

Bundessozialgericht

## Im Namen des Volkes

4 RJ 39/83

### Urteil

Verkündet  
am 13. September 1984

in dem Rechtsstreit

.....,

Klägerin und Revisionsklägerin,

Prozeßbevollmächtigter: .....

g e g e n

.....,

Beklagte und Revisionsbeklagte,

beigeladen:

.....,

Der 4. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche  
Verhandlung vom 13. September 1984 in Berlin  
für Recht erkannt:

Die Revision der Klägerin gegen das Urteil des Sozial-  
gerichts Regensburg vom 10. Februar 1983 wird zurück-  
gewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

-2-

## G r ü n d e :

### I

Der im Jahr 1921 geborene Gabelstaplerfahrer J -B L (Beigeladener) ist bei der klagenden Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) für den Fall der Krankheit und bei der beklagten Landesversicherungsanstalt (LVA) in der Rentenversicherung der Arbeiter versichert. Am 5. Juni 1978 wurde er krank und arbeitsunfähig. Die AOK zahlte ihm für die Zeit vom 17. Juli 1978 an Krankengeld. Auf ihre Aufforderung nach § 183 Abs 7 der Reichsversicherungsordnung (RVO) hin beantragte er am 31. Juli 1978 bei der Beklagten "medizinische Leistungen bei allgemeinen nichttuberkulösen Erkrankungen"; die Vordruck-Frage, ob er "Rentenantragsteller" sei, verneinte er. Die Beklagte bewilligte ihm eine vom 31. Oktober bis 28. November 1978 dauernde Kur in ihrer Klinik in T und - mit Bescheid vom 21. November 1978 - für die Dauer der Rehabilitationsmaßnahme ein Übergangsgeld. Im Entlassungsbericht der Klinik heißt es, dem Beigeladenen sei "die bisher ausgeübte Tätigkeit als Staplerfahrer, die gleichzeitig mit schwerer körperlicher Tätigkeit verbunden ist, auch in weiterer Zukunft nicht mehr zumutbar. Die Entlassung erfolgte als arbeitsunfähig". Weiter ist ausgeführt, der Beigeladene könne nach ärztlicher Beurteilung leichte Arbeiten im Sitzen unter gewissen Einschränkungen vollschichtig verrichten.

Am 4. Oktober 1978 beantragte der Beigeladene bei der Beklagten Rente wegen Erwerbsunfähigkeit bzw Berufsunfähigkeit. Im Dezember



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

-3-

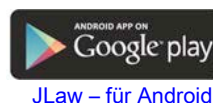
1978 erstatteten die Medizinaldirektorin Dr. W und die Ärztin Dr. Z , R , ein ärztliches Gutachten, das auf einer Untersuchung vom 6. Dezember 1978 beruhte und zu dem Ergebnis kam, regelmäßige Erwerbsarbeiten seien aufgrund der schwerwiegenden Funktionstörungen zusammen mit der mangelnden psychischen Belastbarkeit bei Verdacht auf Analgetica-Abusus nicht mehr zumutbar; der Kläger könne seit Antragstellung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt dauernd nur noch unter zweistündig arbeiten. Nach zwei ablehnenden Bescheiden bewilligte die Beklagte dem Beigeladenen mit Bescheid vom 14. Mai 1979 Rente wegen Erwerbsunfähigkeit für die Zeit vom 29. November 1978 an; dabei legte sie einen am 4. Oktober 1978 eingetretenen Versicherungsfall zugrunde. Nach einer von dem Beigeladenen erhobenen Klage stellte sie mit Bescheid vom 1. August 1979 die Rente neu, und zwar höher, fest; der Bescheid ist nicht angefochten worden.

Die Klägerin machte bei der Beklagten einen Erstattungsanspruch für die Zeit vom 29. November 1978 bis zum 25. Februar 1979 geltend. Die Beklagte entsprach diesem Begehren. Im Oktober 1980 erhob dann die Klägerin den Anspruch, ihr Erstattung wegen gezahlten Krankengeldes für die Zeit vom 17. Juli bis 30. Oktober 1978 zu leisten, weil für diese Zeit ein Anspruch auf vorgezogenes Übergangsgeld bzw Rente bestanden habe. Die Beklagte lehnte diesen Antrag ab.

Mit der im Dezember 1982 bei dem Sozialgericht (SG) Regensburg erhobenen Klage hat die Klägerin ihr Begehren weiter verfolgt. Das SG hat mit Urteil vom 10. Februar 1983 die Klage abgewiesen



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



-4-

und die Revision zugelassen. In den Entscheidungsgründen ist ausgeführt: Der Träger der Krankenversicherung habe kein Recht auf eine selbständige Geltendmachung eines Anspruchs nach den §§ 1240 ff RVO. Aus den bindend gewordenen Bescheiden vom 21. November 1978 betr Übergangsgeld und vom 14. Mai 1979 betr Rente, die als Tatbestand dem Handeln auch der Klägerin zugrunde zu legen und zuzumuten seien, ergebe sich, daß dem Beigeladenen für den geltend gemachten Zeitpunkt kein Übergangsgeld gebühre, weshalb auch ein Forderungsübergang iSd § 183 Abs 3 und 6 RVO nicht möglich sei.

Mit der Revision rügt die klagende AOK einen Verstoß gegen § 183 Abs 3 RVO sowie § 54 Abs 1 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG); sie trägt vor: Entgegen dem mißverständlichen Klageantrag begehre sie nicht die Neufestsetzung der Rente (bzw des Übergangsgeldes) gegenüber dem Versicherten. Ihr gehe es nur um den Ausgleichsanspruch. Der Rentenanspruch gehe schon dann vom Versicherten auf den Träger der Krankenversicherung über, wenn der Versicherte erwerbsunfähig werde und trotzdem weiterhin Krankengeld erhalte; einer verwaltungsmäßigen Feststellung des Rentenanspruchs bedürfe es nicht. Die Krankenkasse, die mit der Zahlung von Krankengeld an den Versicherten für den Träger der Rentenversicherung vorleiste, könne unabhängig vom Verhalten des Versicherten und ohne Bindung an den Rentenbescheid entsprechend der tatsächlichen Rechtslage ihren Erstattungsanspruch verfolgen. Der Beigeladene habe abweichend vom Rentenbescheid im fraglichen Zeitpunkt nach materiellem Recht einen Anspruch auf Übergangsgeld gehabt.



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

-5-

Die klagende AOK beantragt,

das Urteil des SG Regensburg vom 10. Februar 1983  
aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr für  
das an den Versicherten L für die Zeit vom  
1. Juli 1978 bis 30. Oktober 1978 gezahlte Kranken-  
geld Erstattung bis zur Höhe des Übergangsgeldes zu  
leisten.

Die Beklagte beantragt,

die Revision als unbegründet zurückzuweisen.

Sie hält die Klage im ganzen für unzulässig, weil die Klägerin  
keine Klagebefugnis habe. Im übrigen wird auf den Schriftsatz der  
Beklagten vom 5. Juli 1983 Bezug genommen.

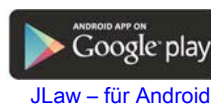
## II

Die Revision der Klägerin ist nicht begründet. Diese hat keinen  
Erstattungsanspruch gegen die Beklagte.

Der Erstattungsanspruch der Klägerin richtet sich nach den Vor-  
schriften des 3. Kapitels des Sozialgesetzbuches - Verwaltungs-  
verfahren - (SGB X) vom 4. November 1982 (BGBl I 1450), insbe-  
sondere nach den §§ 102 f. Hierbei ist es unerheblich, ob nach  
früherem Recht ein besonderer Erstattungsanspruch bestand oder ob  
ein Leistungsanspruch des Versicherten nach § 183 RVO oder in  
entsprechender Anwendung dieser Norm auf die Klägerin überging.



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



Zur Zeit der Klageerhebung bestanden die Vorschriften des 3. Kapitels SGB X noch nicht. Mit den durch Art I des Gesetzes vom 4. November 1982 (BGBl I 1450) mit Wirkung vom 1. Juli 1983 eingeführten §§ 102 ff SGB X hat der Gesetzgeber die Erstattungsansprüche der Leistungsträger untereinander neu geregelt und damit das bisherige Recht abgelöst. Dieses neue Recht hat der Senat seiner Entscheidung zugrundezulegen. Nach Art II § 21 des Gesetzes vom 4. November 1982 sind bereits begonnene Verfahren nach den Vorschriften dieses Gesetzes zu Ende zu führen. Diese Vorschrift erfaßt noch nicht zu Ende geführte Gerichtsverfahren, in denen Leistungsträger Erstattungsansprüche geltend machen. Daß die §§ 102 ff SGB X auch in anhängigen Gerichtsverfahren anzuwenden sind, folgt einmal aus einem Umkehrschluß aus Art II § 22 des Gesetzes vom 4. November 1982; denn dort ist abweichend von Art II § 21 angeordnet, daß die Erstattungs- und Ersatzansprüche der Leistungsträger gegen Dritte regelnden §§ 116 bis 119 SGB X nur auf Schadensfälle anzuwenden sind, die sich nach dem 30. Juni 1983 ereignen. Der Wortlaut des Art II § 21 stimmt zudem überein mit der Vorschrift des Art II § 37 Abs 1 des Gesetzes vom 18. August 1980 (BGBl I 1469), die für die §§ 1 bis 85 SGB X gilt. Die Frage, ob Art II § 37 Abs 1 dieses Gesetzes lediglich für noch laufende Verwaltungsverfahren oder darüber hinaus auch für noch anhängige Rechtsstreitigkeiten aufgrund früherer Verwaltungsverfahren gilt, hat der erkennende Senat in seinen Urteilen vom 16. September 1981 (4 RJ 107/78 = BSGE 52, 98, 100 = SozR 1200 § 51 Nr 11 S 25 ff und 4 RJ 63/80) und vom 1. November 1983 (4 RJ 91/82) dahin beantwortet, daß nach Sinn und Zweck der gesetzlichen Regelung das in der Überleitungsvorschrift zum SGB X



- 1. und 2. Kapitel - erwähnte Verfahren nicht schon mit dem Erlaß des Verwaltungsaktes, sondern erst mit dem Eintritt der Bindungswirkung (§ 77 SGG) abgeschlossen ist. Diese Auffassung vertritt auch der Große Senat des Bundessozialgerichts (BSG) in seinem Beschluß vom 15. Dezember 1982 (GS 2/80 = BSGE 54, 223, 226 = SozR 1300 § 44 Nr 3).

Diese für Art II § 37 Abs 1 des Gesetzes vom 18. September 1980 entwickelten Auslegungsgrundsätze müssen auch für die Anwendung des hier maßgebenden Art II § 21 des Gesetzes vom 4. November 1982 gelten. Die Rechtsprechung des erkennenden Senats war zwar noch nicht im Zeitpunkt des Regierungsentwurfes (BR-Drucks 526/80), jedoch im Zeitpunkt der Anrufung des Vermittlungsausschusses durch den Bundesrat (BR-Drucks 256/82 vom 16. Juli 1982) bekannt. Im Vermittlungsverfahren wurden verschiedene Vorschriften des Gesetzes geändert, die wörtliche Übereinstimmung des Art II § 21 SGB X 3. Kapitel mit Art II § 37 Abs 1 SGB X 1. und 2. Kapitel blieb jedoch erhalten.

Hiernach ist der eigenständige Erstattungsanspruch der Klägerin, den sie mit der Klage geltend machen kann, nach den §§ 102 ff SGB X zu beurteilen (so auch BSG Urteil vom 24. Mai 1984 - 7 RAR 97/83). Im vorliegenden Fall stützt die Klägerin ihren Anspruch gegen die Beklagte auf die Begründung, daß sie dem Versicherten Krankengeld für einen Zeitraum gezahlt habe, für den die Beklagte Übergangsgeld hätte zahlen müssen. Aufgrund dieser Leistungspflicht der Beklagten sei der Krankengeldanspruch ganz oder teilweise entfallen. Die Klägerin macht damit einen Anspruch nach



§ 103 Abs 1 SGB X geltend.

Schon nach dem bis zum Inkrafttreten der Erstattungs Vorschriften des SGB X bestehenden Rechtszustand sah das Gesetz vor, daß der Bezug von Übergangsgeld den Anspruch auf Krankengeld zum Ruhen bringt (§ 183 Abs 6 RVO). Welche Rechtsfolgen einzutreten hätten, wenn dem Versicherten zunächst Krankengeld gewährt wurde und sich erst danach herausstellte, daß ihm für die gleiche Zeit Übergangsgeld zustand, hatte das Gesetz nicht ausdrücklich geregelt. Die Rechtsprechung hatte diese Lücke dahingehend ausgefüllt, daß für solche Fälle die Regelung des § 183 Abs 3 Satz 2 RVO aF entsprechend anzuwenden war und der Anspruch auf Übergangsgeld auf den erstattungsberechtigten Träger der Krankenversicherung überging (BSGE 48, 142; 49, 71). Diese Erstattungsregelung ist, wie bereits dargelegt, seit dem Inkrafttreten des SGB X 3. Kapitel nicht mehr anwendbar, zumal auch seit diesem Zeitpunkt die Vorschrift des § 183 Abs 3 Satz 2 RVO aufgehoben ist (Art II § 3 Nr 1a des Gesetzes vom 4. November 1982 - BGBl I 1450). Nunmehr findet kein Übergang des dem Versicherten zustehenden Anspruchs mehr statt, sondern § 103 SGB X spricht dem erstattungsberechtigten Träger einen originären Anspruch gegen den erstattungspflichtigen Träger zu.

Demgegenüber greift § 104 SGB X für den Erstattungsanspruch der Klägerin nicht ein. Einmal ist die Anwendung dieser Vorschrift, wie der Gesetzestext deutlich macht, schon dann ausgeschlossen, wenn die Voraussetzungen des § 103 SGB X erfüllt sind, und zum anderen wollte der Gesetzgeber die Ansprüche der Krankenkassen



aus § 183 Abs 3 Satz 2 RVO ausdrücklich durch § 103 SGB X ersetzen (so auch Clausen/Dörr/Herrmann/Schöning, SGB X § 103 Anm 8.2; Verbandskommentar SGB X § 103 Anm 6.2.4). Das kommt in den Gesetzesmaterialien deutlich zum Ausdruck (vgl BT-Drucks 9/95 S 24 Begründung zu § 108 des Gesetzentwurfs). Auch seinem Inhalt nach erfaßt § 104 SGB X nicht die vorliegenden Rechtsbeziehungen zwischen Krankenkasse und Rentenversicherungsträger. Die Vorschrift ist in erster Linie für die Fälle bestimmt, in denen für den gleichen Zeitraum ein Anspruch auf mehrere Sozialleistungen besteht, für die das Gesetz eine materiell-rechtliche Regelung der Rangfolge getroffen hat. Hinsichtlich des Anspruchs auf Krankengeld und des auf Übergangsgeld besteht aber keine materiell-rechtliche Regelung, die den einen Anspruch als vorrangig und den anderen als nachrangig deklariert. § 103 SGB X setzt hingegen voraus, daß durch die Erfüllung des entsprechenden (zweiten) Leistungsanspruchs der erbrachte (erste) Leistungsanspruch zum Wegfall kommt. Eine solche Regelung trifft das materielle Recht in § 183 Abs 6 RVO.

Die Klägerin hat dem beigeladenen Versicherten (auch) für die Zeit vom 17. Juli bis 30. Oktober 1978 Krankengeld gezahlt und fordert für diesen Zeitraum Erstattung. Der Anspruch könnte dann gegeben sein, wenn die Beklagte für den Zeitraum zur Zahlung von Übergangsgeld verpflichtet wäre. Unter dieser Voraussetzung ruhte nach § 183 Abs 6 RVO der Krankengeldanspruch, die Leistungspflicht der Klägerin aus dem Krankenversicherungsverhältnis entfiel im Umfange seines Anspruchs gegen die Beklagte. Da die Klägerin jedoch schon an den Versicherten gezahlt hat, würde der



Anspruch des Versicherten gegen die Beklagte als erfüllt gelten (§ 107 Abs 1 SGB X) und die Beklagte wäre verpflichtet, den Betrag der Leistung an die Klägerin zur Erfüllung des Erstattungsanspruchs zu zahlen.

Da dem Versicherten während des strittigen Zeitraums keine Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation gewährt worden sind, kann eine Verpflichtung der Beklagten zur Zahlung von Übergangsgeld nur nach § 1240 Satz 1 iVm § 1241d Abs 1 Satz 2 RVO in Betracht kommen.

Der Anspruch auf (vorgezogenes) Übergangsgeld setzt voraus, daß der Versicherte eine medizinische oder berufsfördernde Maßnahme zur Rehabilitation (hier die Kur in T vom 31. Oktober bis 28. November 1978) von der Beklagten erhalten hat, daß er während dieser Zeit arbeitsunfähig war oder wegen Teilnahme an der Maßnahme keine ganztägige Erwerbstätigkeit ausüben konnte (§ 1240 Satz 1 RVO), daß er bereits vor Beginn der Maßnahme Antrag auf Rente wegen Berufsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit gestellt hatte und daß (schon vor Beginn der Maßnahme) die Rente zu zahlen gewesen wäre (§ 1241d Abs 1 Satz 2 RVO). Ob das vorliegt, muß grundsätzlich vom Rentenversicherungsträger geprüft und entschieden werden, weil das Übergangsgeld eine Leistung aus dem Rentenversicherungsverhältnis ist. Insoweit diese Entscheidung den Versicherten berührt, ist sie durch Verwaltungsakt (Übergangsgeldbescheid) zu konkretisieren (§ 31 SGB X); dieser richtet sich an den Versicherten und legt fest, in welchem Umfang sein Anspruch besteht (§ 39 SGB X). Er kann demgemäß auch nur von



dem Versicherten angefochten werden, wenn dieser sich in seinen Rechten verletzt glaubt. Zwar werden durch den Bescheid auch die Interessen des Krankenversicherungsträgers berührt, weil der Krankengeldanspruch in dem Maße ruht, in dem das Übergangsgeld zugesprochen wird, doch ist die Krankenkasse weder (Mit-)Adressat des Bescheides noch steht ihr die Möglichkeit zu Gebote, den Bescheid anzufechten, weil dieser, jedenfalls dem Krankenversicherungsträger gegenüber, keine Bindungswirkung iS des § 39 SGB X oder § 77 SGG entfalten kann. Zwischen den beiden Versicherungsträgern herrscht kein Über- und Unterordnungsverhältnis, das durch Verwaltungsakt zu regeln wäre. Dennoch bestehen zwischen den Versicherungsträgern Rechtsbeziehungen, weil beide dem Versicherten gegenüber nach materiellem Recht leistungspflichtig sind und die Leistungen sich gegenseitig ausschließen. In dieser durch § 103 SGB X geregelten Rechtsbeziehung stehen wiederum dem Versicherten keine Mitwirkungsrechte zu, weil es sich lediglich um die Verteilung leistungsrechtlicher Verpflichtungen zwischen beiden Versicherungszweigen handelt; demgemäß bedarf es im Falle eines Rechtsstreits auch keiner Beteiligung des Versicherten (§ 75 SGG).

Die Rechtsbeziehungen zwischen den Trägern der beiden Versicherungszweige sind eine Folge des durch die RVO geregelten Sozialversicherungssystems, das eine gegliederte und auf dem Prinzip der Aufgabenteilung beruhende Sozialversicherung vorsieht. Aus ihr ergibt sich, daß zunächst einmal jeder Versicherungsträger zuständig ist für die Regelung der zu ihm bestehenden Versicherungsverhältnisse. Diese Zuständigkeit hat nicht nur eine formale



Bedeutung, sondern zeitigt auch materiell-rechtliche Folgen. Die anderen Versicherungsträger haben die Regelungsbefugnis des zuständigen Trägers - auch inhaltlich - zu akzeptieren; eine Mitwirkungsbefugnis bei der Regelung jener Rechtsverhältnisse steht ihnen grundsätzlich nicht zu, sofern nicht das Gesetz ausdrücklich etwas anderes anordnet. Daraus folgt, daß jeder Versicherungsträger primär die Entscheidungen des anderen Versicherungsträgers zu respektieren hat und seinen eigenen Entscheidungen zugrundelegen muß.

Dieser Grundsatz erfährt indes eine Modifizierung in den Fällen, in denen das Gesetz vorsieht, daß sich die Leistungen der beiden Versicherungsträger beeinflussen. In solchen Fällen bedarf es regelmäßig eines Zusammenwirkens der Versicherungsträger, damit die Interessen des Versicherten in sachgerechter Weise erfüllt werden können. Der Gesetzgeber hat die erforderliche Zusammenarbeit der Leistungsträger im 3. Kapitel des SGB X geregelt und dabei in § 86 als Grundsatz festgelegt, daß die Leistungsträger verpflichtet sind, bei der Erfüllung ihrer Aufgaben **e n g z u s a m m e n z u a r b e i t e n**. Das Erfordernis der engen Zusammenarbeit wird zwar für den Fall der sich gegenseitig beeinflussenden Leistungspflichten im Gesetz nicht durch Einzelvorschriften näher konkretisiert, doch kann kein Zweifel daran bestehen, daß es zumindest die Verpflichtung umfaßt, bei widerstreitenden gegenseitigen Interessen auch die Belange des anderen Versicherungsträgers angemessen zu berücksichtigen.

Diese Verpflichtung bewirkt jedenfalls in den Fällen, in denen



der andere Versicherungsträger die Leistungsgewährung des zuständigen Versicherungsträgers beanstandet, daß dieser in eine nochmalige Überprüfung der Sachlage eintreten muß. Das bedeutet nicht, daß der zuständige Versicherungsträger erneut ein Verwaltungsverfahren beginnen und eine neuerliche Sachaufklärung über den Anspruch des Versicherten durchführen müßte, jedoch ist es andererseits dem zuständigen Träger auch nicht erlaubt, sich lediglich auf die ihm zustehende Regelungsbefugnis zu berufen und den anderen Versicherungsträger auf die getroffene Entscheidung zu verweisen. Der zuständige Träger muß vielmehr unter Verwendung der vorhandenen tatsächlichen Feststellungen überprüfen, ob eine Änderung der Leistungsgewährung geboten ist; dabei steht ihm im Hinblick auf seine Regelungsbefugnis ein weiter Beurteilungsspielraum zur Verfügung. Das Beharren auf seiner früheren Leistungsgewährung ist ihm allerdings dann versagt, wenn sich die frühere Entscheidung als **o f f e n s i c h t l i c h** **f e h l e r h a f t** erweist und dem anderen Versicherungsträger zum Nachteil gereicht. Ein solches die formale Rechtsposition ausnützendes Verhalten verletzt das gesetzliche Gebot der engen **Z u s a m m e n a r b e i t**. Die Frage, ob eine offensichtliche Fehlerhaftigkeit vorliegt, ist unter Zugrundelegung objektiver Gesichtspunkte zu beurteilen.

Das Vorbringen der Klägerin, der Versicherte sei bereits vor dem von der Beklagten angenommenen Datum des Versicherungsfalles - dem 4. Oktober 1978 - erwerbsunfähig gewesen, läßt sich aus den tatsächlichen Feststellungen des vorliegenden Sachverhalts nicht entnehmen. Der Hinweis der Klägerin, der Versicherte sei



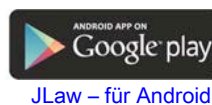
schon am 5. Juni 1978 erwerbsunfähig geworden, was sich daraus ergebe, daß bei ihm nach dem Entlassungsbericht der Klinik Tegernsee vom 31. Dezember 1978 die Erwerbsfähigkeit durch die Rehabilitationsmaßnahme habe weder gebessert noch wiederhergestellt werden können, reicht dafür ebensowenig aus wie die Tatsache, daß sie dem Versicherten aufgrund seiner Arbeitsunfähigkeit Krankengeld gezahlt hat. Die rechtlichen Unterschiede zwischen der Arbeitsunfähigkeit einerseits und der Erwerbsunfähigkeit andererseits sind so erheblich, daß sich allein aus dem Vorliegen der Arbeitsunfähigkeit noch kein Schluß auf das Vorhandensein der Erwerbsunfähigkeit ziehen läßt. Es erscheint zwar nicht als völlig ausgeschlossen, daß der Versicherte schon zu einem früheren Zeitpunkt berufsunfähig geworden sein könnte, jedoch lassen sich insoweit weder aus den tatsächlichen Feststellungen sichere Erkenntnisse entnehmen, noch trägt die Klägerin dazu Sachdienliches vor. Zusammenfassend ist somit festzustellen, daß die Beklagte im Hinblick auf die Erwerbsunfähigkeit des Versicherten keine offensichtlich fehlerhafte Entscheidung getroffen hat; sie hat demgemäß auch nicht gegen ihre Verpflichtung zur engen Zusammenarbeit mit der Klägerin verstoßen. Insbesondere ist nicht zu beanstanden, daß sie für den Versicherten für die Zeit vor dem 31. Oktober 1979 keinen Anspruch auf vorgezogenes Übergangsgeld anerkannt und demzufolge auch keine Erstattung geleistet hat.

Die Revision der Klägerin ist sonach unbegründet.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG. Der Beigeladene, der



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



-15-

sich am Prozeß nicht beteiligt hat, hat keinen Kostenerstattungsanspruch.

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](#)