

Bundessozialgericht

Im Namen des Volkes

4 RJ 41/83

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 hat auf die mündliche Verhandlung vom
13. September 1984 in Berlin
für Recht erkannt:

Die Revision der Klägerin gegen das Urteil des Sozialge-
richts Regensburg vom 10. Februar 1983 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten 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

Die Beteiligten streiten um einen Erstattungsanspruch der Klägerin gegenüber der Beklagten.

Der beigeladene versicherte Erich J. war seit 21. Februar 1975 arbeitsunfähig erkrankt. Am 18. November 1975 beantragte er bei der Beklagten ein Heilverfahren. Dieses wurde in der Zeit vom 2. März bis zum 30. März 1969 im Sanatorium S./T. durchgeführt. Nach dem Entlassungsbericht war der Versicherte weiterhin arbeitsunfähig, die Ausübung von leichten körperlichen Tätigkeiten innerhalb einiger Monate wurden jedoch für möglich gehalten.

Am 30. November 1976 beantragte der Versicherte, der einen selbständigen Gewerbebetrieb führte, die Gewährung von Versichertenrente wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit. Seinen Gewerbebetrieb meldete er zum 31. Dezember 1976 ab. Nach dem vertrauensärztlichen Gutachten vom 25./26. Juli 1977 konnte der Versicherte nur noch leichte Arbeit mit Unterbrechung, weniger als zweistündig, verrichten. Mit einer wesentlichen Besserung könne durch erneute Heilmaßnahmen nicht mehr gerechnet werden. Der Eintritt des Versicherungsfalles der Erwerbsunfähigkeit wurde auf den Tag der Stellung des Rentenanspruches (30. November 1976) festgesetzt. Durch Bescheid vom 29. September 1977 gewährte die Beklagte dem Versicherten Erwerbsunfähigkeitsrente ab 1. Dezem-



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



-3-

ber 1976.

Die Klägerin begehrte von der Beklagten Erstattung für das von ihr an den Versicherten gezahlte Krankengeld für die Zeit vom 1. November 1975 bis 20. August 1976. Sie war der Auffassung, daß der Versicherungsfall der Erwerbsunfähigkeit früher eingetreten sei. Demgegenüber hielt die Beklagte an ihrer Festsetzung des Versicherungsfalles fest. Die Klägerin wies darauf hin, daß der Versicherte ab 21. Februar 1975 arbeitsunfähig erkrankt sei und im November 1975 einen Antrag auf Reha-Maßnahmen gestellt habe. Dieser Antrag gelte gleichzeitig als Rentenanspruch, so daß folgerichtig der Versicherungsfall auf den Tag der Antragstellung (21. November 1975) festgesetzt werden müsse.

Die Klage auf Gewährung von Übergangsgeld bzw Erwerbsunfähigkeitsrente für einen früheren Zeitraum und Befriedigung des sich daraus ergebenden Erstattungsanspruches hat das Sozialgericht (SG) Regensburg durch Urteil vom 10. Februar 1983 abgewiesen mit der Begründung, eine Krankenkasse könne kein Rentenverfahren durchführen und Rechtsmittel einlegen. Nach § 183 Absätze 3 und 5 RVO sei ein Anspruch nicht auf die Klägerin übergegangen, weil die Versichertenrente nicht "zugebilligt" worden sei. Da die Bescheide der Beklagten dem Versicherten gegenüber bindend geworden seien, scheide ein Forderungsübergang aus.

Mit ihrer vom SG zugelassenen Sprungrevision trägt die Klägerin vor, sie begehre nicht die Neufestsetzung der Rente gegenüber dem Versicherten, sondern lediglich die Befriedigung des ihr zuste-



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

-4-

henden Ausgleichsanspruchs. Hierzu bedürfe es keiner verwaltungsmäßigen Feststellung des Rentenanspruches. Der Rentenbescheid könne nicht auch für die Klägerin verbindlich festlegen, ab wann die Renten dem Versicherten zustehen und damit zugleich eine Voraussetzung des Ausgleichsanspruches bestimmen. Für diesen entscheide allein die materielle Rechtslage darüber, ab wann der Rentenanspruch zugewilligt worden und dementsprechend auf den Krankenversicherungsträger übergegangen sei. Dies gelte auch nach § 103 Abs 1 SGB X.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Regensburg vom 10. Februar 1983 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr für das an den Versicherten Erich Janik für die Zeit vom 1. Oktober 1975 bis 1. März 1976 und vom 1. April 1976 bis 20. August 1976 gezahlte Krankengeld Erstattung bis zur Höhe der dem Versicherten zustehenden Erwerbsunfähigkeitsrente oder des Übergangsgeldes zu leisten.

Die Beklagte beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Der Beigeladene ist im Revisionsverfahren nicht vertreten.



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

-5-

II

Die Revision der Klägerin ist unbegründet.

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



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

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 des Sozialgerichtsgesetzes -SGG-) abgeschlossen ist. Diese Auffassung vertritt auch der 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 Vor-



-7-

schriften 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 oder Rente hätte zahlen müssen. Aufgrund dieser Leistungspflicht der Beklagten sei der Krankengeldanspruch ganz oder nur teilweise entfallen. Die Klägerin macht damit einen Anspruch nach § 103 Abs 1 SGB X geltend.

Nach dem bis zum Inkrafttreten der Erstattungs Vorschriften des SGB X bestehenden Rechtszustand sah das Gesetz vor, daß die Zubilligung einer Erwerbsunfähigkeitsrente den Anspruch auf Krankengeld zum Wegfall bringt (§ 183 Abs 3 Satz 1 RVO). Wurde über den Zeitpunkt der Zubilligung der Rente hinaus Krankengeld gezahlt, so ging der Rentenanspruch insoweit auf die Kasse über (§ 183 Abs 3 Satz 2 RVO aF). Der Bezug von Übergangsgeld brachte schon nach früherem Recht den Anspruch auf Krankengeld zum Ruhen (§ 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 (BSG 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 S 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. Dies gilt sowohl für das Übergangsgeld als auch für die Rente.

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



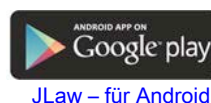
besteht, für die das Gesetz eine materiell-rechtliche Regelung der Rangfolge getroffen hat. Hinsichtlich des Anspruchs auf Krankengeld und des auf Übergangsgeld oder auf Rente besteht aber keine materiell-rechtliche Regelung, die den einen Anspruch als vorrangig und den anderen als nachrangig deklariert. § 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 bzw in § 183 Abs 3 Satz 1 RVO.

Der Anspruch auf (vorgezogenes) Übergangsgeld setzt voraus, daß der Versicherte bei Abschluß von Maßnahmen der Rehabilitation berufsunfähig oder erwerbsunfähig ist (§ 1241d Abs 4 RVO) oder daß ihm eine Schonungszeit ärztlich verordnet worden ist (§ 1240 Satz 2 RVO). Ob einer dieser Sachverhalte vorliegt, muß grundsätzlich vom Rentenversicherungsträger geprüft und entschieden werden, weil das Übergangsgeld eine Leistung aus dem Rentenversicherungsverhältnis ist. Dies gilt auch für den Rentenanspruch, der das Vorliegen von Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit voraussetzt. Insoweit diese Entscheidung den Versicherten berührt, ist sie durch Verwaltungsakt (Übergangsgeld- bzw Rentenbescheid) 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 er sich in seinen Rechten verletzt glaubt. Zwar werden durch den Bescheid auch die Interessen des Krankenversicherungsträgers berührt, weil der Krankengeldanspruch in dem Maße ruht bzw wegfällt, in dem das



Übergangsgeld bzw die Rente zugesprochen wurden, doch ist die Krankenkasse weder (Mit-)Adressat des Bescheides noch steht ihr die Möglichkeit zu Gebote, den Bescheid anzufechten, weil er, 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 Verwal-



tungsverfahren 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.

Im vorliegenden Fall stützt die Klägerin ihren Erstattungsanspruch darauf, daß der Versicherte nicht erst am 30. November 1976, wie die Beklagte angenommen hat, sondern schon zu einem früheren Zeitpunkt erwerbsunfähig geworden sei. Dieser Annahme der Klägerin ist indes schon aus Rechtsgründen nicht zu folgen. Da der Versicherte bis zum Dezember 1976 eine selbständige Erwerbstätigkeit ausübte, konnte er vor diesem Zeitpunkt nicht erwerbsunfähig sein (§ 1247 Abs 2 Satz 2 RVO) und Leistungen wegen Erwerbsunfähigkeit konnten ihm demgemäß nicht zustehen. Die Ab-



lehnung des Erstattungsanspruchs der Klägerin erweist sich somit insoweit als zutreffende Entscheidung der Beklagten.

Ob der Versicherte vor dem 30. November 1976 berufsunfähig gewesen sein könnte, läßt sich aus den tatsächlichen Feststellungen zum vorliegenden Sachverhalt nicht entnehmen. Der Hinweis der Klägerin, der Gesundheitszustand des Versicherten sei unverändert (schlecht) geblieben, reicht dafür ebensowenig aus wie die Tatsache, daß sie dem Versicherten aufgrund seiner Arbeitsunfähigkeit Krankengeld gezahlt hat. Weiteres Sachdienliches zu dieser Frage trägt die Klägerin nicht vor. Damit erweist sich die Entscheidung der Beklagten über die Leistungsansprüche des Versicherten als nicht offensichtlich fehlerhaft, die Klägerin ist mithin verpflichtet, sie als Grundlage für die Regelung der Erstattungsansprüche hinzunehmen.

Hiernach erweist sich die Revision der Klägerin als unbegründet.



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

-14-

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)