl. bei bewusster Missachtung von Zuständigkeiten BSG SozR 4-3100 § 18 c Nr. 2; [BSGE 58, 263 = SozR 2200 § 1237 Nr. 20](#)). Für ihn bestätigt [§ 14 Abs. 4 Satz 3 SGB IX](#) den Ausschluss jeglicher Erstattung. Hat der Rehabilitationsträger trotz Prüfung seiner Zuständigkeit diese irrtümlicherweise bejaht, kommt ein Erstattungsanspruch wegen nachrangiger Verpflichtung aus [§ 104 SGB X](#) in Betracht. Würde jeder Irrtum des erstangegangenen Rehabilitationsträgers bei der Annahme der eigenen Zuständigkeit unweigerlich den Ausschluss von Erstattungsansprüchen nach sich ziehen, könnte dies zur Folge haben, dass Rehabilitationsträger ohne ernsthafte Prüfung im Zweifel Anträge weiterleiten, um sich nicht der Gefahr, Erstattung vom zuständigen Rehabilitationsträger nicht erlangen zu können, aussetzen zu müssen. Dies widerspräche sowohl dem Zweck des [§ 14 SGB IX](#), zu einer schnellen Zuständigkeitsklärung gegenüber dem behinderten Menschen zu kommen, als auch dem Ziel, das gegliederte Sozialsystem zu erhalten (BSG, Urteil vom 26. Juni 2007 - [B 1 KR 34/06 R](#)). Soweit ausnahmsweise insbesondere wegen einer komplizierten Rechtsproblematik innerhalb der Zweiwochenfrist kein greifbares Ergebnis zu gewinnen ist, weil ernstliche Argumente für und gegen die eigene Zuständigkeit sprechen und deswegen der erstangegangene Rehabilitationsträger im Interesse der Beschleunigung eine Weiterleitung des Rehabilitationsantrages unterlassen hat, ist insoweit Kostenerstattung nach den Grundsätzen des vorläufig leistenden Rehabilitationsträgers zu erwägen, wie sie entsprechend [§ 102 SGB X](#) in [§ 14 Abs. 4 Satz 1 SGB IX](#) vorgesehen ist (BSG, Urteil vom 26. Juni 2007 - [B 1 KR 34/06 R](#)).

Die genannten Sachverhalte, die wegen objektiven Verstoßes gegen [§ 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX](#) Zweifel am Erstattungsanspruch hervorrufen könnten, sind vorliegend nicht gegeben.

Die Klägerin war innerhalb der Zweiwochenfrist wie dargelegt zuständig und nahm demzufolge ihre Zuständigkeit auch zu Recht an. Ihr fällt daher nicht einmal eine Verletzung der Vorschrift des [§ 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX](#) über die Weiterleitung des Rehabilitationsantrages zur Last. Nach Änderung des Sachverhaltes mit der Stellung des Rentenanspruches und der Bewilligung der Altersrente durch Bescheid vom 04. November 2004 blieb sie wegen [§ 14 Abs. 2 Satz 1 SGB IX](#) der zur Erbringung der Rehabilitationsleistung zuständige Rehabilitationsträger. Die Klägerin erbrachte nach alledem ohne Verletzung von Vorschriften und damit rechtmäßig die Rehabilitationsleistung, weswegen sie wegen des nachträglichen Wegfalls des Anspruchs der Versicherten von der Beklagten nach [§ 103 Abs. 1 SGB X](#) Erstattung verlangen kann.

Der Erstattungsanspruch besteht nach [§ 103 Abs. 2 SGB X](#) in der geltend gemachten Höhe. Er umfasst neben der Hauptleistung, den Behandlungskosten für die stationäre Rehabilitationsleistung vom 25. Oktober bis 07. Dezember 2004 in Höhe von 4741,61 Euro, auch Reisekosten in Höhe von 21,60 Euro.

Der entsprechende Anspruch der Versicherten gegenüber der Beklagten auf Reisekosten folgt aus [§ 60 Abs. 5 SGB V](#). Danach werden im Zusammenhang mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Fahr- und andere Reisekosten nach [§ 53 Abs. 1 bis 3 SGB IX](#) übernommen. [§ 53 SGB IX](#) ist die Vorschrift, nach der auch von der Klägerin gegenüber der Versicherten solche Reisekosten als ergänzende Leistungen nach [§ 28 SGB VI](#) gewährt werden.

Die Berufung hat somit Erfolg.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197 a Abs. 1 Satz 1](#) dritter Halbsatz SGG i. V. m. [§ 155 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO) und entspricht dem Ergebnis des Rechtsstreits.

Die Revision ist nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen hierfür ([§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG](#)) nicht vorliegen.

Die Festsetzung des Streitwertes, die nach [§ 63 Abs. 2 Satz 1](#) Gerichtskostengesetz (GKG) i. V. m. [§ 197a Abs. 1 Satz 1](#) 1. Halbsatz SGG ergeht, ergibt sich aus [§ 52 Abs. 1 und Abs. 3](#), [§ 47 Abs. 1 und 2 GKG](#) und bestimmt sich, wenn der Antrag des Rechtsmittelführers eine bezifferte Geldleistung oder einen hierauf gerichteten Verwaltungsakt betrifft, nach deren Höhe.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved  
2008-05-22