

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Verkündet am
27. April 1989

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: 9/9a RV 44/87

Landesversicherungsanstalt Berlin,
Berlin 19, Messedamm 1 - 3,

Klägerin und Revisionsbeklagte,

g e g e n

Land Berlin,
vertreten durch das Landesamt für Zentrale Soziale Aufgaben,
- Landesversorgungsamt -, Berlin 31, Sächsische Straße 28,

Beklagter und Revisionskläger,

beigeladen:

- 1) Betriebskrankenkasse der Schering AG,
Berlin 65, Postfach 65 03 11,
- 2),
- 3) Bundesrepublik Deutschland,
vertreten durch den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung,
Bonn-Duisdorf, Rochusstraße 1.

Der 9. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom
27. April 1989 in Berlin durch Vorsitzenden Richter Dr. S c h m i t t , Richterinnen J a e g e r
und Richter L a d a g e sowie ehrenamtliche Richter W e i s h ä u p l und F i e d l e r
für Recht erkannt:

Die Revision des Beklagten gegen das Urteil des Landessozialgerichts Berlin vom
3. September 1987 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.



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



Gründe:

I

Der Streit der Beteiligten betrifft die Frage, ob Rehabilitationsmaßnahmen in einer Spezialeinrichtung (Anschlußheilbehandlung) zu den Pflichtleistungen der Kriegsopferversorgung gehören.

Der beschädigte Beigeladene zu 2) setzte eine stationäre Heilbehandlung wegen anerkannter Schädigungsfolgen auf Anraten der Klinikärzte in einer Spezialeinrichtung des zuständigen Rentenversicherungsträgers (Klägerin) als Anschlußheilbehandlung fort. Der Beklagte hat die Kosten der stationären Heilbehandlung getragen. Die Klage richtet sich auf Erstattung der Kosten der Anschlußheilbehandlung, die in Höhe von 10.390,80 DM von der Klägerin aufgewandt worden sind. Das Übergangsgeld hat bisher vorläufig die Beigeladene zu 1) gezahlt.

Der Beklagte hat das Erstattungsverlangen abgelehnt. Die Klage hatte in beiden Vorinstanzen Erfolg. Das Landessozialgericht (LSG) hat dem Erstattungsanspruch nach § 102 Abs 1 des Sozialgesetzbuches - Verwaltungsverfahren - (SGB 10) mit der Begründung stattgegeben, die Klägerin habe ihre Vorleistungsverpflichtung aus § 6 Abs 2 Nr 1 des Gesetzes über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation vom 7. August 1974 (BGBl I 1881 in der hier maßgeblichen Fassung durch Gesetz vom 4. November 1982 BGBl I 1450) - RehaAnglG - erfüllt. Da feststehe, daß die Anschlußheilbehandlung nur anerkannte Schädigungsfolgen betroffen habe, sei der Beklagte vorrangig zur Leistung verpflichtet. Dem stehe nicht entgegen, daß die Anschlußheilbehandlung in einer Spezialeinrichtung als besondere Leistung im Bundesversorgungsgesetz (BVG) nicht ausdrücklich vorgesehen sei. Es handele sich im wesentlichen um eine normale Heilbehandlung in einer Klinik und nicht um eine Leistung eigener Art. Der Leistungsumfang nach dem BVG sei nicht geringer als der in der Renten- oder Krankenversicherung.

Der Beklagte hat die - vom LSG zugelassene - Revision eingelegt. Er rügt die Verletzung materiellen Rechts. Als Anspruchsgrundlage komme § 102 SGB 10 nicht Betracht, weil weder die Zuständigkeit ungeklärt noch die unverzügliche Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen gefährdet gewesen sei. Ein Erstattungsanspruch bestehe in der Sache nicht, weil die Rentenversicherungsträger in ihrer eigenen Verpflichtung aus § 1236 Abs 3 der Reichsversicherungs-



ordnung (RVO) nicht durch § 11 BVG entlastet würden, der lediglich Krankenhausbehandlung und ambulante Behandlung, nicht aber die Rehabilitation in Spezialeinrichtungen zur Verfügung stelle. Dem hat sich der Beigeladene zu 3) mit der Auffassung angeschlossen, daß der Katalog des § 11 Abs 1 BVG abschließend sei. Die Behandlung in Spezialeinrichtungen könne auch nicht den Badekuren gleichgestellt werden.

Der Beklagte und der Beigeladene zu 3) beantragen,
das angefochtene Urteil abzuändern und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,
die Revision zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend, selbst wenn § 105 SGB 10 als Anspruchsgrundlage für die Erstattungsforderung in Betracht komme.

Die Beigeladenen zu 1) und 2) haben keine Anträge gestellt.

II

Die Revision des Beklagten ist nicht begründet. Der Klägerin steht ein Anspruch auf Erstattung ihrer Aufwendungen zu, weil die medizinische Rehabilitation des beigeladenen Beschädigten infolge einer schädigungsbedingten Erkrankung erforderlich war.

Das LSG hat zu Recht das Erstattungsbegehren der Klägerin auf der Grundlage des ab 1. Juli 1983 geltenden Dritten Kapitels des SGB 10 geprüft. Das folgt aus Art 2 § 21 SGB 10, weil der Rechtsstreit der Beteiligten noch nach Inkrafttreten der Vorschriften anhängig ist; es entspricht einer inzwischen gesicherten und ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts - BSG - (vgl BSG SozR 1300 § 105 Nr 5 mwN). Das LSG hat auch zu Recht § 102 SGB 10 als Anspruchsgrundlage genannt. Da sich die Ansprüche des versorgungsberechtigten Beigeladenen gegenüber den für ihn in Betracht kommenden Leistungsträgern weder nachträglich verändert haben noch als Rehabilitationsleistungen in einem Vor- oder Nachrangverhältnis stehen (vgl BSG SozR 1300 § 105 Nr 1 zu den §§ 184a, 1236 RVO), scheiden die §§ 103, 104 SGB 10 ersichtlich als Anspruchsgrundlage aus. Auch § 105 SGB 10, der für den Umfang des Erstattungsanspruchs Abweichendes zu § 102 SGB 10 regelt, ist als Anspruchsgrundlage ausgeschlossen. Immer wenn es sich um ein



vorläufiges Leistungsverhältnis iS des § 102 SGB 10 handelt, liegen an sich auch die Voraussetzungen des § 105 SGB 10 vor. Denn auch der vorläufig leistende Träger stellt sich - sofern er nach § 102 SGB 10 erstattungsberechtigt ist - als ein unzuständiger Leistungsträger heraus. Nur der iS von § 102 Abs 1 "zur Leistung verpflichtete Leistungsträger" ist zugleich zuständiger Leistungsträger iS des § 105 SGB 10, dh sachlich befugt oder passiv legitimiert (vgl BSG Urteil vom 25. April 1989 - 4/11a RK 4/87 -). Bei dieser Anspruchskonkurrenz tritt § 105 Abs 1 Satz 1 SGB 10 zurück.

Der Erstattungsanspruch ist nach § 102 Abs 2 SGB 10 privilegiert gegenüber den sonstigen Erstattungsansprüchen. Der vorläufig leistende Träger muß sich nicht alle Einwendungen aus dem Rechtsverhältnis des Begünstigten zum zuständigen Träger entgegenhalten lassen (vgl im übrigen BSG SozR 1300 § 104 Nr 7). Nur der vorläufig leistende Träger kann für den Erstattungsanspruch ausschließlich sein eigenes Recht zugrunde legen. Gerechtfertigt ist diese Besserstellung dadurch, daß vorläufige Sozialleistungen iS des § 102 Abs 1 SGB 10 nur aufgrund ausdrücklicher gesetzlicher Ermächtigungen erbracht werden können (BSG SozR 1300 § 104 Nr 7). Die Berechtigung und Verpflichtung zur vorläufigen Leistung ergibt sich im vorliegenden Fall für die Klägerin aus § 6 Abs 2 Nr 1 RehaAnglG.

Zwar setzt die Erbringung vorläufiger Leistung in aller Regel eine Unsicherheit über die Zuständigkeit voraus (so § 43 SGB 1, § 316 RVO und § 1735 RVO, nicht jedoch die §§ 38, 53, 58 Arbeitsförderungsgesetz). Es genügt aber, daß objektive Anhaltspunkte für die Unsicherheit über die Zuständigkeit bestehen. Neben der Unsicherheit über die Zuständigkeit verlangen die mit Behinderten sich befassenden Vorschriften (§ 6 RehaAnglG, § 31 Abs 5 Schwerbehindertengesetz und § 44 Bundessozialhilfegesetz), daß sonst die unverzügliche Einleitung der erforderlichen Maßnahmen gefährdet ist. Im Interesse der Behinderten und einer zügigen Rehabilitation soll rasch gehandelt werden. Daher darf auch die Klärung der Zuständigkeit zunächst zurückgestellt werden. Jede andere Auslegung würde die Zuweisung vorläufiger Leistungsverpflichtung inhaltlich gefährden, weil zur Wahrung etwaiger Erstattungsansprüche Vorklärunen im Bereich der Zuständigkeit erforderlich wären, die zudem nicht selten von schwierigen Kausalitätsfragen abhängig wären (zB davon, ob ein unfall- oder schädigungsbedingtes Leiden vorliegt). Soweit vorläufige Leistungen im gesetzlich zugewiesenen Rahmen überhaupt in Betracht kommen, müssen die dort als vorleistungspflichtig ausgewiesenen Träger davor geschützt werden, daß ihnen im Einzelfall entgegengehalten wird, sie hätten, um der Verpflichtung auf frühzeitige Einleitung und zügigen Durchführung der



Rehabilitationsmaßnahmen (§ 4 Abs 2 RehaAnglG) zu genügen, den zuständigen Träger zu ermitteln versäumt. Es bedarf im vorliegenden Fall daher keiner Feststellung dazu, ob die entscheidenden Bediensteten der Klägerin tatsächlich im Zweifel über die Zuständigkeit waren. Das hat auch die bisherige Rechtsprechung zu § 102 SGB 10 nicht verlangt (vgl BSG SozR 1300 § 102 Nr 1 und § 105 Nr 1 sowie § 104 Nr 7). Objektiv bestand und besteht Streit über die Zuständigkeit schon deshalb, weil die Versorgungsverwaltung generell die eigene Zuständigkeit für Anschlußheilbehandlungen in Spezialeinrichtungen verneint. Es war auch unverzügliches Handeln der Klägerin geboten, weil sich die Anschlußheilbehandlung in Spezialeinrichtungen nach den Feststellungen des LSG unmittelbar oder jedenfalls binnen drei Wochen an eine abgeschlossene Krankenhausbehandlung anschließen soll.

Der Anspruch ist auch in der Sache begründet. Die Rehabilitationsbehandlung in einer Spezialeinrichtung gehört zu der Versorgung, die das BVG Beschädigten gewährt. Das ergibt die Auslegung der §§ 10, 11 BVG iVm den Materialien zum RehaAnglG.

Der Leistungsauftrag des § 10 BVG ist umfassend und betrifft sowohl die medizinische Heilbehandlung als auch die medizinische Rehabilitation. Denn der Behandlungsanspruch gegen den Träger der KOV hängt nicht davon ab, welchen Zweck die Behandlung verfolgt, sondern ob sie aus einem Grund erforderlich wird, der auf eine Schädigung zurückgeführt werden kann. Die Versorgungsverwaltung ist uneingeschränkt leistungs verpflichtet, wenn Gesundheitsstörungen beeinflusst werden sollen, die als Folge einer Schädigung anerkannt oder durch eine anerkannte Schädigungsfolge verursacht worden sind. Die Abgrenzung der Zuständigkeit des Trägers der KOV von der anderer Leistungserbringer geschieht somit nicht nach finalen, sondern nach kausalen Gesichtspunkten. Für diese so verursachten Gesundheitsstörungen wird Versorgung in Form der Heilbehandlung zu allen denkbaren Zwecken gewährt. § 10 BVG nennt als Behandlungsziele: eine Zunahme des Leidens zu verhüten und körperliche Beschwerden zu beheben (sonst Aufgabe der Krankenversicherung), eine Beeinträchtigung der Berufs- oder Erwerbsfähigkeit zu beseitigen oder zu bessern (sonst Aufgabe der Rentenversicherung), die Folgen der Schädigung zu erleichtern und den Beschädigten möglichst auf Dauer in Arbeit, Beruf und Gesellschaft einzugliedern (neben der Sozialversicherung auch dem Schwerbehindertengesetz zugewiesen). All diesen Zwecken dient die Heilbehandlung des § 10 BVG in der Fassung durch § 27 des RehaAnglG.



Das RehaAnglG hat das Bundesversorgungsgesetz ergänzt; zu den Zwecken der Heilbehandlung ist die Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft hinzugefügt. Auch der Katalog der Leistungen der Heilbehandlung wurde erweitert um solche Leistungen, die von den bisher bestehenden medizinischen und beruflichen Maßnahmen zur Eingliederung der Beschädigten ausdrücklich noch nicht erfaßt waren und daher neu aufzunehmen waren: es handelte sich um Krankengymnastik, Bewegungs-, Sprach- und Beschäftigungstherapie sowie um Belastungserprobung und Arbeitstherapie (§ 11 Abs 1 Nr 3 und 9 BVG).

Diese Einfügung bedeutet nicht, daß die Anschlußheilbehandlung in Spezialeinrichtungen, die durch das RehaAnglG für Renten- und Krankenversicherung ebenso wie für die Unfallversicherung erstmals eingeführt worden ist (vgl §§ 184a, 559 und 1236, 1237 RVO), im Versorgungsrecht, wo die Leistung - nicht abgegrenzt von der Krankenhausbehandlung - zuvor bereits eingeführt war, nunmehr entfallen sollte. Bei der Versorgung in stationären Einrichtungen muß nach BVG nicht die Heilbehandlung im Vordergrund stehen; es kann auch der Rehabilitationszweck verfolgt werden; gerade das charakterisiert in aller Regel die Spezialeinrichtung. Es war daher schon nach der Begründung des Regierungsentwurfs deutlich, daß wegen des fließenden Überganges zwischen kurativer medizinischer Behandlung und Rehabilitation eine zeitliche Abgrenzung oder eine Abgrenzung nach Art der gewährten Leistungen für den Bereich des Bundesversorgungsgesetzes nicht tunlich war. Die Rehabilitation ist so in das System der Leistungen des BVG eingefügt worden, daß Heil- und Krankenhausbehandlung und Rehabilitation ohne Unterscheidung zu einer Einheit zusammengefaßt sind (vgl hierzu BR-Drucks 307/72 S 63 ff und 517/73 S 55 f und S 75 ff s.a. Jung/Preuß, Rehabilitation, 2. Aufl S 269f). Auch dem Katalog des § 11 BVG kann daher nicht entnommen werden, daß die Heilbehandlung nach BVG in irgend einem Punkt weniger an Leistungen umfassen soll, als die Leistungsangebote der Renten-, Kranken- und Unfallversicherung. Entsprechend weit ist die Krankenhilfe als Leistung der Kriegsofopferfürsorge in § 26b Abs 2 BVG gefaßt. Hier wird darauf verwiesen, daß die Leistungen denjenigen der Krankenversicherung entsprechen sollen. Im Wege der Kriegsofopferfürsorge ist also eindeutig auch stationäre Behandlung in Spezialeinrichtungen zu gewähren (vgl auch die ausführliche Darstellung im Urteil von heute - 9 RV 42/88 -).

Schon der Gesetzgeber hat also erkannt, daß es für die Zwecke der Heilbehandlung nach BVG keiner Abgrenzung zwischen Krankenhausbehandlung und Behandlung in Spezialeinrichtungen bedarf. Diese Abgrenzung war allerdings verschiedentlich Gegenstand der Rechtsprechung des BSG (vgl



BSGE 43, 41, 45; 51, 44, 47; SozR 1300 § 105 Nr 1 S 5). Die dort vorgenommene Unterscheidung zwischen Krankenhauspflege und medizinischen Leistungen in Kur- und Spezialeinrichtungen, also die Trennung zwischen der Behandlung und der Rehabilitation Kranker war deshalb erforderlich, weil die Leistungsverpflichtungen der Kranken- und Rentenversicherung gegeneinander abzugrenzen waren. Heilbehandlung ist in erster Linie Sache der Krankenversicherung; für Rehabilitation ist zwar nach dem RehaAnglG über § 184a RVO auch die Krankenversicherung aufgerufen; ihre Zuständigkeit tritt jedoch hinter der primären Zuständigkeit der Rentenversicherungsträger zurück. Der vorrangige Zweck der Versorgung mit medizinischen Leistungen ist also für Kranken- und Rentenversicherung unterschiedlich und daher die Abgrenzung nach Art der in Anspruch genommenen Einrichtung und den jeweils im Vordergrund stehenden Zwecken der Maßnahme geboten. Im Verhältnis zum BVG war aber eine solche Abgrenzung auch nach dem Inkrafttreten des RehaAnglG entbehrlich, weil jede stationäre Behandlung von Schädigungsfolgen - jede Heilbehandlung und jede Rehabilitationsleistung - weiterhin in erster Linie Aufgabe der Versorgungsverwaltung geblieben und nicht Aufgabe des Kranken- oder Rentenversicherungsträgers geworden ist.

Diese Abgrenzung wird jetzt durch die Neuregelung im Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheitsreformgesetz -GRG-) vom 20. Dezember 1988, BGBl I S 2477, bestätigt. Diese Neuregelung hat nur klarstellende Bedeutung (vgl Begründung zur Neufassung im GRG zu Art 35 Nr 22). Durch Art 37 Nr 2 ist zunächst der Katalog des § 11 um die stationäre Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung ergänzt worden. Auch im Zuständigkeitsbereich ist die Klarstellung vollzogen worden. In der Änderung von § 18c BVG durch Art 37 Nr 11 des GRG wird die Behandlung in einem Krankenhaus und die Behandlung in einer Spezialeinrichtung - anders als traditionell die Badekuren nach § 11 Abs 2 BVG - dem Leistungsbereich zugerechnet, der von den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung für die Verwaltungsbehörden erbracht wird. Auch hier wird die Einheit von kurativer medizinischer Behandlung und Rehabilitation gewahrt.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.



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

