

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Verkündet am
13. Januar 1999

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: B 13 RJ 33/98 R

Landeswohlfahrtsverband Hessen,
Ständeplatz 6-10, 34117 Kassel,

Kläger und Revisionsbeklagter,

g e g e n

Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz,
Königsallee 71, 40215 Düsseldorf,

Beklagte und Revisionsklägerin,

beigeladen:

.....

Der 13. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 13. Januar 1999 durch den Vorsitzenden Richter Dr. H e n k e , die Richter Dr. L o y t v e d und Dr. T e r d e n g e sowie die ehrenamtlichen Richter W i n n e f e l d und W e n i g e r für Recht erkannt:

Die Revision der Beklagten gegen das Urteil des Hessischen Landessozialgerichts vom 24. März 1998 wird zurückgewiesen.

Die Beteiligten haben einander auch für das Revisionsverfahren keine außergerichtlichen Kosten zu erstatten.



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



G r ü n d e :

I

Die Beteiligten streiten über die Erstattung der Kosten einer Krankenhausbehandlung, die während einer stationären medizinischen Leistung zur Rehabilitation (Reha) eines Suchtkranken erfolgte.

Der bei der Beklagten rentenversicherte, jedoch nicht gesetzlich krankenversicherte Beigeladene war mehrfach suchtabhängig. Die Beklagte bewilligte ihm mit Bescheid vom 10. Juli 1991 eine stationäre Entwöhnungsbehandlung von bis zu neun Monaten im Fachkrankenhaus H. , H. , die dort in der Zeit vom 11. November 1991 bis 10. Juni 1992 stattfand. Aufgrund eines Rückfalls wegen seiner Alkoholabhängigkeit mußte der Beigeladene in der Zeit vom 3. bis 6. Mai 1992 im Psychiatrischen Krankenhaus H. stationär behandelt werden. Dabei entstanden dem Kläger als überörtlichem Sozialhilfeträger Kosten in Höhe von 578,58 DM. Mit Schreiben vom 14. Juli 1992 machte der Kläger bei der Beklagten die Erstattung der gemäß § 37 des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) vorläufig übernommenen Krankenhausbehandlungskosten geltend, was von der Beklagten abgelehnt wurde (Schreiben vom 22. Juli 1992).

Auf die im September 1996 erhobene Klage verurteilte das Sozialgericht Kassel die Beklagte, die dem Kläger für die Behandlung des Beigeladenen entstandenen Kosten zu erstatten (Gerichtsbescheid vom 20. Februar 1997). Die Berufung der Beklagten blieb ohne Erfolg (Urteil des Hessischen Landessozialgerichts <LSG> vom 24. März 1998). Das LSG hat sein Urteil im wesentlichen auf folgende Erwägungen gestützt:

Der Erstattungsanspruch des Klägers folge aus § 104 Abs 1 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB X). Der Kläger sei als Träger der Sozialhilfe gemäß § 2 Abs 1 BSHG lediglich nachrangig verpflichtet gewesen, dem Beigeladenen Leistungen nach §§ 39, 40 BSHG in Form einer stationären Krankenhausbehandlung zu gewähren. Vorrangig sei die Beklagte nach § 13 Abs 2 Nr 1 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI) zur Leistung verpflichtet. Dem stehe nicht die Vereinbarung zur Leistungsabgrenzung gemäß § 13 Abs 4 SGB VI vom 21. Januar 1993 entgegen. Diese Vereinbarung betreffe lediglich die Aufgabenverteilung zwischen Krankenversicherung und Rentenversicherung, gelte dagegen nicht in den Fällen, in denen ein Krankenversicherungsträger nicht beteiligt sei und der Sozialhilfeträger geleistet habe, da letzterer die oa Vereinbarung nicht mit geschlossen habe.

Es müsse auf der Grundlage des Wortlautes von § 13 Abs 2 Nr 1 SGB VI dabei verbleiben, daß der Rentenversicherungsträger die Kosten der akuten Behandlung während der Reha-Maßnahme zu tragen habe, unabhängig vom Krankheitsbild und der Art und Weise



der durchzuführenden Behandlung. Daß die Beklagte sich gegenüber dem Kläger nicht auf die Vereinbarung zur Leistungsabgrenzung nach § 13 Abs 4 SGB VI berufen könne, folge auch daraus, daß der Rentenversicherungsträger grundsätzlich jede medizinische Maßnahme zur Reha zu erbringen habe, die dem Ziel der Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit des Versicherten diene.

Mit ihrer Revision rügt die Beklagte eine Verletzung der §§ 13, 15 SGB VI. Dazu führt sie im wesentlichen aus: Der erkennende Senat habe sich in seinen Urteilen vom 6. Mai 1998 (- B 13 RJ 11/97 R - ua) auf die Suchtvereinbarung vom 20. November 1978 bezogen, die eine Leistungsabgrenzung zwischen Kranken- und Rentenversicherung auf der Grundlage der bisherigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts <BSG> (Bezugnahme auf BSGE 46, 41 ff = SozR 2200 § 184a Nr 1) enthalte. Danach sei zwischen medizinischer Reha und Akutbehandlung (Krankenhausbehandlung) zu unterscheiden. Diese Unterscheidungsmerkmale habe auch der Gesetzgeber in § 107 Abs 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) für die Krankenhausbehandlung und in Abs 2 dieser Vorschrift für die Reha-Einrichtungen übernommen. Nicht nachzuvollziehen sei, warum diese Unterscheidung nicht mehr im SGB VI gelten solle, wenn dort auch eine stationäre Entgiftungsbehandlung vom Begriff der medizinischen Leistungen zur Reha iS von § 15 Abs 1 und 2 SGB VI erfaßt werden solle. Da in allen Fällen, in denen Krankenversicherungsschutz bestehe, die stationäre Entgiftungsbehandlung als Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V durchgeführt werde, komme hiermit dem Versicherungsschutz insofern eine zusätzliche Bedeutung zu, als dadurch der Leistungscharakter (Krankenbehandlung oder medizinische Reha) bestimmt werde.

Unabhängig davon liege hier ein Leistungsausschluß für die Beklagte nach § 13 SGB VI vor. Aus der weiten Auslegung des Begriffs der medizinischen Reha iS von § 15 Abs 1 SGB VI folge eine weite Auslegung der Ausschlußtatbestände des § 13 Abs 2 Nrn 1 und 2 SGB VI, wie der erkennende Senat in den oa Entscheidungen bereits ausgeführt habe. Dies solle vermeiden, daß der Rentenversicherungsträger zum subsidiären Krankenversicherungsträger werde, denn eine solche Konsequenz sei mit dem gegliederten Sozialleistungssystem und der gesetzlichen Zuordnung bestimmter Aufgabenbereiche zu bestimmten Leistungsträgern kaum zu vereinbaren. So habe der erkennende Senat (aaO) ausgeführt, daß die Bestimmungen des § 13 Abs 2 SGB VI allgemeine, dh umfassende, Ausschlußklauseln zum Inhalt hätten, die sich auch auf das Verhältnis der Rentenversicherungsträger zu den Trägern der Sozialhilfe bezögen. Daraus folge, daß sie, die Beklagte, jedenfalls im Hinblick auf § 13 Abs 2 Nr 2 SGB VI zur Kostenübernahme nicht verpflichtet sei, weil es sich bei der im Psychiatrischen Krankenhaus H. durchgeführten Leistung um eine nach dieser Vorschrift nicht in den Leistungsbereich der Beklagten fallende erforderliche Krankenhausbehandlung gehandelt habe.

Die Beklagte beantragt,



das Urteil des Hessischen Landessozialgerichts vom 24. März 1998 und den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Kassel vom 20. Februar 1997 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,
die Revision zurückzuweisen.

Er hält das Urteil des LSG für zutreffend und trägt darüber hinaus vor: Die Beklagte beziehe sich zu Unrecht auf die Entscheidungen des erkennenden Senats vom 6. Mai 1998, da diese Urteile einen anderen Sachverhalt beträfen. Sein Anspruch ergebe sich bereits aus dem Wortlaut des § 13 Abs 2 Nr 1 SGB VI. Der erkennende Senat habe in den genannten Entscheidungen ausgeführt, daß die Ausschlußklausel ausschließlich den hier nicht vorliegenden Fall des § 13 Abs 2 Nr 1 Halbsatz 1 SGB VI betreffe. Für den Bereich der interkurrenten Behandlung besage § 13 Abs 2 Nr 1 Halbsatz 2 SGB VI ausdrücklich, daß die Ausschlußklausel keine Anwendung finde, wenn die Behandlungsbedürftigkeit während der medizinischen Leistung zur Reha eintrete, was hier der Fall gewesen sei.

Der Beigeladene ist im Revisionsverfahren nicht vertreten.

II

Die zulässige Revision der Beklagten ist nicht begründet. Dem Kläger steht gegen die Beklagte ein Anspruch auf Erstattung der Kosten für die in der Zeit vom 3. bis 6. Mai 1992 durchgeführte Krankenhausbehandlung des Beigeladenen zu.

Als Rechtsgrundlage für einen Erstattungsanspruch kommt allein § 104 Abs 1 SGB X in Betracht. Danach gilt: Hat ein nachrangig verpflichteter Leistungsträger Sozialleistungen erbracht, ohne daß die Voraussetzungen von § 103 Abs 1 SGB X vorliegen, ist der Leistungsträger erstattungspflichtig, gegen den der Berechtigte vorrangig einen Anspruch hat oder hatte, soweit der Leistungsträger nicht bereits selbst geleistet hat, bevor er von der Leistung des anderen Leistungsträgers Kenntnis erlangt hat (Satz 1). Nachrangig verpflichtet ist ein Leistungsträger, soweit dieser bei rechtzeitiger Erfüllung der Leistungspflicht eines anderen Leistungsträgers selbst nicht zur Leistung verpflichtet wäre (Satz 2). Erläuternd heißt es in § 104 Abs 1 Satz 3 SGB X zum Nachrangverhältnis, daß ein Erstattungsanspruch nicht besteht, soweit der nachrangige Leistungsträger seine Leistungen auch bei Leistung des vorrangig verpflichteten Leistungsträgers hätte erbringen müssen. § 104 SGB X geht also von nebeneinander bestehenden Leistungspflichten (mindestens) zweier Leistungsträger aus, wobei die Verpflichtung eines dieser Leistungsträger wegen System- oder Einzelanspruchssubsidarität der Leistungspflicht des anderen nachgeht



(BSGE 59, 119, 123 = SozR 1300 § 104 Nr 7; BSGE 70, 186, 194 = SozR 3-1200 § 53 Nr 4; BSGE 74, 36, 38 = SozR 3-1300 § 104 Nr 8).

Die Voraussetzungen dieser Vorschrift sind nach dem Gesamtzusammenhang der Feststellungen des LSG erfüllt. Danach hat der Kläger dem Beigeladenen eine Leistung (erforderliche Krankenhausbehandlung) gewährt, auf die der Beigeladene gemäß §§ 39, 40 BSHG Anspruch hatte. Im Hinblick auf § 2 BSHG war dieser Anspruch nachrangig gegenüber einem entsprechenden Leistungsanspruch des Beigeladenen gegen die Beklagte. Auch hinsichtlich des Vorliegens der übrigen - zT ungeschriebenen - Tatbestandsmerkmale des § 104 Abs 1 SGB X, wie Vergleichbarkeit der Leistungspflichten und sog zeitliche Kongruenz (vgl etwa BSGE 74, 36, 39 = SozR 3-1300 § 104 Nr 8), bestehen nach den Feststellungen des LSG keine Bedenken; dies wird auch von der Beklagten nicht in Zweifel gestellt. Streitig ist allein, ob der Beigeladene gegen die Beklagte für die Zeit vom 3. bis 6. Mai 1992 tatsächlich einen Anspruch auf stationäre Behandlung im Psychiatrischen Krankenhaus H. hatte. Das ist nach Auffassung des erkennenden Senats der Fall.

Der erkennende Senat läßt offen, ob sich das Bestehen eines rentenversicherungsrechtlichen Reha-Anspruchs des Beigeladenen - abgesehen von den Bestimmungen des Gesetzes über die Angleichung der Leistungen zur Reha - noch nach dem zum 1. Januar 1992 gestrichenen (vgl Art 6 Nr 24 des Rentenreformgesetzes 1992 <RRG 1992>) 4. Buch der Reichsversicherungsordnung (RVO) oder nach dem gleichzeitig in Kraft getretenen (vgl Art 1, 85 Abs 1 RRG 1992) SGB VI richtet (vgl dazu §§ 300, 301 SGB VI). Denn nach beiden insoweit einschlägigen Regelungen besteht ein Anspruch des Beigeladenen auf die streitige Entgiftungsbehandlung gegen die Beklagte.

Wendet man noch das alte Rentenrecht an, so ergibt sich der Leistungsanspruch des Beigeladenen aus den §§ 1236, 1237 RVO. Nach der zu diesen Bestimmungen ergangenen ständigen Rechtsprechung des BSG ist die stationäre Entgiftungsbehandlung eines Suchtkranken, die in Zusammenhang mit einer stationären Entwöhnungsbehandlung steht, eine medizinische Leistung zur Reha iS von § 1237 RVO (vgl BSGE 66, 87 = SozR 2200 § 1237 Nr 23; BSGE 68, 167 = SozR 3-2200 § 1237 Nr 1; vgl auch BSG SozR 3-2200 § 1237 Nr 2). Auch von dem Vorliegen der weiteren Leistungsvoraussetzungen - insbesondere der medizinischen Notwendigkeit und Erfolgsaussicht - ist nach den Feststellungen des LSG auszugehen.

Geht man hingegen von einer Anwendbarkeit des SGB VI aus, so hat die Prüfung, wie der erkennende Senat in seinen Entscheidungen vom 6. Mai 1998 (- B 13 RJ 11/97 R - <zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen>, - B 13 RJ 29/97 R -, - B 13 RJ 75/97 R - und - B 13 RJ 69/97 R - <zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen>) ausgeführt hat, bei den §§ 9 ff SGB VI anzusetzen.



Nach § 9 Abs 1 Satz 1 SGB VI, der selbst nicht Anspruchsgrundlage ist, erbringt die Rentenversicherung medizinische, berufsfördernde und ergänzende Leistungen zur Reha, um

1. den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und
2. dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wieder einzugliedern.

Gemäß § 9 Abs 2 Satz 1 SGB VI können die Leistungen nach Abs 1 erbracht werden, wenn die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen dafür erfüllt sind. Die persönlichen Voraussetzungen werden vom Gesetzgeber in § 10 SGB VI, die versicherungsrechtlichen in § 11 SGB VI konkretisiert. Darüber hinaus werden medizinische Leistungen zur Reha gemäß § 12 SGB VI bei Vorliegen bestimmter Tatbestände nicht erbracht. Diese teils positiv, teils negativ formulierten Ausschlußgründe liegen im vorliegenden Fall offenkundig nicht vor.

Wie der erkennende Senat (s zB BSG, Urteil vom 6. Mai 1998 - B 13 RJ 11/97 - <zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen>) bereits entschieden hat, gehört die ärztlich indizierte stationäre Behandlung eines Suchtkranken ihrer Art nach zu den in § 9 Abs 1 SGB VI angesprochenen medizinischen Leistungen zur Reha iS von § 15 SGB VI. Vorliegend ist eine Leistungserbringung durch die Beklagte auch nicht durch § 13 SGB VI ausgeschlossen. Während in § 13 Abs 1 SGB VI der allgemeine Grundsatz normiert ist, daß der Träger der Rentenversicherung im Einzelfall unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen zur Reha sowie die Reha-Einrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen bestimmt, heißt es in Abs 2 des § 13 SGB VI: Der Träger der Rentenversicherung erbringt nicht

1. medizinische Leistungen zur Reha in der Phase akuter Behandlungsbedürftigkeit einer Krankheit, es sei denn, die Behandlungsbedürftigkeit tritt während der medizinischen Leistungen zur Reha ein,
2. medizinische Leistungen zur Reha anstelle einer sonst erforderlichen Krankenhausbehandlung,
3. medizinische Leistungen zur Reha, die dem allgemein anerkannten Stand medizinischer Erkenntnisse nicht entsprechen.

In Abs 3 des § 13 SGB VI findet sich darüber hinaus geregelt: Der Träger der Rentenversicherung erbringt nach Abs 2 Nr 1 im Benehmen mit dem Träger der Krankenversicherung für diesen Krankenbehandlung und Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft (Satz 1). Er kann von dem Träger der Krankenversicherung Erstattung der hierauf entfallenden Aufwendungen verlangen (Satz 2). Nach § 13 Abs 4 SGB VI schließlich vereinbaren die Träger der Rentenversicherung mit den Spitzenverbänden der Krankenkas-



sen gemeinsam und einheitlich im Benehmen mit dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung Näheres zur Durchführung von Abs 2 Nrn 1 und 2.

Wie der erkennende Senat schon in seinen oa Entscheidungen vom 6. Mai 1998 ausgeführt hat, läßt sich diesen ab 1. Januar 1992 anzuwendenden Bestimmungen nicht entnehmen, daß sie nur eine Abgrenzung der Leistungszuständigkeit der Rentenversicherungsträger gegenüber derjenigen der Krankenversicherungsträger betreffen. Vielmehr stellt § 13 Abs 2 SGB VI eine allgemeine, dh umfassende Ausschlußklausel dar, die sich auch auf das Verhältnis zu den Trägern der Sozialhilfe bezieht.

Zunächst sind hier die Voraussetzungen des § 13 Abs 2 Nr 1 Halbsatz 1 SGB VI gegeben. Der Beigeladene litt während der Dauer der Entgiftungsbehandlung (3. bis 6. Mai 1992) unter einer "behandlungsbedürftigen Krankheit" und befand sich dabei in einer "Phase akuter Behandlungsbedürftigkeit" (vgl dazu zB BSG, Urteil vom 6. Mai 1998 - B 13 RJ 11/97 R -, Umdruck S 10). Dies wird auch von der Beklagten nicht in Zweifel gezogen. Im vorliegenden Fall greift jedoch § 13 Abs 2 Nr 1 Halbsatz 2 SGB VI ein, da die akute Krankenhaus-Behandlungsbedürftigkeit des Beigeladenen nach den Feststellungen des LSG, was von der Beklagten ebenfalls eingeräumt wird, aufgrund eines Rückfalls bezüglich seiner Alkoholabhängigkeit während der von der Beklagten gewährten Entwöhnungsbehandlung, einer medizinischen Leistung zur Reha, eingetreten ist.

§ 13 Abs 2 Nr 1 Halbsatz 2 SGB VI regelt einen speziellen Ausnahmetatbestand zu der allgemeinen Ausschlußklausel des Abs 2 Nr 1 Halbsatz 1 der Vorschrift (sog Rückausnahme). Dies ergibt sich bereits aus dem klaren Wortlaut der Vorschrift ("es sei denn ..."), wobei es sich um eine für einen Ausnahmetatbestand typische Formulierung handelt. Dadurch bleibt es wieder bei der allgemeinen Regel, dh der Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers für die gesamte Reha-Maßnahme nach § 15 SGB VI (so auch - allerdings ohne nähere Begründung - zB Niesel in Kasseler Komm, Sozialversicherungsrecht, § 13 SGB VI RdNr 18; Lilge in Gesamtkomm Sozialversicherung, § 13 SGB VI Anm 5).

Für eine entgegenstehende Beurteilung bieten auch die Gesetzesmaterialien keine Grundlage. Insbesondere kann ihnen nicht entnommen werden, daß der Rentenversicherungsträger bei interkurrenter Erkrankung eines nicht krankenversicherten Sozialhilfeempfängers für eine erforderliche Krankenhausbehandlung nicht leistungspflichtig wäre. Nach der Begründung zum Entwurf der durch das RRG 1992 eingeführten Vorschrift des § 13 SGB VI (vgl BR-Drucks 120/89, S 155 = BT-Drucks 11/4124, S 155) soll es in Anlehnung an das bisherige Recht dem Rentenversicherungsträger möglich sein, während der von ihm erbrachten medizinischen Leistungen zur Reha anstelle des Krankenversicherungsträgers Krankenbehandlung und Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft zu übernehmen, wenn die Reha voraussichtlich erfolgreich weitergeführt werden kann. Da



der Rentenversicherungsträger insoweit Aufgaben des Krankenversicherungsträgers wahrnehme, solle er vom Krankenversicherungsträger eine Erstattung seiner Aufwendungen verlangen können. Diese Ausführungen betreffen die Abgrenzung zwischen Renten- und Krankenversicherung, lassen das Verhältnis zur Sozialhilfe demnach unberührt.

Etwas anderes folgt auch nicht aus § 13 Abs 3 SGB VI. Diese § 13 Abs 2 Nr 1 SGB VI ergänzende Bestimmung betrifft zum einen nur das Verhältnis zwischen Rentenversicherung und Krankenversicherung, zum anderen ändert sie nichts an einer den Rentenversicherungsträgern auch in Ansehung der Ausschlußregelung des § 13 Abs 2 SGB VI noch verbleibenden Leistungszuständigkeit. So setzt § 13 Abs 3 Satz 1 SGB VI eine grundsätzliche Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers für interkurrente Behandlungen voraus. Danach erbringt dieser gemäß § 13 Abs 2 Nr 1 SGB VI im Benehmen mit dem Krankenversicherungsträger für diesen ua Krankenbehandlung. Auch der in Satz 2 dieses Absatzes geregelte Erstattungsanspruch basiert gerade auf einer durch den Rentenversicherungsträger erfolgten Leistungserbringung. Zudem steht diesem danach ein von Ermessensausübung abhängiger Erstattungsanspruch ausdrücklich nur gegen den Träger der Krankenversicherung zu; Sozialhilfeträger sind hier nicht genannt.

Die vom erkennenden Senat vertretene Auslegung des § 13 Abs 2 Nr 1 SGB VI entspricht auch dessen Sinn und Zweck. Indem diese Regelung medizinische Leistungen zur Reha in der Phase akuter Behandlungsbedürftigkeit einer Krankheit zwar grundsätzlich, jedoch nicht bei interkurrenten Erkrankungen ausschließt, grenzt sie im Bereich der Reha von Suchtkranken die Leistungspflicht der Rentenversicherungsträger in der Weise ein, daß nur eine Entgiftungsbehandlung, die außerhalb, also insbesondere vor einer Entwöhnungsbehandlung erforderlich ist, nicht als Leistung der gesetzlichen Rentenversicherung erbracht wird. Dadurch wird einerseits vermieden, daß der Rentenversicherungsträger - bei Fehlen eines gesetzlichen Krankenversicherungsschutzes - zu einem subsidiären Krankenversicherungsträger wird, andererseits wird jedoch auch dem Gesichtspunkt der Einheitlichkeit der Reha in den Fällen Rechnung getragen, in denen die akute Behandlungsbedürftigkeit während einer medizinischen Reha-Leistung der Rentenversicherung eintritt. In dieser Situation bleibt die Leistungszuständigkeit des Rentenversicherungsträgers - unbeschadet der Regelungen des § 13 Abs 3 und 4 SGB VI - selbst dann bestehen, wenn die betreffende Behandlung in einem Krankenhaus außerhalb der Reha-Einrichtung durchgeführt wird. Damit entfällt insbesondere ein zwischenzeitlicher Zuständigkeitswechsel, der nicht nur Zeit- und Verwaltungsaufwand verursachen, sondern möglicherweise sogar die Erreichung des Reha-Zieles (vgl § 9 Abs 1 Satz 1 SGB VI) gefährden würde.

Der Anspruch des Beigeladenen ist ferner nicht durch § 13 Abs 2 Nr 2 SGB VI ausgeschlossen. Der in dieser Bestimmung vorgesehene Ausschluß der Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers für Reha-Leistungen anstelle einer sonst erforderlichen



Krankenhausbehandlung betrifft nicht Fälle einer interkurrenten Erkrankung, sondern die Beurteilung im Zeitpunkt der Leistungsbewilligung, dh er bezieht sich auf das Verhältnis der Reha-Leistung als ganzer zu einer sonst erforderlichen Krankenhausbehandlung. Insofern kann § 13 Abs 2 Nr 2 SGV VI auch nicht dahin ausgelegt werden, daß sich die darin enthaltene Ausschlußklausel im Rahmen des § 13 Abs 2 Nr 1 Halbsatz 2 SGB VI einschränkend auswirke. Diese Vorschrift eröffnet mithin keinen Weg, eine Leistungszuständigkeit des Rentenversicherungsträgers bei interkurrenter Krankenhausbehandlung zu verneinen. Auch in der Literatur wird die Problematik einer Tragung der Kosten für interkurrente Behandlung ausschließlich im Rahmen des § 13 Abs 2 Nr 1 SGB VI gesehen (vgl Eicher/Haase/Rauschenbach, Die Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten, § 13 SGB VI Anm 5; Zweng/Scheerer/Buschmann/Dörr, Handbuch der Rentenversicherung, § 13 SGB VI RdNr 22, 26; Niesel in Kasseler Komm, Sozialversicherungsrecht, § 13 SGB VI RdNr 18 f; Lueg in Gemeinschaftskomm, § 13 SGB VI RdNr 15 ff, 20; Hauck in Hauck/Haines, Gesetzliche Rentenversicherung, K § 13 SGB VI RdNr 10).

Jedenfalls läßt sich der Begründung des Gesetzesentwurfs zu § 13 Abs 2 Nr 2 SGB VI kein Anhalt dafür entnehmen, daß danach auch die Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers für Krankenhausleistungen bei einer interkurrenten Erkrankung ausgeschlossen sein soll. Nach den Gesetzesmaterialien (BR-Drucks 120/89, S 155 = BT-Drucks 11/124, S 155) korrespondiert Abs 2 Nr 2 der Vorschrift mit § 40 Abs 4 SGB V. Die Regelung solle der Ausweitung von Leistungen mit krankenhaushähnlichem Charakter insofern entgegenwirken, als der Rentenversicherungsträger Leistungen, für die der Krankenversicherungsträger zuständig wäre, weil sie Krankenhauspflege erforderlich machen könnten, nicht erbringen solle. Für diese Fälle bleibe die Leistungspflicht der Krankenkasse bestehen, die Einzelheiten sollten die Träger der Krankenversicherung und der Rentenversicherung in einer Vereinbarung regeln. Um einen solchen Fall handelt es sich bei einer - wie hier - im Verlauf einer medizinischen Maßnahme zur Reha eingetretenen interkurrenten Erkrankung nicht. Auch im Rahmen des § 40 Abs 4 SGB V geht es um die Alternative einer sonst erforderlichen Krankenhausbehandlung als ganzer. Im übrigen regelt diese Vorschrift die nachrangige Zuständigkeit des Krankenversicherungsträgers gegenüber anderen Sozialversicherungsträgern (Höfler in Kasseler Komm, § 40 SGB V RdNr 29), aber nicht gegenüber den Sozialhilfeträgern.

Auch die allgemeine Gesetzesentwurfsbegründung zum Ersten Abschnitt des Zweiten Kapitels des SGB VI (vgl BR-Drucks 120/89, S 153 = BT-Drucks 11/4124, S 153) spricht für die hier vertretene Auffassung. Danach wird der Verantwortungsbereich der Rentenversicherung gegenüber den anderen an der Reha beteiligten Sozialleistungsträgern in der Weise umrissen, daß die Rentenversicherung Leistungen für die Akutbehandlung einer Krankheit oder anstelle einer sonst erforderlichen Krankenhausbehandlung nicht erbringe (die Krankenbehandlung sei Aufgabe der Krankenversicherung) und zur Eingliederung der Versicherten in Arbeit und Beruf mit stationären Leistungen zur Reha dann eintrete,



wenn ambulante Leistungen nicht ausreichen. Auch an dieser Stelle der Gesetzesmaterialien wird somit Krankenhausbehandlung als Reha-Maßnahme nicht generell ausgeschlossen, insbesondere nicht im Falle einer interkurrenten Erkrankung. Im übrigen steht auch hier das Verhältnis der Rentenversicherungsträger zu den Krankenversicherungsträgern im Vordergrund.

Soweit demgegenüber in der Literatur im Hinblick auf diese gesetzgeberische Begründung zT die Auffassung vertreten wird (Verbandskomm, § 13 SGB VI Anm 6.3), daß für die Übernahme der Kosten einer interkurrenten Erkrankung bei Personen, die nicht krankenversichert sind, ausschließlich der Träger der Sozialhilfe zuständig sei, vermag der Senat dem nicht zu folgen. Nach dieser Auffassung sei aus der Gesetzesbegründung zu folgern, daß nur in Ausnahmefällen im Interesse einer möglichst nahtlosen Durchführung der Reha die Erbringung von Krankenhausbehandlung durch einen Rentenversicherungsträger zugelassen sei, aber die grundsätzliche Zuständigkeit der Krankenversicherung für diese Leistungen bestehen bleibe. Soweit für einen Versicherten kein Krankenversicherungsschutz bestehe, sei für die entsprechenden Leistungen demnach der Sozialhilfeträger zuständig. Nichts anderes ergebe sich aus § 2 BSHG, da der Rentenversicherungsträger für eine Leistungserbringung in diesem Rahmen nach § 13 Abs 2 SGB VI nicht zuständig sei. Diese Vorschrift begründe eine Spezialzuständigkeit auch für den Sozialhilfeträger. Die tragende Begründung dieser Meinung, daß die Vorschrift des § 13 Abs 2 SGB VI eine solche Spezialregelung sei, welche die Leistungspflicht des Sozialhilfeträgers begründe, ist nach Auffassung des erkennenden Senats nicht zutreffend, zumal auch der Gesetzesbegründung nichts Näheres für eine derartige Ansicht entnommen werden kann. Zwar grenzt § 13 Abs 2 SGVB VI die Leistungserbringungspflicht der Rentenversicherungsträger umfassend - also auch im Verhältnis zu den Sozialhilfeträgern - ein (vgl zB BSG, Urteil vom 6. Mai 1998 - B 13 RJ 11/97 R - Umdruck S 8); wo es jedoch - wie nach § 13 Abs 2 Nr 1 Halbsatz 2 SGB VI - ausdrücklich bei einer Zuständigkeit der Rentenversicherungsträger verbleibt, besteht keine Grundlage für eine "Spezialzuständigkeit" der Sozialhilfeträger.

Nichts anderes kann aus Abs 4 der Vorschrift hergeleitet werden. Von der dort vorgesehenen Möglichkeit einer Vereinbarung zur Leistungsabgrenzung zwischen Kranken- und Rentenversicherung haben die betroffenen Spitzenverbände am 21. Januar 1993 Gebrauch gemacht (vgl zB ErsK 1993, 172). Die Vereinbarung regelt in § 2 Fragen der Leistungen bei interkurrenter Erkrankung. Nach Abs 1 dieser Regelung fällt darunter eine solche Erkrankung, die während einer stationären medizinischen Leistung zur Reha auftritt und einer sofortigen ärztlichen Behandlung bedarf. Nach Abs 2 der Vorschrift werden die Kosten der Behandlung einer interkurrenten Erkrankung, die mit den Mitteln der Reha-Einrichtung mitbehandelt werden kann, vom Träger der Rentenversicherung getragen, soweit keine Krankenhauspflegebedürftigkeit vorliegt. Nach Abs 3 trägt der Träger der Krankenversicherung die Kosten der Behandlung einer interkurrenten Erkrankung, wenn



der Versicherte zur Krankenhausbehandlung in ein Krankenhaus oder in eine andere Station der Reha-Einrichtung verlegt wird, die zur Krankenhausbehandlung zugelassen ist. Dies gilt auch, wenn die stationäre Krankenhausbehandlung verursachende Erkrankung in einem Zusammenhang mit dem Heilbehandlungsleiden steht. Nach diesen Regelungen würde nicht der Rentenversicherungsträger, sondern der Krankenversicherungsträger die hier streitigen Krankenhausbehandlungskosten zu tragen haben, wenn der Beigeladene krankenversichert gewesen wäre, da letzterer in einem Krankenhaus außerhalb der Reha-Einrichtung der Beklagten stationär behandelt worden ist. An der oa Vereinbarung vom 21. Januar 1993 sind Sozialhilfeträger jedoch nicht beteiligt. Schon deshalb kann die Beklagte hieraus - wie das LSG zutreffend gesehen hat - gegenüber dem Kläger keine Rechte herleiten. Entsprechendes gilt für die sog Suchtvereinbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen und des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger zur Leistungsabgrenzung zwischen Kranken- und Rentenversicherung bei der Reha Abhängigkeitskranker vom 20. November 1978 (DOK 1979, 489 f).

Diesem Ergebnis steht nicht die zT in der Literatur vertretene Auffassung entgegen, wonach die Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers bei interkurrenter Erkrankung nur dann gegeben sei, wenn die Krankenbehandlung mit den Mitteln der Klinik möglich ist; die Krankenversicherung übernehme die Kosten der Behandlung außerhalb der Einrichtung (vgl Kreikebohm, SGB VI, Komm § 13 RdNr 11; Lueg in Gemeinschaftskomm, § 13 SGB VI RdNr 16; Zweng/Scheerer/Buschmann/Dörr, Handbuch der Rentenversicherung, § 13 SGB VI RdNr 23; so wohl auch Eicher/Haase/Rauschenbach, Die Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten, § 13 SGB VI Anm 4). Diese Aussagen beziehen sich nur auf das Verhältnis zwischen Renten- und Krankenversicherung. Dabei wird nämlich zur Begründung im wesentlichen auf die oa Vereinbarung zur Leistungsabgrenzung nach § 13 Abs 4 SGB VI Bezug genommen. Die Frage einer Erstattungspflicht des Rentenversicherungsträgers gegenüber dem Sozialhilfeträger in Fällen wie dem vorliegenden wird damit folglich nicht beantwortet.

Abgesehen davon findet die Auffassung des erkennenden Senats zum Verhältnis zwischen den Nrn 1 und 2 des § 13 Abs 2 SGB VI auch im Inhalt der Vereinbarung zur Leistungsabgrenzung nach § 13 Abs 4 SGB VI eine Stütze. Denn die Vertragsparteien sind ersichtlich davon ausgegangen, daß die Nrn 1 und 2 des § 13 Abs 2 SGB VI jeweils getrennte Ausschlußklauseln enthalten. So haben sie die Leistungen bei interkurrenten Erkrankungen - auch soweit es Krankenhausbehandlungen anbelangt - in § 2 der Vereinbarung geregelt. Diesbezüglich verbleibt es bei der Leistungszuständigkeit der Rentenversicherungsträger (vgl § 1 Abs 1 Nr 1 der Vereinbarung), lediglich die Kosten der Behandlung werden nach Maßgabe des § 2 Abs 3 bis 5 der Vereinbarung von den Trägern der Krankenversicherung erstattet. Hingegen wird auf den Ausschlußtatbestand des § 13 Abs 2 Nr 2 SGB VI gesondert in § 1 Abs 2 der Vereinbarung eingegangen. Dazu stellt § 3



der Vereinbarung, der die Prüfung bei Einleitung stationärer Reha-Leistungen betrifft, klar, daß eine Behandlung im Krankenhaus nicht oder nicht mehr erforderlich sein dürfe.

Eine Auslegung und Anwendung des § 13 Abs 2 Nrn 1 und 2 SGB VI in dem vom erkennenden Senat vertretenden Sinne läßt auch keine Gesetzeslücke erkennen, die der Ausfüllung bedürfte. Von einer "planwidrigen Unvollständigkeit" des Gesetzes (vgl BGHZ 65, 300, 302; BGH NJW 1988, 2109, 2110) kann nicht die Rede sein. Wenn der Rentenversicherungsträger bei Fallgestaltungen der vorliegenden Art eine stationäre Entgiftungsbehandlung als medizinische Leistung zur Reha ohne Erstattungsanspruch erbringen soll oder bei Vorleistung durch den Sozialhilfeträger diesem die Kosten zu erstatten hat, entspricht dies dem deutlich erkennbaren Willen des Gesetzgebers, der darauf abzielt, ein reibungsloses Erreichen des Reha-Zieles zu fördern.

Die Auffassung des Senats ist für die Träger der Rentenversicherung letztendlich auch nicht mit wirtschaftlich unzumutbaren Belastungen verbunden: Verändert sich aufgrund der interkurrenten Erkrankung die Erfolgsprognose hinsichtlich der medizinischen Leistungen zur Reha (zB bei einer nicht heilbaren Krebserkrankung), so kann der Rentenversicherungsträger die Leistungsbewilligung mit Wirkung für die Zukunft aufheben (§ 48 Abs 1 Satz 1 SGB X).

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 des Sozialgerichtsgesetzes. Dabei war zu berücksichtigen, daß sich der Beigeladene während des gesamten Verfahrens nicht geäußert hat.

