

L 3 R 982/10

Land

Berlin-Brandenburg

Sozialgericht

LSG Berlin-Brandenburg

Sachgebiet

Rentenversicherung

Abteilung

3

1. Instanz

SG Berlin (BRB)

Aktenzeichen

S 1 R 3068/08

Datum

07.10.2010

2. Instanz

LSG Berlin-Brandenburg

Aktenzeichen

L 3 R 982/10

Datum

02.03.2012

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Auf die Berufung der Klägerin wird das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 07. Oktober 2010 aufgehoben und die Beklagte verurteilt, an die Klägerin 27.293,06 EUR zu zahlen. Die Beklagte hat die Kosten des gesamten Rechtsstreits zu tragen. Die Revision wird nicht zugelassen. Der Streitwert wird auf 27.293,06 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt von der Beklagten die Erstattung der einem Versicherten erbrachten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Hierbei ist zwischen den Beteiligten streitig, ob [§ 14 Abs. 4 S. 3](#) des Neunten Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB IX) bzw. die am 01. Mai 2004 in Kraft getretene "Verfahrensabsprache zur Anwendung von [§ 14 Abs. 1 Satz 3 und Abs. 4 SGB IX](#) bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zur schnellen Leistungserbringung im Zusammenhang mit Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten" (Verfahrensabsprache) der Geltendmachung eines Erstattungsanspruchs von vornherein entgegen steht.

Der Versicherte erlitt am 23. November 2001 einen Wegeunfall, indem er als Fahrradfahrer auf dem Weg von seiner Arbeitsstelle nach Hause von einem Personenkraftwagen erfasst wurde und ein offenes Schädelhirntrauma dritten Grades mit Epiduralhämatom rechts, traumatischer Subarachnoidalblutung, Hirnödemen, frontaler Calotten-, Siebbein- und Keilbeinfraktur rechts und Olfactoriusabriss rechts davon trug, vgl. Durchgangsarztbericht von Prof. Dr. B (Krankenhaus B) vom 03. Januar 2002 und Arztberichte der Dres. W u.a. (Bezirksklinikum R, Fachklinik für neurologische Rehabilitation) vom 31. Mai 2002 und 13. Juni 2002. Nach einer intensivmedizinischen und sodann stationären, später teilstationären Weiterbehandlung bzw. Rehabilitation wurde der Versicherte im Bezirksklinikum R in einem beschäftigungstherapeutischen Nachsorgeprogramm ambulant weiterbehandelt. Es wurden beim Versicherten schwer gestörte Aufmerksamkeitsfunktionen, stark vermehrte Ablenkbarkeit, psychomotorische Verlangsamung, Störung der selektiven und geteilten Aufmerksamkeit, deutliche Gedächtniseinbußen, Beeinträchtigungen in allen Gedächtnisfunktionen, deutliche Beeinträchtigungen der Auffassungsgabe, des abstrakten Denkens, Planens und Problemlösens festgestellt, wobei eine bereits prämorbid, sehr einfache Intelligenzstruktur im Sinne einer leichten Minderbegabung unterstellt wurde, vgl. o.g. Arztbericht des Bezirksklinikums R vom 31. Mai 2002. Es wurde von Seiten der Ärzte und Therapeuten die Empfehlung ausgesprochen, dem Versicherten aufgrund der kognitiven und körperlichen Einschränkungen eine Wiedereingliederungsmaßnahme in einer Werkstatt für Behinderte zu gewähren, vgl. Neuropsychologischen Zwischenbericht von Dipl.-Psych. W (Bezirksklinikum R) vom 28. Februar 2002 nebst Abschlussbericht des Sozialpädagogen/ Therapeuten G vom 25. Februar 2002 (ebendort) und dessen Empfehlungsschreiben vom 05. Juni 2002.

Die Klägerin hatte durch eine Unfallanzeige der Krankenkasse des Versicherten vom 12. Dezember 2001 (Posteingang bei der Beklagten am 13. Dezember 2001) Kenntnis vom Wegeunfall erhalten. Nach medizinischen Ermittlungen gewährte sie ihm, nachdem er der Klägerin zum Zweck der Leistungsgewährung unter dem 05. Februar 2002 einen von ihm ausgefüllten Wegeunfall-Fragebogen übersandt und unter dem 15. April 2002 die Kontoverbindung angegeben hatte, aufgrund der Bescheide vom 18. September 2001 und 08. November 2002 die Aufnahme zum 01. Oktober 2002 in die R Werkstätten bzw. eine ebendort stattfindende Berufsbildungsmaßnahme bis zum 31. Oktober 2003. Ferner übernahm sie Fahrtkosten und bewilligte Übergangsgeld einschließlich Sozialbeiträge. Die im Anschluss von der Klägerin veranlasste Begutachtung des Versicherten, vgl. nervenärztliches Gutachten der Ärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. K vom 21. Februar 2003, unfallchirurgisches Zusatzgutachten des Chirurgen Dr. S vom 14. Februar 2003 und nervenärztliche Stellungnahme des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. K vom 13. Oktober 2003, ergab, dass als Folge des beim Wegeunfall erlittenen Schädel-Hirn-Traumas eine Anosmie (Riechstörung) und sehr geringe enzephalopathische Restbeschwerden mit Kälteempfindlichkeit ohne Behandlungsbedürftigkeit bestünden. Aufgrund vorbestehender intellektueller Einschränkungen sei es fraglich, ob der Versicherte überhaupt vor dem Unfall seine Tätigkeit als Reinigungskraft konkurrenzfähig ausgeübt habe. Die jetzige Tätigkeit in einer Behindertenwerkstätte dürfe wohl für seine Fähigkeiten geeignet sein, wobei anzumerken sei, dass wahrscheinlich auch schon vor dem Unfall die Voraussetzungen für eine Aufnahme

in die Behindertenwerkstätte vorgelegen hätten. Allein aufgrund der Unfallfolgen sei eine Aufnahme in eine Behindertenwerkstatt nicht erforderlich.

Zwischenzeitlich lehnte die Klägerin mit Bescheid vom 17. Februar 2004 die Gewährung einer Rente aus der gesetzlichen Unfallversicherung gegenüber dem Versicherten ab. Den hiergegen gerichteten Widerspruch des Versicherten wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 23. Juni 2005 zurück. Die hiergegen zum Sozialgericht Regensburg (S [4 U 149/05](#)) erhobene Klage wurde nach Einholung schriftlicher Sachverständigengutachten des Facharztes für Neurologie Dr. Z vom 13. Dezember 2005 und des Chefarztes der Abteilung für Neurologie am Krankenhaus B Dr. K vom 26. Juli 2006 nebst eines neuropsychologischen Zusatzgutachtens des Klinischen Psychologen N vom 01. September 2006 mit Gerichtsbescheid vom 06. September 2007 unter Einbeziehung einer weiteren gutachterlichen Stellungnahme des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. K vom 07. August 2007 rechtskräftig mit der Begründung abgewiesen, dass unter Berücksichtigung der prämorbid intellektuellen Leistungsminderung des Versicherten auf neurologischem Fachgebiet unfallbedingt lediglich eine inkomplette Anosmie zu objektivieren gewesen sei.

Das Ergebnis ihrer medizinischen Ermittlungen nahm die Klägerin zum Anlass, die Beklagte mit Schreiben vom 13. Juli 2004 zur Erstattung von 24.736,42 EUR aufzufordern. Die Beklagte trat in eigene Ermittlungen zu den versicherungsrechtlichen und persönlichen Voraussetzungen ein. Sie zog die von der Beklagten eingeholten Gutachten bei, holte eine Stellungnahme ihres sozialärztlichen Diensts durch die Ärztin für Sozialmedizin Dr. I vom 30. Juni 2003 ein und gelangte zum Schluss, dass die versicherungsrechtlichen und persönlichen Voraussetzungen vorlagen. Mit Schreiben vom 08. Juli 2003 stellte die Beklagte der Klägerin gegenüber fest, dass die versicherungsrechtlichen und persönlichen Voraussetzungen geprüft worden und gegeben seien. Die Kostenübernahme könne ausschließlich wegen der Fristversäumnis zur Weiterleitung des Antrags nicht erfolgen.

Die Klägerin hat ihr Begehren mit der am 04. Oktober 2006 zum Sozialgericht Berlin (SG) erhobenen Klage weiterverfolgt und geltend gemacht, die Beklagte sei für die von der Kläger erbrachten Leistungen zuständig gewesen. Deshalb sei die Beklagte zur Erstattung verpflichtet. Es sei auf die Verfahrensabsprache zu verweisen. Nicht allein schon wegen geringer Zweifel an der eigenen Zuständigkeit sollten Leistungsanträge rein vorsorglich zum Nachteil der Leistungsberechtigten weitergeleitet werden. Vielmehr müsse der erstangegangene Rehabilitationsträger in Fällen wie dem vorliegendem eine Erstattung verlangen können, wenn erst nachträglich und ohne sein Verschulden neue Erkenntnisse die Zuständigkeit eines anderen Rehabilitationsträgers begründeten. Es sei ferner auf das Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) vom 30. Juni 2003 hinzuweisen, welches den Standpunkt der Klägerin untermauere. Die Klägerin hat die Klage wegen in der ursprünglichen Klageforderung noch nicht enthaltener Fahrkosten mit Schriftsatz vom 02. April 2008 um 2.556,64 EUR erweitert.

Die Beklagte ist der Klage mit dem Vorbringen entgegen getreten, dass der erstangegangene Unfallversicherungsträger zwar nach der Verfahrensabsprache bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, jedoch nach Abschnitt II der Verfahrensabsprache nicht bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben einen Erstattungsanspruch gemäß [§ 105](#) des Zehnten Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB X) geltend machen könne. Die Rehabilitationsträger hätte von der in [§ 14 Abs. 4 S. 3 SGB IX](#) enthaltenen Ermächtigung Gebrauch gemacht, Abweichendes zu regeln und Erstattungsansprüche für Fälle wie den vorliegenden ausgeschlossen. Das Schreiben des BMGS sei nicht relevant, weil es keine Rechtsnorm sei und von der Verfahrensabsprache vom Mai 2004 als überholt anzusehen sei.

Das SG hat das Verfahren mit Beschluss vom 27. August 2007 zunächst im Einverständnis der Beteiligten im Hinblick auf die damals beim Bundessozialgericht (BSG) anhängige Revision [B 1 KR 34/06](#) ruhend gestellt und nach Wiederaufnahme des Verfahrens die Klage mit Urteil vom 07. Oktober 2010 abgewiesen. Es hat zur Begründung ausgeführt, dass sich ein Erstattungsanspruch auch nicht aus [§ 104 SGB X](#) herleiten lasse. Die Klägerin sei nämlich nicht nachrangiger Leistungsträger im Sinne der vorgenannten Vorschrift; sie sei bereits nicht sachlich zuständig gewesen, weil die medizinischen Gründe, derentwegen die Teilhabeleistungen erbracht worden seien, nicht erst auf dem Unfall beruhten, sondern unabhängig von diesem bestünden und so keinen gegen die Kläger bestehenden Leistungsanspruch ausgelöst hätten. So käme allenfalls ein Erstattungsanspruch aus [§ 105 SGB X](#) in Betracht, der aber gerade durch [§ 14 Abs. 4 S. 3 SGB X](#) ausgeschlossen sei.

Die Klägerin hat gegen das ihr am 13. Oktober 2010 zugestellte Urteil am 26. Oktober 2010 Berufung eingelegt. Sie vertieft ihr erstinstanzliches Vorbringen und verweist zur Untermauerung ihres Standpunkts insbesondere auf das Urteil des BSG vom 26. Juni 2007 – [B 1 KR 34/06 R](#) -. Die Klägerin sieht sich auch durch die zum 01. Dezember 2010 in Kraft getretenen "Gemeinsame Empfehlungen über die Ausgestaltung des in [§ 14 SGB IX](#) bestimmten Verfahrens (Gemeinsame Empfehlung zur Zuständigkeitserklärung)" in ihrem Standpunkt bestätigt.

Die Klägerin beantragt (sachdienlich gefasst),

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 07. Oktober 2010 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an sie 27.293,06 EUR zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Die Beteiligten haben mit Schriftsätzen vom 07. November und 26. September 2011 ihr Einverständnis mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung durch den Berichterstatter anstelle des Senats erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vortrags der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten und beigezogenen Verwaltungsakten der Beteiligten verwiesen und inhaltlich Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Der Berichterstatter kann, weil die vorliegende Streitsache weder besondere Schwierigkeiten tatsächlicher oder rechtlicher Art aufweist noch von grundsätzlicher Bedeutung ist, in Ausübung seines insofern eröffneten richterlichen Ermessens anstelle des Senats im schriftlichen Verfahren ohne Durchführung einer mündlichen Verhandlung entscheiden, weil die Beteiligten hierzu ihr Einverständnis erklärt haben, vgl. [§§ 155 Abs. 3](#) und [4, 153 Abs. 1](#) in Verbindung mit [§ 124 Abs. 2](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG).

Die zulässige Berufung der Klägerin ist begründet. Das SG hat die Klage zu Unrecht abgewiesen. Die Klägerin hat gegen die Beklagte den von ihr geltend gemachten Erstattungsanspruch.

Der klägerische Anspruch ergibt sich aus [§ 104 Abs. 1 SGB X](#). Nach [§ 104 Abs. 1 S. 1 SGB X](#) ist, wenn ein nachrangig verpflichteter Leistungsträger Sozialleistungen erbracht hat, ohne dass die Voraussetzungen von [§ 103 Abs. 1](#) vorliegen, der Leistungsträger erstattungspflichtig, gegen den der Berechtigte vorrangig einen Anspruch hat oder hatte, soweit der Leistungsträger nicht bereits selbst geleistet hat, bevor er von der Leistung des anderen Leistungsträgers Kenntnis erlangt hat. Nachrangig verpflichtet ist gemäß [§ 104 Abs. 1 S. 2 SGB X](#) ein Leistungsträger, soweit dieser bei rechtzeitiger Erfüllung der Leistungsverpflichtung eines anderen Leistungsträgers selbst nicht zur Leistung verpflichtet gewesen wäre. Ein Erstattungsanspruch besteht gemäß [§ 104 Abs. 1 S. 3 SGB X](#) nicht, soweit der nachrangige Leistungsträger seine Leistungen auch bei Leistung des vorrangig verpflichteten Leistungsträgers hätte erbringen müssen. Der Umfang des Erstattungsanspruchs richtet sich gemäß [§ 104 Abs. 3 SGB X](#) nach den für den vorrangig verpflichteten Leistungsträger geltenden Rechtsvorschriften.

Hieran gemessen liegen die Voraussetzungen für den klägerischen Anspruch vor.

Zunächst erbrachte die Klägerin an den Versicherten Sozialleistungen i.S.v. [§ 11 S. 1](#) i.V.m. [§ 22 Abs. 1 Nr. 2](#) des Ersten Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB I) in Form von Leistungen im Eingangsverfahren (Bescheid vom 18. September 2002) und im Berufsbildungsbereich (Bescheid vom 08. November 2002) einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen (vgl. [§ 40 Abs. 1 SGB IX](#)).

Dies tat die Klägerin als gegenüber der Beklagten nachrangig verpflichteter Leistungsträger i.S.v. [§ 104 Abs. 1 S. 1 und S. 2 SGB X](#).

Wenn ein Sozialleistungsträger einen Rehabilitationsantrag nicht nach [§ 14 Abs. 1 S. 2 SGB IX](#) innerhalb von zwei Wochen nach Eingang weiterleitet, weil er aufgrund des Antrags seine Zuständigkeit prüft und zunächst bejaht, begründet [§ 14 Abs. 1 S. 1](#) i.V.m. Abs. 2 S. 1 und 2 SGB IX für das Erstattungsverhältnis zwischen den Trägern eine nachrangige Zuständigkeit des erstangegangenen Trägers, wenn er nach den Zuständigkeitsregelungen außerhalb von [§ 14 SGB IX](#) unzuständig, ein anderer Träger aber zuständig gewesen wäre. Dies ermöglicht es, dass der erstangegangene Rehabilitationsträger im Rahmen eines Erstattungsstreits sich die Kosten der Rehabilitationsmaßnahme nach [§ 104 SGB X](#) vom vorrangig zuständigen Rehabilitationsträger erstatten lässt. Danach kann dem nach [§ 14 Abs. 2 S. 1 SGB IX](#) im Außenverhältnis zum Versicherten zuständigen Leistungsträger im Erstattungswege ein Anspruch wegen nachrangiger Verpflichtung zur nachträglichen Korrektur der irrtümlichen Bejahung seiner Zuständigkeit nach den Regeln außerhalb des Regimes des [§ 14 SGB IX](#) aus [§ 104 SGB X](#) zustehen (BSG, Urteil vom 02. November 2010 - [B 1 KR 9/10 R](#) -, zitiert nach juris Rn. 12 unter Bezugnahme auf BSG, Urteil vom 26. Juni 2007 - [B 1 KR 34/06](#) -, zitiert nach juris Rn. 9 und 28). Ein Fall des nachträglichen Entfallens des Anspruchs gemäß [§ 103 SGB X](#) liegt in solchen Fällen nicht vor. Die Norm regelt den Anspruch des Leistungsträgers, dessen Leistungsverpflichtung – anders als hier – nachträglich entfallen ist. Wenn sich darauf berufen wird, irrtümlich von der eigenen Zuständigkeit im Rahmen der Prüfung innerhalb von zwei Wochen nach Zugang des Leistungsantrags des Versicherten ausgegangen zu sein, kann lediglich ein Anspruch aus [§ 104 SGB X](#) eingreifen (BSG, ebd.).

Dieses Auslegungsergebnis ist der Notwendigkeit geschuldet, dass das System der Erstattungsansprüche dem Primärzweck des [§ 14 SGB IX](#) dient, nämlich der schnellen Zuständigkeitsklärung im Außenverhältnis. Deshalb darf es keinen Anreiz schaffen, zur Wahrung potentieller Erstattungsansprüche Rehabilitationsanträge – mit der Folge einer vermeidbaren Verzögerung – an einen anderen Träger weiterzuleiten, der sich als zweitangegangener Rehabilitationsträger gegen seine Zuständigkeit im Außenverhältnis nicht wehren kann. Würde jeder Irrtum eines (erstangegangenen) Rehabilitationsträgers bei der Annahme der eigenen Zuständigkeit unweigerlich den Ausschluss von Erstattungsansprüchen nach sich ziehen, während eine nachträgliche Prüfung im Rahmen von Erstattungsstreitigkeiten des zweitangegangenen Rehabilitationsträgers stets gewährleistet wäre, könnte dies als Stimulans wirken, Rehabilitationsanträge – und sei es unter fadenscheinigsten Vorwänden – weiterzuleiten (BSG, Urteil vom 26. Juni 2007 - [B 1 KR 34/06 R](#) -, zitiert nach juris Rn. 15). Notwendiges Korrelat der schnellen und strikten Zuständigkeitsklärung im Außenverhältnis unter Beibehaltung des gegliederten Sozialsystems ist mithin ein umfassender Ausgleichsmechanismus, der verhindert, dass Zufälligkeiten oder Entlastungsstrategien im Zusammenhang mit der Zuständigkeitsordnung des [§ 14 SGB IX](#) zu einer Lastenverschiebung zwischen den einzelnen Rehabilitationsträgern führen. Nicht im Verhältnis zum behinderten Menschen, sondern vielmehr im Erstattungsverhältnis der Rehabilitationsträger untereinander wird dem gegliederten Sozialrechtssystem Rechnung getragen. Dieser Ausgleichsmechanismus sichert zugleich, dass der Rehabilitationsträger seine Zuständigkeit im Rahmen von [§ 14 SGB IX](#) bejahen kann, ohne allein deshalb verpflichtet zu sein, im Verhältnis zu anderen Rehabilitationsträgern diese Lasten auch endgültig zu tragen (BSG, a.a.O., Rn. 16). Ausgehend von diesen Zielen und Grundsätzen schließt [§ 14 Abs. 4 SGB IX](#) die [§§ 102](#) ff. SGB X nicht umfassend aus, sondern passt deren Ausgleichssystem den speziellen Anforderungen des [§ 14 SGB IX](#) an (BSG, a.a.O., Rn. 17):

[§ 14 Abs. 4 S. 1](#) und 2 SGB IX trägt der Sondersituation des zweitangegangenen Rehabilitationsträgers Rechnung, indem er lediglich für ihn einen speziellen Erstattungsanspruch begründet. Er geht den allgemeinen Erstattungsansprüchen nach dem SGB X vor und verdrängt sie. Weil [§ 14 SGB IX](#) den zweitangegangenen Rehabilitationsträger dazu beruft, umfassend nach allen Leistungsvorschriften überhaupt zuständiger Rehabilitationsträger zu leisten, er sich mithin dieser Leistungspflicht nicht entziehen kann, bedarf es eines umfassenden Ausgleichsmechanismus (BSG., a.a.O., Rn. 18 bis 20).

Dem erstangegangenen Rehabilitationsträger steht ein (privilegierter) Erstattungsanspruch aus [§ 14 Abs. 4 S. 1](#) und 2 SGB IX – entsprechend [§ 102 Abs. 2 SGB X](#) – dagegen grundsätzlich nicht zu. Er ist – anders als der zweitangegangene Träger – nicht in gleicher Weise schutzwürdig. Er ist nicht einer aufgedrängten Zuständigkeit aus [§ 14 Abs. 1](#) und 2 SGB IX ausgesetzt, der er sich nicht entziehen kann. Er kann vielmehr seine Zuständigkeit prüfen und verneinen. Für ihn sind die Erstattungsansprüche in aller Regel auf diejenigen nach [§ 103 SGB X](#) und nach [§ 104 SGB X](#) begrenzt, während [§ 105 SGB X](#) ausgeschlossen ist. Das folgt aus [§ 14 Abs. 4 S. 3 SGB IX](#). Diese Norm sieht lediglich die Unanwendbarkeit von [§ 105 SGB X](#) für "unzuständige Rehabilitationsträger" vor, die "eine Leistung nach Abs. 2 Satz 1 und 2 erbracht

haben". Dies trägt der Zuständigkeitsbegründung für den erstangegangenen Rehabilitationsträger durch [§ 14 Abs. 1 S. 1 und Abs. 2 S. 1](#) und 2 SGB IX Rechnung: Hat ein Träger den Antrag nicht weitergeleitet, ist er zuständig. Er kann Erstattung jedenfalls nicht nach [§ 105 SGB X](#) verlangen. In den Fällen, in denen der erstangegangene Rehabilitationsträger den Antrag auf Rehabilitation nicht innerhalb von zwei Wochen nach Eingang weiterleitet, ist folglich - anknüpfend an die allgemeinen Grundsätze des Erstattungsrechts - danach zu differenzieren, aus welchen Gründen die Weiterleitung unterblieben ist: Hat der Rehabilitationsträger aufgrund des Antrags seine Zuständigkeit geprüft und bejaht, ist er zu keinem Prüfergebnis gekommen oder hat er seine Zuständigkeit verneint. Hat der Träger seine Zuständigkeit verneint und leistet er, obwohl ein anderer Rehabilitationsträger nach dem Ergebnis seiner Prüfung zuständig ist, kann er - nicht anders als im Rahmen der Regelungen der [§§ 102 bis 105 SGB X](#) - keine Erstattung beanspruchen. Er greift zielgerichtet in fremde Zuständigkeiten ein und missachtet das Weiterleitungsgebot des [§ 14 Abs. 1 S. 2 SGB IX](#). Für ihn bestätigt [§ 14 Abs. 4 S. 3 SGB IX](#) den Ausschluss jeglicher Erstattung. Hat der Träger dagegen die Zuständigkeit geprüft und bejaht, muss er im Nachhinein zu einer Korrektur im Rahmen der Erstattung befugt sein. Sonst wäre er gehalten, schon bei geringstem Verdacht einen Rehabilitationsantrag weiterzuleiten, um die Zuständigkeitsproblematik ggf. im Erstattungsstreit austragen zu können und andererseits nicht automatisch von jeglicher Erstattungsmöglichkeit ausgeschlossen zu sein. Das widerspräche sowohl dem Regelungszweck, zu einer schnellen Zuständigkeitsklärung gegenüber dem behinderten Menschen zu kommen, als auch dem Ziel, das gegliederte Sozialsystem zu erhalten. Soweit nicht ein Fall vorliegt, in dem der Anspruch auf die Rehabilitationsleistung nachträglich ganz oder teilweise entfallen ist, kommt zur nachträglichen Korrektur der irrtümlichen Bejahung seiner Zuständigkeit durch den erstangegangenen Träger im Erstattungswege nur ein Anspruch wegen nachrangiger Verpflichtung des Leistungsträgers aus [§ 104 SGB X](#) in Betracht. Das beruht darauf, dass [§ 14 Abs. 1 S. 1 und Abs. 2 S. 1](#) und 2 SGB IX einerseits die Zuständigkeit gegenüber dem behinderten Menschen schnell, klar und endgültig regelt, andererseits die eigentliche Zuständigkeitsordnung (außerhalb des [§ 14 SGB IX](#)) im Verhältnis der Rehabilitationsträger untereinander nicht antasten will. Deshalb schafft [§ 14 Abs. 1 S. 1](#) i.V.m. Abs. 2 S. 1 und 2 SGB IX nur eine nachrangige Zuständigkeit, die es zulässt, dass der erstangegangene Rehabilitationsträger im Rahmen eines Erstattungsstreits sich die Kosten der Rehabilitationsmaßnahmen nach [§ 104 SGB X](#) vom "eigentlich" zuständigen, in diesem Sinne vorrangigen Rehabilitationsträger erstatten lässt. Der Träger, der irrtümlich seine Zuständigkeit bejaht, wird damit nicht - im dargelegten Sinne dem Primärziel des [§ 14 SGB IX](#) zuwiderlaufend - dauerhaft mit den Kosten der Rehabilitationsmaßnahme belastet. Er wird aber auch nicht wie ein vorleistungspflichtiger oder zweitangegangener Träger in der Rechtsfolge privilegiert, sondern erhält Erstattung nur im Umfang des [§ 104 Abs. 3 SGB X](#) nach den für den vorrangig verpflichteten Leistungsträger geltenden Rechtsvorschriften (BSG, a.a.O., Rn. 21 bis 28).

Hiervon ausgehend war die Klägerin nachrangig zuständig, indem sie den sich schlüssig aus der von ihr gegenüber dem Versicherten angeregten Mitwirkung ergebenden Rehabilitationsantrag nicht innerhalb von zwei Wochen an die Beklagte als vorrangig verpflichteten Rehabilitationsträger weiterleitete, sondern die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben als Rehabilitationsleistungen selbst erbrachte, nachdem sie ihre Leistungszuständigkeit ausgehend von den damals vorliegenden ärztlichen Stellungnahmen prüfte und bejahte. Die von der Klägerin gewährten Leistungen im Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich der Werkstatt für behinderte Menschen fielen, wie erst spätere medizinische Ermittlungen ergaben, nicht in ihre Zuständigkeit. Zwar gehören die von ihr erbrachten Leistungen grundsätzlich auch zum Katalog der von der gesetzlichen Unfallversicherung zu erbringenden Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ([§ 35 Abs. 1](#) des Siebten Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB VII)). Leistungen aus dem Zweig der gesetzlichen Unfallversicherung werden jedoch nur gewährt, sofern sie auf einen dort versicherten Versicherungsfall zurückzuführen sind ([§ 1 Nr. 2 SGB VII](#)). Es steht nach den von der Klägerin durchgeführten und von der Beklagten im Ergebnis nicht bestrittenen medizinischen Ermittlungen auch für den Senat außer Frage, dass der beim Versicherten nach dem Unfall fortbestehende Rehabilitationsbedarf weder unmittelbar noch mittelbar seine (wesentliche) Ursache im versicherten Wegeunfall (vgl. [§ 8 Abs. 1](#) und 2 Nr. 1 SGB VII), sondern in seiner prä-morbiden Intelligenzminderung hatte, wie im Übrigen auch das schriftliche Sachverständigengutachten des Facharztes für Neurologie Dr. Z vom 13. Dezember 2005 und eine weitere gutachterliche Stellungnahme des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. K vom 07. August 2007 unter Würdigung sämtlicher zeitnah erhobener Befunde im sozialgerichtlichen Verfahren vor dem Sozialgericht Regensburg S [4 U 149/05](#) überzeugend bestätigen.

Vielmehr war die Beklagte für die Erbringung der Rehabilitationsleistungen zuständig. Der Versicherte erfüllte im Zeitpunkt des Beginns der Maßnahme, für welche die Klägerin Erstattungen fordert, die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nach [§§ 10 f.](#) des Sechsten Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB VI). Die Beklagte selbst stellte dies nach eigener Prüfung gegenüber der Klägerin fest, ohne dass sich Anhaltspunkte für in eine andere Richtung weisende Ermittlungsansätze bieten, welchen der Senat in Wahrnehmung der ihm nach [§ 103 SGG](#) obliegenden Amtsermittlungspflicht nachzugehen hätte. Die Leistungen im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen gemäß [§ 16 SGB VI](#) i.V.m. [§ 40 SGB IX](#) gehören ebenso zum Leistungskatalog des Trägers der gesetzlichen Rentenversicherung als Rehabilitationsträgers i.S.v. [§ 6 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX](#) wie die Fahrtkosten als ergänzende Leistungen gemäß [§ 44 Abs. 1 Nr. 5 SGB IX](#) und das Übergangsgeld gemäß [§§ 20 f. SGB VI](#) i.V.m. [§ 45 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX](#).

Dass der von der Klägerin geltend gemachte Erstattungsbetrag dem gemäß [§ 104 Abs. 3 SGB X](#) nach den Regeln der gesetzlichen Rentenversicherung zu bemessenden Umfang des Erstattungsanspruchs entspricht und rechnerisch richtig ist, stellt die Beklagte nicht in Abrede.

Soweit die Beklagte demgegenüber auch bereits die Anwendbarkeit des [§ 104 SGB X](#) im Hinblick auf die Verfahrensabsprache in Abrede stellt, ist ihr schon deshalb nicht zu folgen, weil die Verfahrensabsprache ihrer klaren Fassung in Abschnitt I.1.2.2 bzw. Abschnitt II nach nur die Frage betrifft, ob der vorleistende Unfallversicherungsträger einen Erstattungsanspruch aus [§ 105 SGB X](#) hat. Ob andere Erstattungsansprüche bestehen oder ausgeschlossen sein sollen, wird durch die Verfahrensabsprache gerade nicht geregelt; insbesondere äußert sie sich nicht zu einem - wie hier einschlägigen - Erstattungsanspruch aus [§ 104 SGB X](#). Hierfür besteht im Übrigen vor dem Hintergrund des gesetzlichen Anknüpfungspunkts der Verfahrensabsprache auch kein Anlass. [§ 14 Abs. 4 S. 3 SGB IX](#) bestimmt nach seiner klaren gesetzlichen Fassung ("§ 105 des Zehnten Buchs nicht anzuwenden, es sei denn, die Rehabilitationsträger vereinbaren Abweichendes") ohnehin nur den grundsätzlichen Ausschluss der Anwendung des [§ 105 SGB X](#) - und nicht anderer Erstattungsansprüche - und eröffnet lediglich die Möglichkeit, anstelle der grundsätzlich anwendbaren Erstattungsregelungen nach dem SGB X abweichende Ausgleichsregelungen zu vereinbaren (vgl. BSG, Urteil vom 26. Juni 2007 - [B 1 KR 34/06](#) -, zitiert nach juris Rn. 23). So kann die Frage dahinstehen, ob die erst am 01. Mai 2004 in Kraft getretene Verfahrensabsprache auch das vorliegende, bereits in der Zeit davor abschließend entstandene Erstattungsverhältnis überhaupt erfassen kann.

Für die Richtigkeit der - gerichtlich voll überprüfbaren - rechtlichen Sichtweise der Beklagten spricht letztlich auch § 5 Abs. 1 S. 1 der Gemeinsamen Empfehlung zur Zuständigkeitserklärung in der Fassung vom 28. September 2010, wonach, wenn der erstangegangene

Träger den Antrag auf Rehabilitation nicht innerhalb von zwei Wochen nach Eingang weitergeleitet hat, weil er nach vorangegangener Prüfung seine Zuständigkeit irrtümlich angenommen hat, und sich im Nachhinein seine Unzuständigkeit herausstellt, er einen Erstattungsanspruch nach [§ 104 SGB X](#) gegen den eigentlich zuständigen Träger geltend machen soll (Satz 1) und, wenn der erstangegangene Rehabilitationsträger in Kenntnis seiner Unzuständigkeit den Antrag nicht weitergeleitet und geleistet hat, er hingegen keinen Erstattungsanspruch hat. Anhaltspunkte dafür, dass diese Bestimmung einer gegenüber dem vorliegenden Fall erst nachträglich veränderten Sach- und Rechtslage entspricht bzw. Rechnung tragen soll, bestehen nicht. Vielmehr entspricht diese Bestimmung der vorzitierten Rechtsprechung des BSG.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 S. 1 Hs. 3 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1](#) der Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO) und folgt dem Ausgang des Rechtsstreits in der Sache selbst.

Die Revision ist nicht zuzulassen, weil Zulassungsgründe nach [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Der Streitwert ist gemäß [§ 197a Abs. 1 S. 1 Hs. 1 SGG](#) i.V.m. [§§ 63 Abs. 2 S. 1](#), [52 Abs. 1](#) des Gerichtskostengesetzes (GKG) festzusetzen.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2012-05-21