

B 1 KR 18/05 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Chemnitz (FSS)
Aktenzeichen
-

Datum
14.08.2003
2. Instanz
Sächsisches LSG
Aktenzeichen
-

Datum
20.04.2005
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 18/05 R

Datum
30.05.2006
Kategorie
Urteil

Auf die Revision der Beklagten wird das Urteil des Sächsischen Landessozialgerichts vom 20. April 2005 aufgehoben. Auf die Berufung des Klägers wird das Urteil des Sozialgerichts Chemnitz vom 14. August 2003 im Kostenpunkt aufgehoben. Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen. Im Übrigen wird die Revision der Beklagten zurückgewiesen.

Gründe:

I

1

Der klagende Träger der Kriegsopferversorgung (im Folgenden: KOV-Träger) verlangt von der beklagten Krankenkasse (KK) die Erstattung der Kosten für eine Badekur, welche er einem schwerbeschädigten Versicherten 1998 gewährte.

2

Bei dem 1914 geborenen, bei der Beklagten gegen Krankheit versichert gewesenen K. T. (T.), der im April 2005 verstorben ist, bestanden als Schädigungsfolgen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) der Verlust aller Zehen, die Teilversteifung beider oberen Sprunggelenke, die Verformung beider Vorderfüße, der Teilverlust der rechten Ferse sowie eine chronische Mittelohrentzündung rechts. Er erhielt deswegen vom Kläger Beschädigtenversorgung nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von 50 vH. Darüber hinaus bestanden bei T. versorgungsfremde Leiden (ua Herz-Kreislauf-Leiden, Lungenleiden, Wirbelsäulenleiden).

3

Im Juli 1997 beantragte T. bei dem Kläger die Gewährung einer Badekur. Der Ärztliche Dienst des Klägers bejahte nach entsprechenden Ermittlungen deren Erforderlichkeit, weil die Schädigungsfolgen bzw die durch sie verursachten Gesundheitsstörungen dies ausschließlich bzw vordringlich erforderten. Mit Bescheid vom 24. März 1998 bewilligte der Kläger dem T. daraufhin eine Badekur in Bad Liebenstein (einschließlich Begleitperson für die Hin- und Rückreise) nach § 11 Abs 2 iVm § 10 Abs 1 BVG, die vom 23. April bis 20. Mai 1998 durchgeführt wurde.

4

Nach Vorliegen des Kurabschlussberichts gelangte der versorgungsärztliche Dienst zu der Einschätzung, die Badekur habe tatsächlich überwiegend der Behandlung versorgungsfremder Leiden gedient. Deshalb machte der Kläger bei der beklagten KK unter dem 14. August 1998 einen Erstattungsanspruch gemäß § 18c Abs 5 Satz 2 BVG hinsichtlich der entstandenen Kosten (5.552,38 DM = 2.838,89 EUR) geltend. Dieses Begehren lehnte die Beklagte ab, weil ambulante Maßnahmen nicht bzw nicht ausreichend in Anspruch genommen worden seien; eine medizinische Indikation für eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme (im Folgenden: Reha-Maßnahme) habe nicht vorgelegen (ua Schreiben vom 16. Juni 1999).

5

Auf die dagegen erhobene Klage hat das Sozialgericht (SG) die Beklagte verurteilt, dem Kläger diejenigen Kosten zu erstatten, welche bei

einer dreiwöchigen stationären Kur angefallen wären: T. habe gegen die Beklagte Anspruch auf eine stationäre Reha-Maßnahme gemäß [§ 40](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) gehabt, weil im Wesentlichen Nichtschädigungsfolgen behandelt worden seien. Der Erstattungsanspruch bestehe jedoch nur in dem Maße, in dem die Beklagte krankenversicherungsrechtlich zur Leistungserbringung verpflichtet gewesen wäre (Urteil vom 14. August 2003).

6

In dem dagegen vom SG zugelassenen und von beiden Beteiligten eingeleiteten Berufungsverfahren ist der Kläger in vollem Umfang erfolgreich gewesen. Das Landessozialgericht (LSG) hat die Berufung der Beklagten zurückgewiesen und sie auf die Berufung des Klägers hin unter Änderung des erstinstanzlichen Urteils zur Kostenerstattung für die im gesamten Zeitraum vom 23. April bis 20. Mai 1998 entstandenen Kosten der Badekur dem Grunde nach verurteilt: Der Erstattungsanspruch aus § 18c Abs 5 Satz 2 BVG bestehe dem Grunde nach und sei nicht dadurch ausgeschlossen, dass ein anderer LSG-Senat (zu Unrecht) fordere, der KOV-Träger müsse bei der Erbringung von Leistungen nach § 10 Abs 2 BVG mit "Fremdgeschäftsführungswillen" gehandelt haben. Die stationäre Behandlung des T. in einer Kureinrichtung sei notwendig gewesen, um der in absehbarer Zeit zu erwartenden Verschlechterung seines Gesundheitszustandes vorzubeugen. Die Auffassung des Klägers, ambulante Leistungen hätten nicht genügt, sei nach den medizinischen Befunden und dem Lebensalters des T. nicht greifbar rechtswidrig; die abweichende Einschätzung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) überzeuge nicht. Die Beklagte könne dem Kläger in diesem Zusammenhang nur entgegenhalten, die Leistungsbewilligung sei objektiv "evident" fehlerhaft gewesen. Eine Evidenzkontrolle scheide nur aus, soweit die KK geltend mache, krankenversicherungsrechtlich habe ambulante Behandlung ausgereicht; dagegen sei zB auch die Dauer der Reha-Maßnahme bloß eingeschränkt überprüfbar und hier rechtmäßig (Urteil vom 20. April 2005).

7

Mit ihrer vom LSG zugelassenen Revision rügt die Beklagte die Verletzung des § 18c Abs 5 Satz 2 BVG und beruft sich auf die fehlerhafte Würdigung der vorliegenden medizinischen Unterlagen. Der Erstattungsanspruch sei auf die Kosten der Leistungen begrenzt, die sie nach dem für sie maßgeblichen Recht des SGB V habe erbringen dürfen. Krankenversicherungsrechtlich bestehe aber ein hier nicht beachteter Vorrang der ambulanten Behandlung, die bei T. in Frage gekommen sei und ausgereicht hätte, zumal er gar nicht kurfähig gewesen sei. Das LSG nehme auch zu Unrecht an, dass die Leistungsentscheidung des KOV-Trägers nicht voll überprüft werden könne. Bezüglich der Leistungsdauer finde ein Erstattungsanspruch seine Grenze in der krankenversicherungsrechtlich maximalen Dauer von drei Wochen.

8

Die Beklagte beantragt sinngemäß, die Urteile des Sächsischen Landessozialgerichts vom 20. April 2005 und des Sozialgerichts Chemnitz vom 14. August 2003 aufzuheben und die Klage insgesamt abzuweisen, hilfsweise, das Urteil des Sächsischen Landessozialgerichts vom 20. April 2005 aufzuheben und die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Chemnitz vom 14. August 2003 zurückzuweisen.

9

Der Kläger beantragt, die Revision zurückzuweisen.

10

Er hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

II

11

Der Senat entscheidet im Einverständnis mit den Beteiligten ohne mündliche Verhandlung ([§ 124 Abs 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG)).

12

Die zulässige Revision der beklagten KK hat teilweise - im Sinne ihres Hilfsantrages, dh unter Wiederherstellung des SG-Urteils im Urteilsausspruch zur Hauptsache - Erfolg. Das LSG-Urteil, das dem Erstattungsbegehren des klagenden KOV-Trägers dem Grunde nach in vollem Umfang stattgegeben hat, ist dagegen aufzuheben. Auf die Berufung des Klägers hin durfte das erstinstanzliche Urteil nur im Kostenpunkt aufgehoben werden, seine darüber hinausgehende Berufung musste erfolglos bleiben. Im Übrigen kann die weitergehende Revision der Beklagten keinen Erfolg haben. Im Ergebnis durfte sie durch Zwischenurteil lediglich verurteilt werden, dem Kläger diejenigen Kosten zu erstatten, welche bei der Beklagten für eine entsprechende dreiwöchige stationäre medizinische Reha-Maßnahme des krankenversicherten und zugleich versorgungsberechtigten T. nach [§ 40 Abs 2 SGB V](#) angefallen wären. In welcher Höhe der Erstattungsanspruch konkret besteht, muss im Rahmen des beim SG anhängig gebliebenen, von den Beteiligten nunmehr fortzuführenden Nachverfahrens entschieden werden.

13

1. In prozessrechtlicher Hinsicht ist auf Folgendes hinzuweisen: Das SG hat über das Klagebegehren bislang lediglich durch Zwischenurteil iS von [§ 130 Abs 2 SGG](#) (idF des ab 2. Januar 2002 geltenden 6. SGG-Änderungsgesetzes vom 17. August 2001 ([BGBl I 2144](#)), zuvor [§ 202 SGG](#) iVm [§ 304](#) Zivilprozessordnung) entschieden, allein auf diesen Streitgegenstand bezieht sich auch das LSG-Urteil. Das SG hat der Klage (gerichtet auf Erstattung von 5.552,38 DM = 2.838,89 EUR) nämlich nicht durch Verurteilung der Beklagten zur Zahlung eines bestimmten Geldbetrages teilweise stattgegeben, sondern lediglich über einen vorweggenommenen und unselbstständigen Teil des Endurteils entschieden. Der Erlass eines echten Grundurteils ([§ 130 Abs 1 Satz 1 SGG](#)), welches das SG anscheinend vor Augen hatte, scheidet indessen bei reinen Leistungsklagen regelmäßig aus, mit denen unter Leistungsträgern über einen bezifferten Erstattungsanspruch

gestritten wird; in derartigen Fällen ist vielmehr die Durchführung eines Nachverfahrens über die Höhe des Erstattungsanspruchs erforderlich (vgl. [BSGE 29, 69 ff](#) = SozR Nr 7 zu [§ 130 SGG](#); [BSGE 61, 217](#), 221 ff = [SozR 3100 § 19 Nr 18](#); [BSGE 74, 36](#), 44 = [SozR 3-1300 § 104 Nr 8](#)). Anders als ein echtes Grundurteil beendet ein Zwischenurteil den Rechtsstreit nicht in vollem Umfang und ergeht daher - abweichend vom Tenor des SG- und LSG-Urteils - ohne Kostenentscheidung (vgl. zB Meyer-Ladewig/Leitherer in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 8. Aufl 2005, § 193 RdNr 2b). Der Rechtsstreit ist nach alledem hinsichtlich der Höhe des Anspruchs des Klägers prozessual beim SG anhängig geblieben und dort mit der Notwendigkeit einer (formellen) abschließenden Kostenentscheidung fortzuführen. Bislang steht aufgrund des hiesigen Urteils des erkennenden Senats lediglich rechtskräftig fest, in welchem Umfang die Beklagte dem Grunde nach erstattungspflichtig ist.

14

2. In der Sache hat die Revision der Beklagten teilweise Erfolg. Der Erstattungsanspruch des Klägers ergibt sich dem Grunde nach aus § 18c Abs 5 Satz 2 BVG. Diese Vorschrift lautet: "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 auf Grund dieses Gesetzes eine Sachleistung gewährt wird, ist er erstattungspflichtig, soweit er sonst Leistungen gewährt hätte." § 18c Abs 5 Satz 2 BVG steht als Anspruchsgrundlage gleichberechtigt neben den allgemeinen Erstattungsansprüchen der [§§ 102 ff](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X). Die Vorschrift ist vorliegend in ihrer seit 1. Januar 1998 geltenden, oben zitierten Fassung des Art 24 des Ersten Gesetzes zur Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 16. Dezember 1997 ([BGBl I 2970](#)) anwendbar. Ihre Voraussetzungen liegen vor.

15

Der Erstattungsanspruch nach [§ 18c Abs 5 Satz 2 SGB V](#) setzt voraus, dass die beteiligten Leistungsträger derselben Person gegenüber zur Erbringung zeitlich und sachlich kongruenter Leistungen verpflichtet sind (vgl. Bundessozialgericht (BSG) USK 8884; BSG SozR 3-3100 § 18c Nr 3 S 10 ff). Das ist hier zu bejahen. Die Voraussetzungen von Ansprüchen ein und derselben Person gegenüber dem klagenden Träger der KOV sowie gegenüber der beklagten KK - verschiedenen Trägern - (dazu unter 3. und 4.) sowie die sachliche Kongruenz zwischen den tatsächlich erbrachten Leistungen (hier: des KOV-Trägers) und den Leistungen, die ohne diese Leistungserbringung von einem anderen Träger (hier der KK) erbracht worden wären, liegen vor (dazu unter 5.). Dennoch hat die Revision insoweit zum Teil Erfolg, als das LSG die Grundsätze für die Bestimmung des für den Erstattungsanspruch maßgeblichen zeitlichen Leistungsrahmens verkannt und dem Kläger dem Grunde nach eine zu hohe Erstattungsforderung zugesprochen hat (dazu unter 6.).

16

3. T. war zum Zeitpunkt der Leistungserbringung im Jahre 1998 als Schwerbeschädigter (vgl. § 31 Abs 3 BVG) nach einer MdE von 50 vH versorgungsberechtigt. Ihm standen damit grundsätzlich Leistungen gegen den Träger der KOV zu, sodass er bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen ua Leistungen der Heilbehandlung nach den §§ 10, 11 BVG verlangen konnte. Zu diesen gehört auch die stationäre Behandlung in einer Reha-Einrichtung (Badekur, vgl. § 11 Abs 1 Satz 1 Nr 6 und Abs 2 Satz 1 BVG).

17

Der Umstand, dass bei T. sowohl Versorgungsleiden als auch nicht schädigungsbedingte Leiden vorlagen, steht dem Erstattungsanspruch des klagenden KOV-Trägers nicht entgegen. Eine ausschließliche Leistungszuständigkeit des KOV-Trägers für Maßnahmen der Heilbehandlung liegt zum einen vor, wenn es dabei allein um die Behandlung anerkannter Schädigungsfolgen oder deren Folgen geht. Die Behandlung derartiger Schädigungsfolgen kann der KOV-Träger sowohl in Eigenregie erbringen als auch mittels einer KK, die dann als gesetzlich Beauftragte mit einem entsprechenden Aufwendungsersatzanspruch für den KOV-Träger handelt (vgl. § 10 Abs 1, § 18c Abs 1 bis 3 BVG). Bei beiden Leistungswegen trifft die endgültige Kostentragungslast den KOV-Träger.

18

Das BVG verpflichtet die KOV-Träger darüber hinaus grundsätzlich durch § 10 Abs 2 BVG, dem Personenkreis der Schwerbeschädigten die nach dem BVG vorgesehenen, zum Teil gegenüber anderen Leistungssystemen günstigeren und umfassenderen Leistungen zur Behandlung von Gesundheitsstörungen auch dann zu gewähren, wenn diese Störungen nicht als Folge einer Schädigung anerkannt sind. Regelungen des sozialen Entschädigungsrechts, die im Ergebnis von dieser Bestimmung der Leistungszuständigkeit abweichen, sind im vorliegenden Fall nicht einschlägig. Zwar bestimmt § 10 Abs 7 Satz 1 Buchst d BVG, dass Ansprüche nach Abs 2 ausgeschlossen sind, "wenn ein Sozialversicherungsträger zu einer entsprechenden Leistung verpflichtet ist". Nach der speziell für Badekuren geltenden Regelung in § 11 Abs 2 Satz 2 BVG wird diese Leistung aber wiederum abweichend von § 10 Abs 7 Satz 1 Buchst d BVG nicht dadurch ausgeschlossen, dass eine KK zu einer entsprechenden Leistung verpflichtet ist. Mit dieser durch Art 37 Nr 2 Buchst b des Gesundheits-Reformgesetzes (GRG) vom 20. Dezember 1988 ([BGBl I 2477](#)) geschaffenen Regelung sollte allen Beschädigten eine Badekur "im bisherigen Umfang" erhalten bleiben (vgl. Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP zum Entwurf des GRG, [BT-Drucks 11/2237, S 262](#) zu Art 35 Nr 2 Buchst b); zugleich wurde in § 18c Abs 1 Satz 2 BVG der Hinweis auf § 11 Abs 2 aufgenommen, um klarzustellen, dass KKn Badekuren nach anderen Vorschriften des BVG weiterhin erbringen ([BT-Drucks 11/2237, S 263](#) zu Art 35 Nr 11). Damit verblieb es im Falle des T. bei der Leistungspflicht (auch) des Klägers unbeschadet einer bestehenden Leistungspflicht der beklagten KK in Bezug auf die streitbefangene Maßnahme.

19

Ungeachtet der Regelungen über die Zuständigkeit für die Gewährung von Leistungen trägt nach § 18c Abs 5 Satz 3 BVG der KOV-Träger die Kosten für diese Behandlung endgültig immer nur dann, wenn die zu behandelnde Gesundheitsstörung als Folge einer Schädigung anerkannt oder durch eine anerkannte Schädigungsfolge verursacht worden ist und soweit nicht - ohne die Leistung des KOV-Trägers - ein anderer öffentlich-rechtlicher Leistungsträger die Leistung gewährt hätte (vgl. zuletzt sinngemäß BSG, Urteil vom 26. Februar 2003 - [B 8 KN 9/01 KR R](#) = [SozR 4-3100 § 18c Nr 1](#) RdNr 11 mwN unter Hinweis auf frühere Rechtsprechung: BSG [SozR 3100 § 18c Nr 3](#) S 9 f mwN; SozR

3100 § 18c Nr 5 S 13 f; [SozR 3100 § 18c Nr 9](#) S 25 (jeweils zur Vorgängerregelung in § 18c Abs 6 Satz 2 und 3), im Ergebnis ebenso: BSG [SozR 3-3100 § 18c Nr 2](#) S 7; BSG SozR 3-3100 § 18c Nr 4 S 17 f). Das gilt sowohl, wenn - wie hier bei der ursprünglichen Bewilligung für T. durch den Kläger - eine Leistungsgewährung irrtümlich auf der Grundlage des § 10 Abs 1 BVG erfolgt ist, als auch speziell bezogen auf eine in Anwendung des § 10 Abs 2 BVG vom KOV-Träger zu gewährende Badekur. Im Verhältnis der Leistungsträger untereinander fallen die Kosten für die Behandlung von Schädigungsfolgen dann der Versorgungsverwaltung zur Last, die Kosten für die Behandlung von Nichtschädigungsfolgen hingegen anderen öffentlich-rechtlichen Leistungsträgern, soweit eine Leistungsgewährung nach dem für sie geltenden Recht ebenfalls zu erfolgen hatte. Der KOV-Träger hat in einem Fall der Behandlung von Nichtschädigungsfolgen im Rahmen einer Badekur einen Erstattungsanspruch gegen die KK nach § 18c Abs 5 Satz 2 BVG jedenfalls dann, wenn er zunächst in gutem Glauben seine eigene Leistungspflicht angenommen und Leistungen erbracht hat, sich diese Annahme aber im Nachhinein als falsch erweist und der an sich zuständige Träger dadurch Leistungen in persönlich, sachlich und zeitlich entsprechendem Umfang (kongruent) "erspart" hat. Insoweit unterscheidet sich § 18c Abs 5 Satz 2 BVG im Ergebnis nicht von [§ 105 SGB X](#).

20

Vor diesem rechtlichen Hintergrund ist die Beklagte jedenfalls zum Teil kostentragungs- und erstattungspflichtig; denn das LSG hat festgestellt, dass bei der im April/Mai 1998 durchgeführten Badekur des T. - wie sich nach der Kur ergeben hat - schwerpunktmäßig seine Nichtschädigungsfolgen auf internistischem Gebiet behandelt wurden. Zulässige und begründete Revisionsrügen sind hiergegen nicht erhoben worden (vgl. [§ 163 SGG](#)).

21

4. T. war nicht nur nach dem BVG leistungsberechtigt, sondern außerdem als Mitglied der beklagten KK, sodass er im Grundsatz auch Ansprüche aus der gesetzlichen Krankenversicherung geltend machen konnte. Diese umfassen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Nach [§ 40 Abs 2 iVm Abs 1 SGB V](#) kann die KK stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer ihr vertraglich verbundenen (vgl. [§ 111 SGB V](#)) Rehabilitationseinrichtung erbringen, wenn bei dem Versicherten ambulante Krankenbehandlung oder aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Reha-Leistungen in einer Reha-Einrichtung nicht ausreichen. Dies war hier der Fall (dazu im Folgenden).

22

5. Die für einen Erstattungsanspruch nach § 18c Abs 5 Satz 2 BVG erforderliche sachliche Kongruenz zwischen den Leistungspflichten des Klägers und der Beklagten ist gegeben. Diese Kongruenz ist in Bezug auf Badekuren einerseits und stationäre medizinische Reha-Maßnahmen andererseits allgemein zu bejahen (Urteil des Senats vom 16. November 1999 - [B 1 KR 17/98 R](#) = SozR 3-3100 § 18c Nr 3, Leitsatz und S 11 ff). Bei T. lagen sowohl die tatbestandlichen Grundvoraussetzungen für eine versorgungsrechtlich vorgesehene Badekur als auch für eine krankenversicherungsrechtliche stationäre Reha-Maßnahme vor. Die von der Revision dagegen vorgebrachten Einwände greifen nicht durch.

23

a) Beide Maßnahmen waren geeignet, die Schmerzen des T. zu lindern und einer Verschlechterung seiner gesundheitlichen Beeinträchtigungen vorzubeugen bzw seinen Gesundheitszustand zu stabilisieren (Behandlungsziele nach [§ 27 Abs 1 SGB V](#) bzw nach § 10 Abs 1 und 2, § 11 Abs 1 Satz 1 Nr 6 und Abs 2 Satz 1 BVG). Hätte nicht der Kläger als KOV-Träger eine solche Badekur erbracht, hätte die beklagte KK eine Badekur oder eine andere vergleichbare stationäre medizinische Reha-Behandlung erbringen müssen.

24

b) Die vom Kläger gewährte Badekur war sowohl iS von § 11 Abs 1 Satz 1 Nr 6 BVG als auch nach Maßgabe des [§ 40 Abs 2 SGB V](#) notwendig. Soweit der von der beklagten KK eingeschaltete MDK im Gegensatz zum versorgungsärztlichen Dienst des Klägers zu dem Ergebnis gelangte, im Falle des T. sei eine stationäre Badekur in der Zeit vom 23. April bis 20. Mai 1998 nicht notwendig gewesen, ist dies im vorliegenden Rechtsstreit unbeachtlich. Dies gilt insbesondere für die Einschätzung, dass ambulante ärztliche Behandlungsmaßnahmen und die Versorgung mit Heilmitteln (§ 11 Abs 1 Satz 1 Nr 1 und Nr 2 BVG) zur Behandlung seiner Leiden ausgereicht hätten.

25

Nach den für den klagenden KOV-Träger geltenden Vorschriften des BVG für eine Badekur hatte er zu prüfen, ob eine solche gewährt werden muss, um insbesondere die Gesundheitsstörungen des Schwerbeschädigten zu bessern, eine Zunahme des Leidens zu verhüten und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden (§ 10 Abs 1 Satz 1 iVm Abs 2 BVG). Stationäre Behandlung in einer Kureinrichtung kann insbesondere gewährt werden, wenn sie notwendig ist, um einer in absehbarer Zeit zu erwartenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes vorzubeugen (§ 11 Abs 2 Satz 1 BVG). Diese Voraussetzungen liegen hier vor: Das LSG hat insoweit rechtsfehlerfrei angenommen, dass eine solche Badekur auf Grund des angegriffenen Gesundheitszustandes des T. zum Zeitpunkt der Leistungsgewährung notwendig war und ambulante Maßnahmen zur Befriedigung des Behandlungsbedarfs nicht ausreichend gewesen wären. Es hatte "keinen Zweifel daran, dass der Kläger eine Reha-Kur als Komplexleistung für notwendig erachten durfte": Es hat dies aus dem fortgeschrittenen Lebensalter des T. und einer ausführlichen Würdigung seiner Leiden auf der Grundlage der vorliegenden medizinischen Unterlagen hergeleitet. Dabei hat sich das LSG insbesondere mit den gegenläufigen MDK-ärztlichen Beurteilungen von Juli 2004 auseinandergesetzt und sich schließlich der versorgungsärztlichen Auffassung angeschlossen, Symptomatik und Ausmaß der Beschwerden und eine deutliche allgemeine Leistungseinschränkung (nicht Kurunfähigkeit) hätten eine Badekur notwendig und die Durchführbarkeit umfassender ambulanter Maßnahmen eingeschränkt bzw unzumutbar gemacht.

26

c) Auch unter Zugrundelegung des Krankenversicherungsrechts hatte T. - jedenfalls nach pflichtgemäßem Ermessen (dazu genauer unter h) - Anspruch auf Gewährung einer stationären Reha-Maßnahme. Die krankenversicherungsrechtlichen Maßstäbe unterscheiden sich insoweit

von den im BVG geltenden Maßstäben nicht in rechtserheblicher Weise. Sie fordern, die in [§ 11 Abs 2 SGB V](#) beschriebenen Ziele zu erreichen, dh, eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Zwar stellt sich nur im Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung die Frage, ob vorrangige ambulante Therapiemaßnahmen bzw eine ambulante Reha-Kur ([§ 40 Abs 1 SGB V](#)) statt einer stationären Reha-Kur ([§ 40 Abs 2 SGB V](#)) zur Behandlung des T. ausgereicht hätten, während das BVG nur die stationäre Badekur vorsieht. Das LSG hat dazu jedoch rechtsfehlerfrei festgestellt, dass T. 1998 nicht hätte auf solche vorrangigen Maßnahmen verwiesen werden dürfen. Es hat insoweit unter Beachtung einer versorgungsärztlichen Bewertung sinngemäß ausgeführt, dass nur eine Reha-Komplexleistung in stationärer Form in Betracht gekommen sei. Angesichts des Beschwerdebildes von T. sei eine Leistungsart geboten gewesen, bei der T. unter ständiger ärztlicher Gesamtverantwortung (bezogen auf das individuelle Gesamtgeschehen: Behandlungsplan, teilweise eigenständige Durchführung, Kontrolle) von besonders geschultem Personal stand, um das Behandlungsziel zu erreichen; dies aber habe nur eine Badekur bzw stationäre Reha-Kur iS von [§ 40 Abs 2 SGB V](#) leisten können.

27

d) Die gegen die Bewertung des Sachverhalts durch das LSG erhobenen Rügen der Beklagten greifen revisionsrechtlich nicht durch. Die Beklagte tritt der vom Berufungsgericht gewonnenen Einschätzung unter Hinweis auf Ausführungen entgegen, welche sie aus MDK-ärztlichen Stellungnahmen und anderen ärztlichen Unterlagen herleitet. Sie macht dazu im Wesentlichen geltend, das LSG habe - wie näher ausgeführt wird - die ärztlichen Gutachten und den Kurabschlussbericht "fehlerhaft bewertet", weil T. zum Zeitpunkt des Kurantritts gar nicht kurfähig gewesen sei und die wesentlichen Erkrankungen, welche in der Reha-Klinik weiter behandelt worden seien, zunächst durch ambulante fachärztliche Betreuung am Wohnort hätten abgeklärt werden müssen.

28

Dieses Revisionsvorbringen verkennt, dass die tatsächlichen Feststellungen des LSG für den Senat nach [§ 163 SGG](#) bindend sind, es sei denn, dass in Bezug darauf zulässige und begründete Revisionsgründe vorgebracht worden wären. Letzteres ist hier nicht der Fall. In der Revisionsbegründung bezeichnet die Beklagte schon keine für das sozialgerichtliche Verfahren geltende Regelung, gegen die das LSG dabei verstoßen haben sollte, sondern rügt ausdrücklich nur den Verstoß gegen den dem materiellen Recht zuzuordnenden [§ 18c Abs 5 Satz 2 BVG](#). Es könnte der Revision aber selbst dann nicht zum Erfolg verhelfen, wenn man in dem Vorbringen die sinngemäße Rüge sehen wollte, das LSG habe gegen [§ 128 SGG](#) verstoßen. Die Beweiswürdigung des Tatsachengerichts ist im Zusammenhang mit dieser Regelung nämlich stets nur daraufhin zu überprüfen, ob dabei verfahrensrechtliche Grenzen überschritten und zB gegen Denkgesetze oder allgemeine Erfahrungsregeln verstoßen wurde (vgl zB BSG SozR Nr 34 und Nr 56 zu [§ 128 SGG](#); Meyer-Ladewig, in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, aaO, [§ 128 RdNr 10 ff mwN](#); Krasney/Udsching, Handbuch des sozialgerichtlichen Verfahrens, 4. Aufl 2005, Kap IX RdNr 333 ff). Dafür trägt die Revision nichts vor. Das Vorbringen hat nur eine vom LSG abweichende Bewertung der tatsächlichen Umstände, insbesondere der medizinischen Befunde und Beurteilungen, zum Gegenstand und ist nicht geeignet, die Argumentation des LSG-Urteils im Sinne eines verfahrensfehlerhaften Vorgehens generell in Frage zu stellen. Die Angriffe gegen das LSG-Urteil betreffen in diesem Punkt allein die inhaltliche Richtigkeit und Überzeugungskraft der als entscheidend angesehenen Gesichtspunkte aus den vorliegenden Gutachten und medizinischen Berichten, ohne dabei zugleich auch gravierende Verfahrensfehler des LSG im Sinne eines Überschreitens der Schwelle zum Verstoß gegen Denkgesetze oder allgemeine Erfahrungssätze erkennen zu lassen.

29

e) Entgegen der Ansicht der Beklagten war das LSG bei der Prüfung der Voraussetzungen für die Ansprüche des T. gegen den Kläger nicht auf eine bloße Evidenzkontrolle beschränkt. Die Anspruchsvoraussetzungen für die Sozialleistungen, deretwegen Erstattung begehrt wird, sind grundsätzlich gerichtlich voll überprüfbar.

30

Die Rechtsbeziehungen zwischen unterschiedlichen Sozialleistungsträgern in einem gegliederten Sozialleistungssystem erfordern es nach der Rechtsprechung des BSG im Rahmen der [§§ 102 ff SGB X](#), dass jeder Leistungsträger die Regelungsbefugnis des zuständigen Trägers respektiert und seinen eigenen Entscheidungen zugrunde legt. Deshalb sind Entscheidungen des zuständigen Trägers grundsätzlich von anderen Trägern hinzunehmen (vgl zB BSGE 57, 146, 150 = [SozR 1300 § 103 Nr 2](#); BSGE 58, 128, 129 = [SozR 1300 § 104 Nr 6 S 16](#); BSGE 72, 281, 283 = [SozR 3-1300 § 103 Nr 4](#); BSGE 82, 226, 228 = [SozR 3-2600 § 99 Nr 2](#); BSG [SozR 3-1300 § 86 Nr 3 S 6](#); BSG [SozR 3-1300 § 112 Nr 2 S 6](#)). Im Verhältnis der Versicherungsträger untereinander tritt aber hinzu, dass sie im Hinblick auf die vielfältige gegenseitige Abhängigkeit von Sozialleistungen zur engen Zusammenarbeit ([§ 86 SGB X](#)) und auch Rücksichtnahme auf die Belange des anderen Leistungsträgers verpflichtet sind. Hieraus folgt eine allgemeine, der Kooperationsbeziehung immanente Verpflichtung, eine Entscheidung zu korrigieren, die offensichtlich fehlerhaft ist und einem anderen Leistungsträger zum Nachteil gereicht, oder zumindest ihn so zu stellen, als wenn von Anfang an richtig entschieden worden wäre (BSG aaO). 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 (BSGE 72, 281, 283 = [SozR 3-1300 § 103 Nr 4](#); zum Ganzen auch zB Kater, in: Kasseler Kommentar, Stand Mai 2006, [§ 103 SGB X RdNr 57 f](#); Roos in: von Wulffen, SGB X, 5. Aufl 2005, Vor [§ 102 RdNr 9](#), jeweils mwN).

31

Die zu den Erstattungsansprüchen nach [§§ 102 ff SGB X](#) ergangene Rechtsprechung des BSG zur nur beschränkten Befugnis des auf Erstattung in Anspruch genommenen Leistungsträgers, eigenständig die Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zu prüfen, wegen dessen Erstattung begehrt wird, kann nicht erweiternd auf [§ 18c Abs 5 Satz 2 BVG](#) übertragen werden. Das Gesetz steckt die Systemgrenzen der einzelnen Sozialleistungsbereiche des SGB - vorbehaltlich abweichender Spezialregelungen - regelmäßig nach objektiv zu ermittelnden Kriterien ab und nicht schon danach, was zB ein anderer Leistungsträger insoweit für zutreffend oder vertretbar erachtet hat; dies gilt im Kern in gleicher Weise für die sich dann ergebenden Konsequenzen in Gestalt von Erstattungsansprüchen (vgl bereits BSG, Urteil vom 16. November 1984 - [8 KR 33/84](#) - USK 84213). Anhaltspunkte, die es rechtfertigen, in Fällen der vorliegenden Art ausnahmsweise von der Maßgeblichkeit objektiver Kriterien abzuweichen, liegen nicht vor. Bezogen auf den zu entscheidenden Fall bedeutet dies, dass die Beklagte

nur eine objektiv rechtmäßige Leistungsentscheidung des Klägers hinzunehmen hat. Die Rechtmäßigkeit ist hier hinsichtlich des Anspruchsgrundes auch zu bejahen.

32

f) Dem klagenden KOV-Träger sind Fehler im Verwaltungshandeln, das zur Gewährung einer Badekur geführt hat, nicht unterlaufen. Insbesondere können Ermessensfehler nicht schon allein daraus hergeleitet werden, dass der Kläger hinsichtlich der Art und Weise der Leistungserbringung durch die ermessenskonkretisierenden "Richtlinien über die Gewährung und Durchführung von stationären Behandlungen in einer Kureinrichtung (Badekuren)" des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung festgelegt war; denn die Anwendung ermessensbindender Verwaltungsvorschriften steht allgemein in Einklang mit höherrangigem Recht (vgl zB [BSGE 50, 33](#), 38 = SozR 2200 § 1237a Nr 11; [BSGE 84, 108](#), 113 = [SozR 3-3900 § 22 Nr 1](#)).

33

g) Da die versorgungsrechtlichen und krankenversicherungsrechtlichen Leistungspflichten auch grundsätzlich vergleichbar waren und für das Verhältnis von Badekuren und medizinischen Reha-Maßnahmen kein gesetzliches Vorrang-Nachrang-Verhältnis besteht (vgl im Einzelnen oben 3. sowie erneut BSG SozR 3-3100 § 18c Nr 3, Leitsatz und S 11 ff), ist die Leistungsgewährung durch das Tätigwerden des Klägers auch im Verhältnis zur Beklagten nicht zu beanstanden.

34

h) Der für den Erstattungsanspruch des Klägers erforderlichen sachlichen Kongruenz beider Ansprüche des T. steht auch nicht entgegen, dass der beklagten KK möglicherweise hinsichtlich des "Ob" der Leistungsgewährung (für die Annahme einer gebundenen Leistung (entsprechend dem Recht der Rentenversicherung, vgl [BSGE 50, 47](#), 50 f = SozR 2200 § 184a Nr 3) zB: Höfler in: Kasseler Kommentar, Stand Mai 2006, [§ 40 SGB V](#) RdNr 20; Schmidt in H. Peters, Handbuch der KV, 19. Aufl, Bd 2, Stand Januar 2006, [§ 40 SGB V](#) RdNr 163, 114, 116 mwN; offen lassend: Senat, BSG [SozR 4-1500 § 54 Nr 1](#) S 5), jedenfalls aber hinsichtlich der Ausgestaltung der Leistung ein Ermessen eingeräumt ist, das der klagende KOV-Träger bei Erbringung seiner Leistung nicht im Blick hatte. Obwohl die Beklagte ein solches Ermessen naturgemäß nicht ausüben konnte, scheitert ein Erstattungsanspruch des berechtigten Trägers daran regelmäßig nicht (vgl sinngemäß schon: BSG [SozR 3100 § 18c Nr 9](#) Leitsatz 2 und S 23 f zum Ganzen vgl auch BSG [SozR 1300 § 104 Nr 6](#) Leitsatz 2 und S 16; BSG [SozR 2200 § 1237 Nr 21](#) S 63; aus der Literatur zB: Roos, aaO, Vor § 102 RdNr 8 mwN, § 104 RdNr 7 mwN; Kater, aaO, [§ 104 SGB X](#) RdNr 7, 41 mwN, [§ 105 SGB X](#) RdNr 33 ff).

35

i) Obgleich sich die Erstattungspflicht nach § 18c Abs 5 Satz 2 BVG inhaltlich danach richtet, ob auch die für den verpflichteten Leistungsträger geltenden Vorschriften erfüllt waren (vgl schon [BSGE 44, 133](#), 136 = SozR 1500 § 31 Nr 1), steht ihr nicht entgegen, dass T. die Gewährung der vom Kläger erhaltenen Leistung nicht zuvor bei der Beklagten als Leistung der Krankenversicherung beantragt hatte. Der in beiden Sozialleistungssystemen leistungsberechtigte Betroffene kann bei einer Badekur wählen, welchen der für die Kostenübernahme für eine Behandlung in Betracht kommenden Leistungsträger er in Anspruch nehmen will.

36

j) Erstattungsrechtlich unschädlich ist schließlich auch, dass der Kläger seinen Erstattungsanspruch erst im Nachhinein darauf gestützt hat, die im April/Mai 1998 durchgeführte und bewilligte Badekur sei nicht wegen der Schädigungsfolgen im Sinne des BVG erforderlich gewesen, obwohl sein dem T. erteilter Bewilligungsbescheid vom 24. März 1998 von einer Leistung nach § 10 Abs 1 BVG ausging, also einer Heilbehandlung für Gesundheitsstörungen, die als Folge einer Schädigung oder durch eine anerkannte Schädigungsfolge verursacht worden sind.

37

Zutreffend ist das LSG nicht der vom 6. Senat des Sächsischen LSG (Urteil vom 27. Juni 2002 - [L 6 V 23/01 BVG](#) - juris-Dokument KSR012691509) vertretenen Ansicht gefolgt. Danach soll die Erstattungsregelung des § 18c Abs 5 Satz 2 BVG ein zumindest auftragsähnliches Verhältnis erfordern und ein Erstattungsanspruch nicht bestehen, wenn der "Fremdgeschäftsführungswille" des KOV-Trägers fehle, weil er nicht "für die KK", sondern zur Erfüllung eigener versorgungsrechtlicher Aufgaben tätig werden wollte. Der 6. Senat des Sächsischen LSG stellt insoweit darauf ab, dass dann, wenn ausdrücklich eine Heilbehandlung unter rein versorgungsrechtlichem Blickwinkel bewilligt worden sei, ein Erstattungsanspruch regelmäßig ausscheide, und zwar auch dann, wenn sich nachträglich herausstelle, dass die bewilligte Leistung von vornherein gar nicht geeignet gewesen sei, Schädigungsfolgen zu behandeln.

38

Zu Recht hat das Berufungsgericht demgegenüber darauf hingewiesen, dass die Erstattungspflicht nach § 18c Abs 5 Satz 2 BVG (nur) davon abhängt, dass der KOV-Träger an Stelle eines anderen Trägers eine Sachleistung "gewährt" und dass Satz 3 aaO einen Ausschluss nur vorsieht, "wenn die zu behandelnde Gesundheitsstörung als Folge einer Schädigung anerkannt ist oder durch eine anerkannte Schädigungsfolge verursacht worden ist ...". An den Inhalt des dem Betroffenen erteilten Bewilligungsbescheides bzw die von den Beteiligten im Stadium des Bewilligungsverfahrens vom KOV-Träger vertretene Auffassung knüpft der Gesetzeswortlaut dagegen nicht an. Da ein Erstattungsanspruch erst mit der tatsächlichen Erbringung der Sachleistung entstehen kann, nicht aber schon im Vorfeld der Leistungsgewährung, entfaltet auch ein Bewilligungsbescheid des KOV-Trägers über die Gewährung einer Badekur keine "Bindungswirkung" im Verhältnis der betroffenen Leistungsträger zueinander im Rahmen eines späteren Erstattungsstreits. Dies ist auch deshalb sachgerecht, weil sich bei Leistungsberechtigten mit mehreren gesundheitlichen Beeinträchtigungen - wie bei T. - oftmals erst im Rahmen einer stationären Intensivdiagnostik und Therapie herausstellt, für welche gesundheitlichen Defizite tatsächlich in erster Linie ein aktuell zu befriedigender Behandlungsbedarf besteht. Eine derartige Einschätzung des konkreten Behandlungsbedarfs kann typischerweise nicht

schon im Rahmen von Voruntersuchungen bindend festgelegt werden und dann für etwaige Ausgleichsansprüche entscheidend sein. Die Beteiligten können sich vielmehr auch noch im Erstattungsstreit grundsätzlich auf die aus ihrer Sicht zutreffende - und daher ggf mit sachverständiger Hilfe aufzuklärende - Sachlage berufen, selbst wenn ein gegenüber dem Versorgungsberechtigten ergangener Bescheid von anderen Voraussetzungen ausgeht (vgl schon BSG SozR 3100 § 18c Nr 5 Leitsatz 2 und S 14 f; BSG, Urteil vom 26. Februar 2003 - [B 8 KN 9/01 KR R](#) - [SozR 4-3100 § 18c Nr 1](#) RdNr 10; allgemein zur entsprechenden Rechtslage bei [§§ 102 ff SGB X](#) vgl zB Kater in: Kasseler Kommentar, [§ 103 SGB X](#) RdNr 54 mwN, Stand Mai 2006, anders nur für den Fall einer bereits erfolgten bindenden Leistungsablehnung durch den verpflichteten Träger, RdNr 56 mwN, vgl BSG [SozR 3-1300 § 112 Nr 2](#) Leitsatz 1 und S 4 f). Es ist geradezu ein Charakteristikum, dass eine bindende Leistungsbewilligung im Verhältnis eines Trägers zum Versicherten einem Erstattungsanspruch gegen einen anderen Träger nicht entgegensteht, es sei denn, der Träger hat von vornherein eine schon abstrakt-generelle (dh ihrer Art nach) nicht in seinem Zuständigkeitsbereich fehlende Leistung erbracht. Dann kann er die von vornherein rechtswidrige Leistung vom Leistungsempfänger nach Maßgabe der [§§ 44 ff SGB X](#) zurückfordern und darf sich nicht an einen anderen Träger halten, der diese Leistung hätte rechtmäßig erbringen können (vgl [BSGE 58, 263](#), 275 = [SozR 2200 § 1237 Nr 20](#) S 57 (zu [§ 105 SGB X](#))).

39

Entscheidend ist allein, dass der klagende KOV-Träger tatsächlich Leistungen an einen Versorgungsberechtigten erbracht hat, die ihrer Art nach von KOV-Trägern zu erbringen sind, dass vom Behandlungsgrund her aber die beklagte KK kostentragungspflichtig gewesen wäre. So verhält es sich, weil im Rahmen der durchgeführten Badekur nach den bindenden Feststellungen des LSG in erster Linie Leiden behandelt wurden, die mit den anerkannten Schädigungsfolgen des T. nicht in Zusammenhang stehen.

40

k) Dem Erstattungsanspruch nach § 18c Abs 5 Satz 2 BVG standen im Übrigen keine aus § 21 BVG iVm [§§ 107](#) bis [114 SGB X](#) herzuleitenden Einwendungen entgegen.

41

6. Soweit das LSG entschieden hat, auch die Leistungsgewährung des Klägers hinsichtlich der Dauer der Badekur bzw medizinischen Reha-Maßnahme führe zu einem Erstattungsanspruch gegen die beklagte KK im Umfang der vollständig dafür aufgewandten Kosten dem Grunde nach, kann ihm allerdings nicht gefolgt werden. Das LSG-Urteil war auf die Revision der Beklagten aufzuheben, soweit es um die Kosten der Badekur für einen Zeitraum geht, der den Leistungsrahmen der gesetzlichen Krankenversicherung überschreitet.

42

Die Leistungsrahmen im sozialen Entschädigungsrecht und im Krankenversicherungsrecht weichen voneinander ab, soweit es um die mögliche zeitliche Dauer einer medizinischen Reha-Maßnahme geht. Im Bereich des BVG sind keine ambulanten, sondern nur stationäre Badekuren vorgesehen, während das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung hinsichtlich der Anspruchsvoraussetzungen in [§ 40 Abs 1](#) und [Abs 2 SGB V](#) differenziert. Auch die Wartezeit nach Inanspruchnahme der Leistungen ist unterschiedlich ausgestaltet (§ 11 Abs 2 Satz 3 BVG: drei Jahre; [§ 40 Abs 3 Satz 2 SGB V](#) in der bis 31. Dezember 1999 geltenden Fassung: vier Jahre (seither Satz 4, vgl Gesetz vom 22. Dezember 1999, [BGBl I 2626](#))). Zudem sahen die einschlägigen Richtlinien des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung vor, dass die Dauer einer Badekur "mindestens 29 Tage" betrage; [§ 40 Abs 3 Satz 1 SGB V](#) (in der bis Ende 1999 geltenden Fassung) bestimmte dagegen seinerzeit, dass die stationären Reha-Maßnahmen vorbehaltlich der Ausnahme, dass eine Verlängerung der Leistung "aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich" war, krankenversicherungsrechtlich "für längstens drei Wochen" erbracht werden sollen.

43

Der unterschiedliche Umfang der möglichen Leistungsgewährung für Badekuren und medizinische Reha-Maßnahmen im BVG und im SGB V lässt sich entgegen der Ansicht des LSG nicht allein der Ebene der auch von einer KK hinzunehmenden Spannweite in Betracht kommender rechtmäßiger (Ermessens-)Entscheidungen des KOV-Trägers zuordnen. Das durch verwaltungsinterne Richtlinien konkretisierte Recht des BVG bietet keine Grundlage dafür, die gesetzlichen Leistungspflichten der KKn in Erstattungsfällen in abstrakt-genereller Weise über den vom SGB V vorgesehenen Leistungsrahmen hinaus zu erweitern. Legt [§ 40 Abs 3 Satz 1 SGB V](#) für die Dauer stationärer medizinischer Reha-Maßnahmen im Wege einer Soll-Vorschrift eine klar fixierte Regel-Obergrenze von drei Wochen fest, die nur unter strengen Voraussetzungen erweitert werden kann ("Verlängerung der Leistung aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich" - das LSG ist insoweit unzutreffend von einer erst zum 1. Januar 2000 in Kraft getretenen Textfassung ausgegangen) -, kann diese Entscheidung des Gesetzgebers auch in Erstattungsfällen nicht im Sinne eines Automatismus durch eine bloße Verwaltungspraxis der KOV-Träger im Bereich des BVG unterlaufen werden. Das aber würde geschehen, wenn bei Schwerbeschädigten iS des BVG durch ministerielle Verwaltungsvorschrift und ohne weitere Prüfung der individuellen Notwendigkeit bei diesem Personenkreis auch krankenversicherungsrechtlich bei medizinischen Reha-Maßnahmen generell von einer Leistungsdauer von mehr als drei Wochen, nämlich für "mindestens 29 Tage" auszugehen wäre. Soll-Vorschriften wie [§ 40 Abs 3 Satz 1 SGB V](#) räumen der Behörde für den Regelfall kein Ermessen ein, sondern ermöglichen über den Regelungsinhalt hinausgehende Rechtsfolgen und Abweichungen nur ausnahmsweise in atypischen, besonders gelagerten Fällen; es muss sich um Fälle handeln, in denen keine allgemeine Aussage möglich ist, sondern bei denen es gerade auf die Umstände des Einzelfalls ankommt (vgl zB [BSGE 59, 111](#), 115 = [SozR 1300 § 48 Nr 19](#); [BSGE 87, 31](#), 39 = [SozR 3-4100 § 134 Nr 22](#); Seewald in: Kasseler Kommentar, Stand Mai 2006, [§ 39 SGB I](#) RdNr 7 mwN). Dabei muss die Ausnahme so bedeutsam sein, dass die für die Regelentscheidung maßgeblichen Gründe im konkreten Fall nicht tragend sind (so [BSGE 74, 287](#), 294 = [SozR 3-1300 § 48 Nr 33](#)). In dieser Weise ist auch der Textpassus auszuliegen, dass eine Verlängerung der Leistung über drei Wochen hinaus "aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich" sein muss. Solche besonderen Umstände sind hier nicht ersichtlich.

44

Vor diesem rechtlichen Hintergrund ist die in § 18c Abs 5 Satz 2 BVG vorausgesetzte Verpflichtung der Beklagten entsprechend den Vorgaben der Sollvorschrift des [§ 40 Abs 3 Satz 1 SGB V](#) (in der bis 31. Dezember 1999 geltenden Fassung) auf die Erstattung der Kosten für

eine nur dreiwöchige stationäre Reha-Maßnahme eingeschränkt. Das LSG hat im Falle des T. weder außergewöhnliche Umstände des Einzelfalls festgestellt noch sind sonst besondere individuelle Gründe erkennbar oder geltend gemacht worden, die eine Überschreitung des gesetzlichen krankensicherungsrechtlichen Leistungsrahmens in seinem konkreten Fall rechtfertigen könnten. Dass im Anschluss an die versorgungsrechtlichen Vorgaben auch krankensicherungsrechtlich ausschließlich eine Maßnahme von "mindestens" 29 Tagen Dauer angezeigt war, lässt sich nicht erkennbar rechtfertigen. Zur Rechtfertigung scheidet insbesondere der Hinweis des LSG aus, dass es sich bei den nach dem BVG versorgungsberechtigten Schwerbeschädigten zumeist um (hoch)betagte, multimorbide Personen handle; denn dies wäre ein generelles, typisierendes Kriterium, das der gesetzlichen Regelung des Krankensicherungsrechts zuwiderläuft. Zudem würden damit Gleichheitsprobleme im Verhältnis zu Versicherten der gesetzlichen Krankensicherung aufgeworfen, welche sich ebenfalls in höherem Lebensalter befinden und an schweren, unabhängig von versorgungsrechtlich bedeutsamen Ursachen bestehenden Erkrankungen leiden.

45

Die Unterschiede auf der Leistungsseite lassen sich nicht mit dem LSG unter Hinweis auf das Zusammenarbeitsgebot der Leistungsträger und eine insoweit eingeschränkte Rechtmäßigkeitskontrolle auflösen. Denn die grundsätzliche Respektierung ergangener Ermessensentscheidungen eines anderen Trägers hat nichts damit zu tun, dass jeder Leistungsträger den bei der Gewährung von Sozialleistungen für ihn maßgeblichen rechtlichen Rahmen einzuhalten hat. Eine als erstattungspflichtig in Anspruch genommene KK kann daher nicht ohne die Existenz von Sonderregelungen mittelbar über das auf den Erstattungsanspruch einwirkende soziale Entschädigungsrecht zu Leistungen verpflichtet werden, die sie nach dem für sie geltenden "Hausrecht" gar nicht erbringen dürfte. Bestätigt wird die Richtigkeit dieser Beurteilung schließlich durch allgemeine, zu [§§ 102 ff SGB X](#) anerkannte Grundsätze. Was den Erstattungsumfang anbelangt, wird das Erstattungsrecht von zwei "Eckpfeilern" bestimmt: Zum einen soll der erstattungsberechtigte Leistungsträger im Wege des Erstattungsanspruchs nicht mehr erhalten können, als er selbst dem Sozialleistungsempfänger an Leistungen erbracht hat; insoweit wirft der Fall des T. keine Probleme auf. Zum anderen soll aber - abgesehen von der hier nicht einschlägigen Sonderregelung in [§ 102 Abs 2 SGB X](#) - der erstattungspflichtige Leistungsträger nicht mehr erstatten müssen, als er nach dem für ihn maßgebenden Recht zu leisten gehabt hätte (vgl [§ 103 Abs 2](#), [§ 104 Abs 3](#), [§ 105 Abs 2](#) und vor allem [§ 106 Abs 3 SGB X](#)). Die Höhe des Erstattungsanspruchs ist also begrenzt durch das, was der erstattungspflichtige Träger jeweils selbst hätte erbringen müssen. Er hat grundsätzlich nicht mehr zu erstatten, als er unmittelbar dem Berechtigten gegenüber zu leisten gehabt hätte (vgl zB BSG SozR 1300 [§ 103 Nr 4 S 20 mwN](#)). In diesem Sinne beschränkt [§ 18c Abs 5 Satz 2 BVG](#) die Erstattungspflicht der KK auf dasjenige, was sie ohne Leistung des KOV-Trägers "gewährt hätte".

46

Es geht bei den dazu gemachten Ausführungen der Beklagten auch nicht um Einwendungen, die der Problematik zugeordnet werden können, ob der Kläger gegenüber dem Leistungsberechtigten T. in rechtlich nicht zu beanstandender Weise eine zweckidentische, krankensicherungsähnliche Leistung gewährt hat, sondern um die Frage des Umfangs von Erstattungsansprüchen bei unterschiedlichem Leistungsrahmen in verschiedenen Sozialleistungsbereichen. Insoweit gilt auch im Rahmen des [§ 18c Abs 5 Satz 2 BVG](#), dass selbst dann, wenn die Leistungsbewilligung gegenüber T. in Einklang mit den Regelungen des BVG stand, daraus nicht automatisch identische und deckungsgleiche Leistungs- und Erstattungspflichten der Beklagten folgen. Deshalb ist [§ 18c Abs 5 Satz 3 BVG](#) als Ausnahme von dessen Satz 2 konzipiert, nicht aber als umfassende Begrenzung von Erstattungsansprüchen. Die bloße allgemeine Zweckidentität von Badekur und stationärer medizinischer Reha-Maßnahme führt im Falle des T. nicht schon dazu, dass unter dem Blickwinkel des SGB V von einer identischen krankensicherungsrechtlichen Leistungspflicht der Beklagten und ihrer Erstattungspflicht gegenüber dem Kläger in dem von ihm aufgewandten Umfang ausgegangen werden müsste. Wenn das Recht der sozialen Entschädigung insoweit günstigere Leistungsbedingungen vorsieht als das Krankensicherungsrecht, ist die von einem Leistungsakt mitbetroffene KK über den Umweg des Erstattungsrechts daher keinen umfangreicheren Leistungspflichten ausgesetzt als sie in ihrem originären Bereich des SGB V gegenüber ihren Versicherten allgemein bestehen. Für eine davon abweichende Sichtweise geben die Regelungen des BVG nichts her.

47

Nach diesen Grundsätzen ist zugleich ausgeschlossen, aus den [§§ 102 ff SGB X](#) einen weitergehenden Anspruch des Klägers abzuleiten.

48

7. Die Revision konnte nach alledem nur in dem aus der Urteilsformel ersichtlichen Umfang, dh im Ergebnis für eine dreiwöchige stationäre medizinische Reha-Maßnahme in der streitbefangenen Zeit, erfolgreich sein. In dem nunmehr beim SG durchzuführenden Nachverfahren ist noch über die Höhe des Erstattungsanspruchs zu entscheiden. Darüber hinaus muss das SG neben der verfahrensabschließenden Kostenentscheidung für die erste und zweite Instanz auch eine Entscheidung über die Kosten des Revisionsverfahrens mittreffen.

Rechtskraft

Aus

Login

BRD

Saved

2006-09-19