

Bundessozialgericht

Im Namen des Volkes

4 RJ 45/83

Urteil

Verkündet
am 13. September 1984

in dem Rechtsstreit

.....,

Klägerin und Revisionsklägerin,

g e g e n

.....,

Beklagte und Revisionsbeklagte.

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 Frankfurt vom 28. Januar 1983 wird zurückgewiesen.

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 am 19. Januar 1921 geborene H N (Versicherter) war bei der klagenden Innungskrankenkasse (IKK) für den Fall der Krankheit und bei der beklagten Landesversicherungsanstalt (LVA) in der Rentenversicherung der Arbeiter versichert. Er stellte im Mai 1980 bei der LVA einen Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation. Mit Bescheid vom 6. August 1980 bewilligte ihm die LVA eine stationäre Heilbehandlung im S -S in B . Seit 21. Oktober 1980 war der Versicherte krank und arbeitsunfähig. Die IKK zahlte ihm nach Ablauf der Lohnfortzahlung ab 2. Dezember 1980 Krankengeld. Nachdem ein vertrauensärztliches Gutachten vom 19. Januar 1981 ergeben hatte, daß der Versicherte zur Zeit nicht kurfähig sei, teilte die LVA am 12. Februar 1981 dem Versicherten mit, sie betrachte den Bescheid vom 6. August 1980 als gegenstandslos und sehe den Rehabilitationsantrag als erledigt an.

Am 4. Mai 1981 beantragte der Versicherte das flexible Altersruhegeld nach § 1248 Abs 1 Reichsversicherungsordnung (RVO). Die LVA entsprach mit Bescheid vom 11. Juli 1981 diesem Antrag für die Zeit vom 1. Mai 1981 an. In dem Bescheid heißt es, der Leistung liege ein Versicherungsfall vom 18. Januar 1981 zugrunde.

Versuche der IKK, die LVA zur Umdeutung des vom Versicherten gestellten Antrags auf Leistungen zur Rehabilitation in einen An-



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



[JLaw - für Android](#)



[JLaw - für iOS](#)

trag auf Rente wegen Erwerbsunfähigkeit zu veranlassen, blieben erfolglos.

Mit der im Mai 1982 bei dem Sozialgericht (SG) in Frankfurt erhobenen Klage hat die IKK beantragt, die LVA zu verurteilen, "die Rentenfiktion ab 1. 6. 1980 durchzuführen". In der mündlichen Verhandlung vor dem SG hat sie dann den Antrag gestellt, "die Beklagte zu verurteilen, einen Rentenanspruch wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit des Versicherten ... auf die Klägerin überzuleiten".

Das SG hat die Klage abgewiesen und die Revision zugelassen. In den Entscheidungsgründen ist ausgeführt: Der Antrag des Versicherten vom Mai 1980 sei allein auf Leistungen zur Rehabilitation und nicht auch auf Rente gerichtet gewesen. In der mündlichen Verhandlung vor dem SG habe der - damals noch beige-ladene - Versicherte erklärt, zum Zeitpunkt der Stellung des Rehabilitationsantrages habe er einen Rentenanspruch noch nicht beabsichtigt. Die Fiktion des § 1241d Abs 3 RVO greife deshalb hier nicht ein.

Mit der Revision trägt die klagende IKK vor: Aufgrund des vertrauensärztlichen Gutachtens vom 19. Januar 1981 gehe sie davon aus, daß der Versicherte bereits bei Antragstellung im Mai 1980 berufs- oder erwerbsunfähig gewesen sei. Eine Erklärung dahin, daß der Antrag auf Rehabilitation nicht als Antrag auf Rente gelten solle, habe der Versicherte nicht abgegeben. Eine Fristsetzung nach § 183 Abs 8 RVO, die ihr das SG als möglichen Ausweg



-4-

genannt habe, sei nicht möglich gewesen, weil der Versicherte erst 1986 das 65. Lebensjahr vollendet hätte. Die IKK beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt vom 28. Januar 1983 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, für das von ihr an den Versicherten N für die Zeit vom 2. Dezember 1980 bis 30. April 1981 gezahlte Krankengeld Erstattung bis zur Höhe des Altersruhegeldes oder des Übergangsgeldes zu leisten.

Die beklagte LVA beantragt,
die Revision als unbegründet zurückzuweisen.

Auf ihren Schriftsatz vom 12. September 1983 wird Bezug genommen.

Der Versicherte ist am 22. März 1984 gestorben.

II

Die Revision der klagenden IKK ist nicht begründet. Das SG hat im Ergebnis zu Recht die Klage abgewiesen. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Erstattung wegen des an den Versicherten für die Zeit vom 2. Dezember 1980 bis 30. April 1981 gezahlten Krankengeldes.

Der Erstattungsanspruch der Klägerin richtet sich nach den Vorschriften des 3. Kapitels des Sozialgesetzbuches - Verwaltungs-



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



verfahren - (SGB X) vom 4. November 1982 (BGBl I 1450), insbesondere nach den §§ 102 ff. 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. 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 zugrunde zu legen. 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 Ver-



waltungsverfahren 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 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



-7-

gegen die Beklagte auf die Begründung, daß sie dem Versicherten Krankengeld für einen Zeitraum gezahlt habe, für den die Beklagte Rente wegen Erwerbsunfähigkeit (EU) oder wegen Berufsunfähigkeit (BU) 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 Rente wegen EU oder BU den Anspruch auf Krankengeld ganz oder zum Teil zum Wegfall bringt (§ 183 Abs 3 Satz 1, Abs 5 Satz 1 RVO). War dem Versicherten für eine Zeit der Rentenzubilligung bereits Krankengeld gezahlt worden, ging der Rentenanspruch für diesen Zeitraum in entsprechender Höhe auf den Träger der Krankenversicherung über (§ 183 Abs 3 Satz 2, Abs 5 Satz 1, letzter Halbsatz RVO). Diese Regelung 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,



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

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 Rente wegen EU oder BU 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 3 und 5 RVO.

Die Klägerin hat dem Versicherten für die Zeit vom 2. Dezember 1980 bis zum 30. April 1981 Krankengeld gezahlt und fordert für diesen Zeitraum von der Beklagten Erstattung. Dieser Anspruch könnte dann gegeben sein, wenn die Beklagte zur Zahlung von Rente verpflichtet wäre. Unter dieser Voraussetzung wäre die Leistungspflicht der Klägerin aus dem Krankenversicherungsverhältnis ganz oder teilweise entfallen gewesen. 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.

Der Anspruch auf Rente wegen EU oder BU setzt voraus, daß der Versicherte berufsunfähig oder erwerbsunfähig ist. Ob einer dieser Sachverhalte vorliegt, muß grundsätzlich vom Rentenversicherungsträger geprüft und entschieden werden, weil die Rente eine Leistung aus dem Rentenversicherungsverhältnis ist. Insoweit diese Entscheidung den Versicherten berührt, ist sie durch Verwaltungsakt (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 wegfällt, in dem die Rente zugesprochen wird, 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 zugrunde legen 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

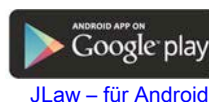


regelmäßig eines Zusammenwirkens der Versicherungsträger, damit die Interessen des Versicherten in sachgerechter Weise erfüllt werden können. Der Gesetzgeber hat die erforderliche Zusammenarbeit der Leistungsträger im 3. Kapitel des SGB X geregelt und dabei in § 86 als Grundsatz festgelegt, daß die Leistungsträger 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 Beurteilungs-



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

spielraum 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 verletzte 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 will die klagende IKK auf einen Anspruch des Versicherten gegen die beklagte LVA auf Rente wegen Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit für die Zeit vom 2. Dezember 1980 bis 30. April 1981 zurückgreifen. Der Versicherte hatte jedoch keinen solchen Anspruch.

Er hatte vielmehr das flexible Altersruhegeld beantragt, und die Beklagte hat diese Leistung gewährt und dabei den frühest möglichen Versicherungsfall (den Tag, an dem der Versicherte das 60. Lebensjahr vollendete) und den nach § 1290 Abs 1 Satz 2 RVO frühesten Leistungsbeginn zugrunde gelegt. Eine weitere Vorverlegung des Versicherungfalles könnte lediglich Bedeutung für eine Rente wegen EU oder BU haben. Die Gewährung dieser Renten an den Versicherten könnte nur dann in Betracht kommen, wenn er den Bezug einer solchen Leistung beabsichtigt gehabt hätte. Das ist indes schon deshalb nicht der Fall, weil der Versicherte bis Dezember 1980 versicherungspflichtig beschäftigt war und Beiträge entrichtet hat. Zudem bedürfte es für diesen Fall einer Umdeutung



des im Mai 1980 gestellten Antrages auf Rehabilitation in einen Antrag auf Rente wegen EU oder BU (§ 1241d Abs 3 RVO). Durch den Antrag auf flexibles Altersruhegeld hat der Versicherte seinen Willen klar zum Ausdruck gebracht, die Rente nicht vor Vollendung des 60. Lebensjahres beginnen und die bis dahin entrichteten Beiträge in die Rentenberechnung eingehen zu lassen. Diese Dispositionsbefugnis des Versicherten ist zu beachten (s dazu auch das Urteil des Senats vom gleichen Tage - 4 RJ 63/83). Daß der Versicherte keinen Rentenanspruch gestellt hat, ist zudem von dem SG - für den Senat bindend, weil insoweit keine Revisionsrügen vorgebracht sind - festgestellt worden.

Hatte aber der Versicherte keinen Anspruch auf Rente wegen Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit für den streitigen Zeitraum, dann besteht auch kein Erstattungsanspruch der klagenden IKK. Deren Revision war zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

