

Bundessozialgericht

1 RA 63/85

Im Namen des Volkes

Urteil

in dem Rechtsstreit

.....
Klägerin und Revisionsklägerin,
vertreten durch

g e g e n

.....
Beklagte und Revisionsbeklagte.

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts hat ohne mündliche
Verhandlung am 22. Juli 1987

für Recht erkannt:

Die Revision der Klägerin gegen das Urteil des Landes-
sozialgerichts Baden-Württemberg vom 19. November 1985 wird
zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Revisionsverfahrens sind nicht
zu erstatten.



[JLaw – Gesetze und Urteile](#)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



-2-

G r ü n d e :

I

Im Streit ist ein Erstattungsanspruch der klagenden Betriebskrankenkasse (BKK).

Die im Jahre 1948 geborene Kontoristin Astrid T. (im folgenden: Versicherte) ist bei der Klägerin gegen Krankheit und bei der beklagten Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) rentenversichert. Sie leidet von Geburt an unter einer beidseitigen hochgradigen Verkürzung der hüftstreckenden und kniebeugenden Muskelgruppe bei spastischer Diplegie. Ihr behandelnder Arzt empfahl ihr zur Verbesserung ihrer Steh- und Gehfähigkeit eine Operation in der Orthopädischen Universitätsklinik Basel nach einer dort entwickelten, besonders erfolgversprechenden Operationsmethode. Die Versicherte beantragte deshalb im April 1980 bei der Klägerin die Übernahme der Kosten einer stationären Behandlung einschließlich der für den 16. Juni 1980 vorgesehenen Operation in der Orthopädischen Universitätsklinik B. sowie der anschließenden Nachbehandlung in der Solbadklinik R. (Schweiz). Die Klägerin erklärte sich zur Übernahme der Kosten der Operation und klinischen Behandlung bereit. Bezüglich der Kosten der Nachbehandlung erbat sie mit Schreiben vom 27. Mai 1980 unter Beifügung eines Antrages der Versicherten auf Bewilligung medizinischer Leistungen zur Rehabilitation vom 8. Mai 1980 eine Übernahme seitens der Beklagten. Diese lehnte die Beklagte ab, weil die von ihr bewilligten Maßnahmen grundsätzlich



[JLaw – Gesetze und Urteile](#)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



-3-

nur in den ihr zur Verfügung stehenden Einrichtungen durchgeführt würden und außerdem nach § 14c des Angestelltenversicherungsgesetzes (AVG) Rehabilitationsmaßnahmen nur im Inland zu erbringen seien. Gegenüber der Versicherten lehnte die Beklagte den Antrag auf medizinische Leistungen zur Rehabilitation im Verlaufe des Rechtsstreits mit Bescheid vom 31. Januar 1985 ab. Die Kosten der Nachbehandlung der Versicherten in der Solbadklinik R.

vom 3. Juli bis 14. August 1980 in Höhe von insgesamt 7.132,76 DM (Kosten der Unterbringung, Überweisungsspesen, Krankengeld) übernahm vorerst die Klägerin.

Deren Klage gegen die Beklagte auf Erstattung des Betrages von 7.132,76 DM hat das Sozialgericht (SG) Heilbronn abgewiesen (Urteil vom 30. August 1983). Das Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg hat nach Einholung eines Gutachtens des Prof. Dr. R. von der Orthopädischen Klinik der Universität H. vom 24. September 1985 die Berufung der Klägerin zurückgewiesen (Urteil vom 19. November 1985) und zur Begründung im wesentlichen ausgeführt:

Der von der Klägerin erhobene Erstattungsanspruch richte sich nach §§ 102 ff des Sozialgesetzbuchs, Zehntes Buch, Zusammenarbeit der Leistungsträger und ihre Beziehungen zu Dritten (SGB 10) vom 4. November 1982 (BGBl I S 1450). Als Anspruchsgrundlage komme allein § 105 SGB 10 in Betracht. Die Vorschrift normiere einen selbständig und originär neben dem Anspruch des Berechtigten bestehenden, eigenständigen Anspruch des erstattungsbegehrenden Leistungsträgers. Dieser Anspruch sei jedoch mit



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

-4-

dem Anspruch des (vermeintlich) Leistungsberechtigten inhaltlich untrennbar verknüpft mit der Folge, daß der auf Erstattung in Anspruch genommene Leistungsträger diejenigen Einwendungen, die ihm gegenüber dem Leistungsanspruch des Berechtigten zustünden, auch gegenüber dem erstattungsbegehrenden Leistungsträger erheben könne. Die Beklagte könne der Klägerin entgegenhalten, daß sie (Beklagte) im konkreten Fall zu Leistungen für eine im Ausland durchgeführte Rehabilitationsmaßnahme nicht verpflichtet sei. Das ergebe sich aus § 14c AVG. Ein Ausnahmefall im Sinne des Satzes 2 der Vorschrift liege nicht vor, weil nach dem Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. R. der Rehabilitationserfolg auch durch eine Maßnahme im Inland hätte sichergestellt werden können. Mit dem Einwand, die Beklagte handele angesichts des Unterlassens einer beschleunigten Entscheidung über den Antrag der Versicherten mit ihrer Berufung auf § 14c AVG rechtsmißbräuchlich, könne die Klägerin nicht gehört werden.

Mit der vom LSG zugelassenen Revision rügt die Klägerin eine Verletzung des § 105 SGB 10. Das LSG habe zu Unrecht die Beklagte deswegen nicht als zuständigen Leistungsträger angesehen, weil sie durch § 14c AVG an der Durchführung der medizinischen Rehabilitationsmaßnahme in der Schweiz gehindert gewesen sei. Die Beklagte sei weder rechtlich durch § 14c AVG noch aus tatsächlichen Gründen an der Gewährung der beantragten Rehabilitationsmaßnahme gehindert gewesen. Sie hätte in Wahrnehmung ihres Ermessens die Maßnahme in einer geeigneten Rehabilitationseinrichtung innerhalb der Bundesrepublik Deutschland durchführen können und müssen. Damit sei die Beklagte als zuständiger Leistungsträ-



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



5-

-5-

ger nicht deswegen unzuständig gewesen oder nachträglich geworden, weil sie aufgrund des § 14c AVG die Rehabilitationsmaßnahme nicht am selben Ort hätte durchführen können, an dem sie – die jedenfalls unzuständige Klägerin – sie durchgeführt habe. Die Beklagte könne sich deswegen bezüglich ihrer Zuständigkeit aus Rechtsgründen gegenüber dem Erstattungsanspruch nicht auf § 14c AVG berufen. Dem somit nach § 105 Abs 1 SGB 10 gegebenen Erstattungsanspruch stehe Abs 2 der Vorschrift nicht entgegen. Nur in dessen Rahmen und nicht zum Begriff "zuständiger Leistungsträger" gehöre die Auseinandersetzung mit § 14c AVG. Dessen Nichtbeachtung könne die Beklagte ihrem (der Klägerin) Erstattungsanspruch jedoch nicht entgegenhalten. Die Nichtbeachtung stelle eine Rechtsverletzung nicht dar. Sie (Klägerin) habe gemäß § 216 Abs 1 Nr 2 der Reichsversicherungsordnung (RVO) die erforderliche Leistung auch im Ausland erbringen dürfen. Dadurch seien weder der Zweck der Rehabilitationsmaßnahme in irgendeiner Weise beeinträchtigt noch unverhältnismäßig hohe Kosten aufgewendet worden. Derartige Einwendungen der Sache und der Höhe nach habe die Beklagte auch gar nicht vorgebracht. Sie könne dem Erstattungsanspruch auch nicht entgegenhalten, daß sie (Klägerin) in voller Kenntnis ihrer Unzuständigkeit geleistet habe. Das sei unter ausdrücklicher Berufung auf die Zuständigkeit der Beklagten allein im Wege der Vorleistung deswegen geschehen, um den wegen der Untätigkeit der Beklagten drohenden Schaden von der Versicherten abzuwenden. Überdies habe die Beklagte mit der Beschränkung ihrer Entscheidung darauf, daß sie eine Rehabilitationsmaßnahme in der Solbadklinik R. nach § 14c AVG nicht durchführen dürfe, ihrer Leistungspflicht nicht genügt. Sie hätte vielmehr eine



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

-6-

vollständige Entscheidung gegenüber der Versicherten selbst treffen und im Rahmen des ihr auferlegten Ermessens die Versicherte in eine nach ihrer Auffassung geeignete Klinik einweisen müssen. Daß der Entscheidungsprozeß bei der Beklagten hätte anders ablaufen können, wenn sie (Klägerin) die Versicherte zu einem früheren Zeitpunkt zur Stellung eines Rehabilitationsantrages bei der Beklagten gedrängt hätte, sei durch nichts bewiesen und könne außerdem angesichts ihrer (der Klägerin) Bemühungen um eine Entscheidung der Beklagten dem Erstattungsanspruch nicht im Wege stehen.

Die Klägerin beantragt,

unter Aufhebung der Urteile des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 19. November 1985 und des Sozialgerichts Heilbronn vom 30. August 1983 die Beklagte zu verurteilen, ihr (der Klägerin) die Kosten der stationären Unterbringung der Versicherten Astrid T. in der Solbadklinik R. /Schweiz vom 3. Juli bis 14. August 1980 nebst Überweisungsspesen und das gewährte Krankengeld im Gesamtbetrag von 7.132,76 DM zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

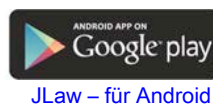
die Revision zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Die Beteiligten haben ihr Einverständnis mit einer Entscheidung



[JLaw – Gesetze und Urteile](#)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



-7-

-7-

durch Urteil ohne mündliche Verhandlung (§ 124 Abs 2 des Sozialgerichtsgesetzes -SGG-) erklärt.

II

Die durch Zulassung statthafte Revision der Klägerin ist zulässig, aber nicht begründet.

Der Klägerin steht ein Anspruch auf Erstattung ihrer für die bzw anlässlich der Nachbehandlung der Versicherten in der Solbadklinik R. vom 3. Juli bis 14. August 1980 (im folgenden durchgehend verkürzt bezeichnet als "Behandlung") aufgewendeten Kosten gegen die Beklagte nicht zu.

Das LSG hat rechtsfehlerfrei die Begründetheit des Erstattungsbegehrens der Klägerin auf der Grundlage der ab 1. Juli 1983 geltenden §§ 102 ff SGB 10 geprüft. Das folgt aus Art II § 21 SGB 10 als Konsequenz dessen, daß der Rechtsstreit der Beteiligten über den 30. Juni 1983 hinaus anhängig gewesen ist, und entspricht einer inzwischen gesicherten und ständigen Rechtsprechung des BSG (vgl Urteil des Senats in BSGE 58, 263, 273 = SozR 2200 § 1237 Nr 20 S 55 mwN).

§§ 102 oder 104 SGB 10 scheiden als Grundlage des von der Klägerin erhobenen Erstattungsanspruchs aus. Das hat das LSG in enger Anlehnung an das Urteil des erkennenden Senats vom 22. Mai 1985 (BSGE 58, 119, 120 ff = SozR 1300 § 104 Nr 7 S 18 ff) zutreffend



[JLaw – Gesetze und Urteile](#)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



-8-

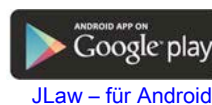
entschieden. Insoweit hat die Klägerin Revisionsrügen ausdrücklich nicht erhoben.

Ein Erstattungsanspruch aufgrund des § 105 SGB 10 steht der Klägerin ebenfalls nicht zu. Nach dieser Vorschrift ist, wenn ein unzuständiger Leistungsträger Sozialleistungen erbracht hat, ohne daß die Voraussetzungen des § 102 Abs 1 SGB 10 vorliegen, der zuständige oder zuständig gewesene Leistungsträger erstattungspflichtig, soweit dieser nicht bereits selbst geleistet hat, bevor er von der Leistung des anderen Leistungsträgers Kenntnis erlangt hat (§ 105 Abs 1 Satz 1 SGB 10). Der Umfang des Erstattungsanspruchs richtet sich nach den für den zuständigen Leistungsträger geltenden Rechtsvorschriften (§ 105 Abs 2 SGB 10).

Die Voraussetzungen des § 105 Abs 1 Satz 1 SGB 10 für den Bestand eines Erstattungsanspruchs der Klägerin dem Grunde nach sind erfüllt. Die Beklagte ist der für die Behandlung der Versicherten bzw für die Tragung der dadurch entstandenen Kosten zuständige und damit die Klägerin der unzuständige Leistungsträger gewesen. Das ergibt sich aus § 184a Satz 1 RVO in der hier anzuwendenden Fassung des § 21 Nr 9 des Gesetzes über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation vom 7. August 1974 - BGBl I S 1881; RehaAnglG - (zum maßgebenden Recht für Ansprüche auf Leistungen zur Rehabilitation seitens des Trägers der gesetzlichen Rentenversicherung vgl BSGE 58, 263, 266 f = SozR 2200 § 1237 Nr 20 S 48 mwN). Danach kann die Krankenkasse Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in Kur- oder Spezialeinrichtungen gewähren, wenn diese erforderlich ist, um eine Krankheit zu heilen, zu bessern



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



oder eine Verschlimmerung zu verhüten, und wenn nach den für andere Träger der Sozialversicherung geltenden Vorschriften mit Ausnahme des § 1305 Abs 1 RVO, des § 84 Abs 1 AVG oder des § 97 Abs 1 des Reichsknappschaftsgesetzes (RKG) oder nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) solche Leistungen nicht gewährt werden können. Für eine Behandlung iS des § 184a Satz 1 RVO besteht eine lediglich subsidiäre (sekundäre) Leistungszuständigkeit des Trägers der Krankenversicherung. Stellt die Behandlung in einer Kur- oder Spezialeinrichtung zugleich eine Leistung zur Rehabilitation dar und sind die versicherungs- und leistungsrechtlichen Voraussetzungen für die Gewährung einer solchen Leistung erfüllt, so ist hierfür primär der Rentenversicherungsträger zuständig (BSGE 58, 263, 268 = SozR 2200 § 1237 Nr 20 S 49).

Das trifft im vorliegenden Fall zu. Die Behandlung der Versicherten ist nach den insbesondere zur Abgrenzung von der Krankenpflege iS des § 184 RVO in der Rechtsprechung entwickelten Kriterien (vgl BSG SozR 1300 § 105 Nr 1 S 5 mwN) eine Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in einer Kur- oder Spezialeinrichtung iS des § 184a Satz 1 RVO gewesen. Sie hat zugleich iS des § 13 Abs 1 Satz 1 AVG der Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit der Versicherten gedient und damit nach ihrer insoweit maßgebenden Zweckrichtung eine Leistung zur Rehabilitation dargestellt. Schließlich hat es sich nach dem Gegenstand der Maßnahme und der Art ihrer Durchführung um eine medizinische Leistung zur Rehabilitation gehandelt (vgl hierzu im einzelnen BSGE 58, 263, 267 f = SozR 2200 § 1237 Nr 20 S 49 und die dort zitierten Urteile). Alle diese Voraussetzungen sind



- 10 -

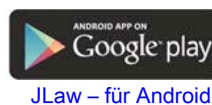
unter den Beteiligten nicht streitig. Auch die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Gewährung einer medizinischen Leistung der Rehabilitation seitens der Beklagten an die Versicherte (§ 13 Abs 1a Satz 1 Halbs 1 AVG in der hier anwendbaren Fassung des Zwanzigsten Rentenanpassungsgesetzes - 20. RAG - vom 27. Juni 1977; BGBl I S 1040) sind erfüllt. Ausweislich der im schriftlichen Leistungsantrag vom 8. Mai 1980 enthaltenen und von der Klägerin als Einzugsstelle ausdrücklich bestätigten Angaben hat die Versicherte durchgehend vom 1. April 1966 bis zum Zeitpunkt der Antragstellung Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung entrichtet.

Die Beklagte ist somit - was sie selbst bereits während des erstinstanzlichen Verfahrens ausdrücklich zugestanden hat (Schriftsatz vom 21. Januar 1982) - der für die Behandlung der Versicherten zuständige Leistungsträger und die Klägerin insoweit unzuständig gewesen. Allein damit sind die Voraussetzungen des § 105 Abs 1 Satz 1 SGB 10 für das Bestehen eines Erstattungsanspruchs dem Grunde nach erfüllt. Hingegen berührt es nicht den Grund, sondern lediglich den Umfang des Anspruchs, ob die Beklagte aus anderen als Zuständigkeitsgründen die Durchführung der Behandlung der Versicherten bzw die Übernahme der Kosten dieser Behandlung hat verweigern dürfen oder müssen und dies im Wege der Einwendung auch gegenüber dem Erstattungsanspruch der Klägerin geltend machen kann. Das ergibt sich aus folgenden Erwägungen:

Mit der Neuregelung des Erstattungsrechts in §§ 102 ff SGB 10



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



- 11 -

sind eigenständige Erstattungsansprüche normiert worden (vgl BSGE 56, 69, 71 = SozR 1300 Art 2 § 21 Nr 1 S 2). Diese Ansprüche entstehen nicht dadurch, daß der erstattungsbegehrende Leistungsträger etwa aufgrund einer Überleitungsanzeige oder im Wege des Forderungsüberganges in eine Anspruchsposition des Berechtigten gegenüber dem auf Erstattung in Anspruch genommenen Leistungsträger eintritt. Vielmehr sind die Erstattungsansprüche allein von der Erfüllung der in §§ 102 ff SGB 10 geregelten Tatbestandsvoraussetzungen abhängig und entstehen daher unabhängig von und selbständig neben einem Anspruch des Berechtigten gegen den zur Erstattung herangezogenen Leistungsträger (vgl BSG SozR 1300 § 104 Nr 6 S 13 f; BSGE 58, 119, 125 f = SozR aaO Nr 7 S 24; Urteil des BSG vom 9. Dezember 1986 - 8 RK 12/85 -; jeweils mwN). Ungeachtet dieser Selbständigkeit des Erstattungsanspruchs steht er gleichwohl inhaltlich in Abhängigkeit und untrennbarer Verknüpfung von und mit dem Anspruch des (vermeintlich) Leistungsberechtigten. Das gilt nicht nur insofern, als - außer in den Fällen des § 102 Abs 2 SGB 10 - der erstattungspflichtige Leistungsträger grundsätzlich nicht mehr zu erstatten hat, als er gegenüber dem Berechtigten zu leisten gehabt hätte. Vielmehr kann der auf Erstattung in Anspruch genommene Leistungsträger darüber hinaus diejenigen Einwendungen, die ihm gegenüber dem Leistungsanspruch des Berechtigten zustehen, im Falle der Geltendmachung eines Erstattungsanspruchs auch gegenüber dem erstattungsbegehrenden Leistungsträger erheben (vgl BSG SozR 1300 § 104 Nr 6 S 14; BSGE 58, 119, 126 = SozR aaO Nr 7 S 24).

Hieraus hat der erkennende Senat in seinem Urteil vom 22. Mai



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
(mobile App)



JLaw – für Android



JLaw – für iOS

12-

- 12 -

1985 (BSGE 58, 119, 127 = SozR aaO Nr 7 S 26) für den Erstattungsanspruch nach § 105 SGB 10 die rechtliche Schlußfolgerung gezogen, daß dann, wenn die Einwendungen des auf Erstattung in Anspruch genommenen Leistungsträgers gegenüber dem Anspruch des Berechtigten begründet sind und mit Erfolg auch gegenüber dem erstattungsbegehrenden Leistungsträger erhoben werden können, der auf Erstattung in Anspruch genommene nicht "der zuständige oder zuständig gewesene Leistungsträger" iS des § 105 Abs 1 Satz 1 SGB 10 ist. Diese rechtliche Schlußfolgerung bedarf der Richtigstellung. § 105 Abs 1 Satz 1 SGB 10 läßt ebenso wie § 103 SGB 10 für die Erstattungspflicht dem Grunde nach allein die "Zuständigkeit" des in Anspruch genommenen Leistungsträgers ausreichen. Im Gegensatz dazu ist nach § 102 Abs 1 SGB 10 der zur Leistung "verpflichtete" Leistungsträger erstattungspflichtig. Der Gesetzgeber hat mit diesen unterschiedlichen Formulierungen hinsichtlich des Grundes des Erstattungsanspruchs bewußt und deutlich zwischen "Zuständigkeit" und "Verpflichtung" unterschieden. Zutreffend ist auf diesen Unterschied auch in der Rechtsprechung des BSG hingewiesen worden. Einerseits hat der 4. Senat in seinem Urteil vom 9. Mai 1984 (BSG SozR 1500 § 141 Nr 13 S 19) betont, daß im Rahmen des § 102 Abs 1 SGB 10 nicht lediglich die generelle Zuständigkeit des auf Erstattung in Anspruch genommenen Leistungsträgers für eine Leistung an den Berechtigten gegeben, sondern der Leistungsträger konkret zu der Leistung verpflichtet sein muß. Andererseits hat der 9a-Senat des BSG im Urteil vom 28. März 1984 (BSG SozR 1300 § 102 Nr 1 S 3) zu erkennen gegeben, daß die Tatbestandsvoraussetzungen eines Erstattungsanspruchs nach § 103 SGB 10 dem Grunde nach allein durch die Zu-



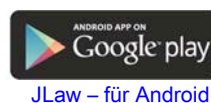
-13-

ständigkeit des auf Erstattung in Anspruch genommenen Leistungsträgers erfüllt und Einwendungen gegen die konkrete Leistungsverpflichtung gegenüber dem Berechtigten lediglich für den Umfang des Erstattungsanspruchs gemäß § 103 Abs 2 SGB 10 erheblich sind. Letzteres muß ebenso für den Erstattungsanspruch nach § 105 SGB 10 gelten. Für dessen Entstehung dem Grunde nach ist nach § 105 Abs 1 Satz 1 SGB 10 allein erforderlich und ausreichend, daß der auf Erstattung in Anspruch genommene Leistungsträger nach generellen Merkmalen für die dem Berechtigten vom erstattungsbegehrenden Leistungsträger erbrachte Leistung zuständig ist. Hingegen ist es hierfür ohne rechtliche Bedeutung, ob der auf Erstattung in Anspruch genommene Leistungsträger auch im konkreten Einzelfall dem Versicherten gegenüber zur Leistung oder zur Entscheidung über einen Leistungsantrag nach seinem pflichtgemäßen Ermessen verpflichtet ist. Das ist ausschließlich für den Umfang des Erstattungsanspruchs (§ 105 Abs 2 SGB 10) relevant mit der Folge, daß dann, wenn die Einwendungen des zuständigen Trägers gegen den konkreten Leistungsanspruch des Berechtigten durchgreifen und auch gegenüber dem Erstattungsanspruch des unzuständigen Leistungsträgers geltend gemacht werden können, dieser Erstattungsanspruch sich der Höhe nach gegebenenfalls bis auf Null reduziert.

So ist die Rechtslage auch im vorliegenden Fall. Die Beklagte ist aus den bereits dargelegten Gründen der für die Behandlung der Versicherten bzw die Tragung der dadurch entstandenen Kosten zuständige Leistungsträger iS des § 105 Abs 1 Satz 1 SGB 10 gewesen und damit der Klägerin dem Grunde nach erstattungspflich-



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



- 14 -

tig. Der Höhe nach besteht jedoch eine solche Erstattungspflicht nicht. Die Beklagte kann sich gegenüber dem Erstattungsanspruch der Klägerin mit Erfolg darauf berufen, daß sie der Versicherten gegenüber zur Leistung weder verpflichtet noch auch nur nach ihrem Ermessen berechtigt gewesen ist.

Nach § 13 Abs 1 Satz 1 AVG in der hier noch anwendbaren Fassung des § 22 Nr 5 RehaAnglG kann unter den dort aufgeführten leistungsrechtlichen Voraussetzungen die BfA Leistungen zur Rehabilitation in dem in den §§ 14 bis 14b AVG bestimmten Umfang gewähren. Die Gewährung von Leistungen zur Rehabilitation steht damit in ihrem pflichtgemäßen Ermessen (vgl § 39 Abs 1 des Sozialgesetzbuches, Erstes Buch, Allgemeiner Teil, vom 11. Dezember 1975, BGBl I S 3015; = SGB 1). Im vorliegenden Fall bedarf es nicht einer umfassenden Erörterung der Frage, ob und gegebenenfalls in welchem Umfange der auf Erstattung in Anspruch genommene Leistungsträger dem erstattungsbegehrenden Leistungsträger Ermessenserwägungen aus dem zugrundeliegenden Leistungsverhältnis mit dem Versicherten entgegenhalten kann und welche Anforderungen an die Darlegung solcher Ermessenserwägungen im Erstattungsrechtsstreit zu stellen sind (vgl dazu BSG SozR 1300 § 104 Nr 6 S 16 und § 105 Nr 1 S 7). Offenbleiben kann ebenfalls, ob die Beklagte sich gegenüber dem Erstattungsanspruch der Klägerin darauf berufen darf und wirksam berufen hat, daß die von ihr bewilligten Maßnahmen zur Rehabilitation lediglich in den ihr zur Verfügung stehenden Einrichtungen durchgeführt werden könnten (vgl dazu Urteil des erkennenden Senats in BSGE 58, 263, 270 ff = SozR 2200 § 1237 Nr 20 S 51 ff). Jedenfalls kann es der Be-



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



- 15 -

-15-

klagen nicht verwehrt sein, gegenüber dem Erstattungsanspruch der Klägerin den Einwand zu erheben, daß sie (Beklagte) an einer positiven Ermessensentscheidung zugunsten der Versicherten durch Vorschriften zwingenden Rechts gehindert gewesen und damit ihr Ermessen im Sinne einer Ablehnung des Rehabilitationsantrages auf Null reduziert worden sei (zur Berufung auf ihrerseits ermessensfehlerfreie Richtlinien vgl BSG SozR 1300 § 105 Nr 1 S 7). Dieser Einwand greift durch. Das folgt aus § 14c AVG. Danach werden Leistungen nach den §§ 14 bis 14b AVG im Geltungsbereich dieses Gesetzes erbracht. Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung können nach gutachtlicher Äußerung des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) für bestimmte Erkrankungen unter besonderen Voraussetzungen mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde Ausnahmen hiervon zulassen, wenn der Rehabilitationserfolg durch eine Maßnahme im Inland nicht sichergestellt werden kann. Hierdurch ist die Beklagte an der Bewilligung einer außerhalb des Gebietes der Bundesrepublik Deutschland durchzuführenden medizinischen Maßnahme zur Rehabilitation grundsätzlich gehindert. Die Ausnahmeregelung des § 14c Satz 2 AVG greift nicht ein. Wie der 11. Senat des BSG in seinem Urteil vom 11. Mai 1983 (BSG SozR 2200 § 1237c Nr 1 S 1) bereits entschieden hat, ermächtigt diese Vorschrift die Versicherungsträger nicht dazu, nach ihrem Ermessen im Einzelfall von der generellen Regelung des § 14c Satz 1 AVG abzuweichen. Sie gibt ihnen vielmehr nur die Möglichkeit, unter Beteiligung des VDR im Wege autonomer Rechtssetzung mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde eine Rechtsgrundlage für eine Erbringung von Rehabilitationsleistungen im Ausland zu schaffen. An einer solchen Rechtsgrundlage fehlt es hier. Die

Hinweis: Auch Teile der Urteilsammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.



- 16 -

Beklagte hat nicht durch eine generelle Norm ihres autonomen Rechts für Erkrankungen der bei der Versicherten vorhandenen Art die Durchführung von medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation außerhalb des Geltungsbereichs des AVG zugelassen. Bereits aus diesem Grunde und nicht erst aus den auf das Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. R. vom 24. September 1985 gestützten Erwägungen des LSG hat die Beklagte die Behandlung der Versicherten in der Schweiz nicht als medizinische Leistung zur Rehabilitation bewilligen dürfen und dies mit Bescheid vom 31. Januar 1985 zu Recht abgelehnt.

Damit steht der Klägerin trotz der generellen Zuständigkeit der Beklagten der Höhe nach ein Erstattungsanspruch nicht zu. Das führt zur Zurückweisung der Revision.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 193 Abs 4 SGG.

Hinweis: Auch Teile der Urteilsammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.



[JLaw – Gesetze und Urteile](#)

Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile

[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)