S 1 KR 24/00

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Sachsen
Sozialgericht	Sächsisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	1
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	<p>Zu den Voraussetzungen des Erstattungsanspruchs des Trägers der Kriegsopferversorgung gegen den Träger der Krankenversicherung – hier wegen der Kosten einer einem Schwerbeschädigten gewährten Badekur. Dem einen Erstattungsanspruch nach § 18 c Abs. 5 BVG geltend machenden Träger der Kriegsopferversorgung kann von dem in Anspruch genommenen Träger nicht entgegen gehalten werden, dessen Leistungsbewilligung sei rechtswidrig. Etwas anderes gilt nur dann, wenn die Leistungsbewilligung offenkundig rechtswidrig ist. Dieser Grundsatz gilt auch für den Fall, dass der in Anspruch genommene Träger nur nach den für ihn geltenden Vorschriften seine eigene Leistungspflicht prüft, wenn und soweit die Anspruchsvoraussetzungen des erstattungsberechtigten und des erstattungsverpflichteten Trägers inhaltlich identisch sind (hier: Vorrang ambulanter Einzelleistungen vor ambulanter oder stationärer Rehabilitationskur).</p>
Normenkette	<p>§ 10 Abs 2 BVG § 10 Abs 7 BVG § 11 Abs 2 BVG § 18 c Abs 5 BVG § 40 SGB V § 104 SGB X</p>

1. Instanz

Aktenzeichen	S 1 KR 24/00
Datum	22.11.2002

2. Instanz

Aktenzeichen	L 1 KR 18/03
Datum	20.04.2005

3. Instanz

Datum	-
-------	---

- I. Auf die Berufung des KlÄxgers wird das Urteil des Sozialgerichts Chemnitz vom 22. November 2002 aufgehoben und die Beklagte dem Grunde nach verurteilt, dem KlÄxger die Kosten der stationÄren Badekur des Versorgungsberechtigten A â; W â; in der Zeit vom 02. Juni 1998 bis 07. Juli 1998 zu erstatten.
- II. AuÄergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.
- III. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist der Anspruch des klagenden TrÄxgers der Kriegsopferversorgung gegen die be-klagte Krankenkasse auf Erstattung der Kosten fÄ¼r eine einem SchwerbeschÄdigten bewil-ligte Badekur.

Bei dem am â; 1922 geborenen und bei der Beklagten versicherten A â; W â; (W.) hat der KlÄxger mit Bescheid vom 07. Dezember 1994 als SchÄdigungsfolgen nach dem Bun-desversorgungsgesetz (BVG) anerkannt: 1. Verlust des linken Oberschenkels 2. Narbe am Hinterkopf 3. Narbe am rechten Oberschenkel.

W. erhÄlt wegen der anerkannten SchÄdigungsfolgen eine BeschÄdigtenversorgung nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), insbesondere eine Grundrente nach einer Minde-rung der ErwerbsfÄhigkeit (MdE) um 80 v.H â; AuÄerdem hat der KlÄxger ihm einen Grad der Behinderung (GdB) von 100 zuerkannt und das Vorliegen der Voraussetzungen des Merkzeichens "G" festgestellt.

In der Zeit vom 06. Oktober 1992 bis 03. November 1992 nahm W. an einer von dem KlÄx-ger bewilligten KurmaÄnahme (Badekur) in Bad N. teil.

Am 20. Dezember 1994 beantragte W. bei dem KlÄxger erneut die GewÄhrung einer Bade-kur. Nach Einholung eines Ärztlichen Gutachtens von Dr. B1 â; (FachÄrztin fÄ¼r Allgemein-medizin in C â;) vom 03. Februar 1995, einer versorgungsÄrztlichen Stellungnahme von Dr. K1 â; vom 01. MÄrz 1995 und einer abschlieÄenden Stellungnahme des Ärztlichen Dienstes des KlÄxgers (Dr. T1 â; vom 03. April 1995) bewilligte der KlÄxger daraufhin W. eine Bade-kur nach [Ä§ 11 Abs. 2](#) i. V. m. [Ä§ 10 Abs. 1 BVG](#) in der L â;-Kurklinik in Bad K â; (Be-scheid vom 10. April 1995), die vom 12. Juli 1995 bis 09. August 1995 durchgefÄ¼hrt wurde.

Im Entlassungsbericht der L â€¦-Kliniken vom 09. August 1995 sind als Nichtschâ€¦digungs-folgen genannt: Dysfunktion der Iliosakralgelenke, der mittleren BWS sowie der Kopfgelenke, Arthrose in beiden Radiokarpalgelenken mit schmerzhaft eingeschrâ€¦nkte r Beweg-lichkeit, Hyperlipidâ€¦mie.

Es sei unter der Therapie eine Besserung der Schulter- und Handgelenksschmerzen eingetreten. Phantomschmerzen hâ€¦tten wâ€¦hrend des Aufenthalts nicht bestanden. Ein seit lâ€¦nge-rem bestehender Tinnitus sei unverâ€¦ndert gewesen. Insgesamt habe W. berichtet, sich gut erholt zu haben. Man habe bei W. eine Reduktion der Handgelenksschmerzen und eine Linderung der Schulter-Hâ€¦ft-Schmerzen angestrebt.

Unter dem 08. Dezember 1997 stellte W. bei dem Klâ€¦ger erneut einen Antrag auf Bewilli-gung einer Badekur.

Nach Einholung eines â€¦rztlichen Gutachtens von Dr. B1 â€¦! (13. Januar und 23. Januar 1998) bejahte Dipl.-Med. H1 â€¦! am 16. Februar 1998 fâ€¦r den â€¦rztlichen Dienst des Klâ€¦gers die Notwendigkeit einer stationâ€¦ren Behandlung in einer Kureinrichtung. Eine Badekur sei angezeigt und im Sinne von [â€¦ 11 Abs. 2 oder 12 Abs. 3 BVG](#) erforderlich. Die Schâ€¦di-gungsfolgen bzw. die durch sie verursachten Gesundheitsstâ€¦rungen erforderten nicht fâ€¦r sich allein, sondern erst im Zusammenwirken mit Nichtschâ€¦digungsfolgen oder gleichzei-tig mit Nichtschâ€¦digungsfolgen (zeitlich untrennbar) die Badekur. Die Kurfâ€¦higkeit des W. liege gegenwâ€¦rtig vor. Der Versorgungsarzt Dr. T1 â€¦! gelangte am 20. Februar 1998 zu der Einschâ€¦tzung, eine vorzeitige Badekur sei wegen der anerkannten Schâ€¦digungsfolgen angezeigt. Wegen der Vielzahl der Beschwerden und der chronischen Schmerzen werde einer etwas vorgezogenen Kur erneut (wie schon 1995) ab Juni 1998 zugestimmt. Mit Be-scheid vom 04. Mâ€¦rz 1998 bewilligte der Klâ€¦ger fâ€¦r W. eine Badekur nach [â€¦ 11 Abs. 2](#) i.V.m. [â€¦ 10 Abs. 1 BVG](#) in den L â€¦-Kliniken in Bad K â€¦! Einem Antrag der Kureinrich-tung auf Verlâ€¦ngerung der stationâ€¦ren Kurbehandlung fâ€¦r weitere sieben Tage entsprach der Klâ€¦ger unter dem 23. Juni 1998.

Im Entlassungsbericht der L â€¦-Kliniken vom 07. Juli 1998 werden folgende Nichtschâ€¦digungsfolgen angegeben:

â€¦ HWS-Syndrom, â€¦ Coxarthrose beidseits â€¦ Prostataadenom.

Bei Aufnahme habe W. â€¦ber Beschwerden im Handgelenk sowie â€¦ber HWS-Beschwerden mit Ausstrahlung in die rechte Schulter und den Unterarm geklagt. Weiterhin habe er â€¦ber ein positionsbedingtes Taubheitsgefâ€¦hl im linken Arm und in den Fingern geklagt, im letz-ten halben Jahr seien rezidivierende Zephalgien aufgetreten. Man habe folgende Maâ€¦nah-men durchgefâ€¦hrt: Moorlaugenbâ€¦der, Iontophorese der Handgelenke, Zweizellenbad der Arme, Moorpackungen im Bereich der HWS, Moorkneten beider Hâ€¦nde, Teilmassagen fâ€¦r Wirbelsâ€¦ule und Schultern. Auâ€¦erdem habe W. regelmâ€¦ig an der Seniorengymnastik bzw. Hockergymnastik teilgenommen. Bei der Abschlussuntersuchung habe sich W. sehr gut erholt und gekrâ€¦ftigt gefâ€¦hlt. Weiterhin habe er â€¦ber rezidivierend

auftretende Wirbelsäulenbeschwerden im Halswirbelbereich mit migräneartigem Kopfschmerz geklagt. Hier habe durch Akupunktur eine Besserung erzielt werden können. Zwischenzeitliche Stumpfbeschwerden seien wieder abgeklungen. Von kardiopulmonaler Seite sei W. kompensiert gewesen und zufriedenstellend belastbar.

Für den ärztlichen Dienst des Klägers führte Dipl.-Med. H1 am 20. Juli 1998 aus, nach dem Inhalt des Kurabschlussberichtes sei davon auszugehen, dass die Badekur überwiegend der Behandlung von versorgungsfremden Gesundheitsstörungen gedient habe. Die im Entlassungsbericht der Einrichtung aufgeführten Behandlungsmaßnahmen hätten überwiegend der Behandlung des nicht durch die Kriegsverletzung bedingten pseudoradikulären HWS-Syndroms gedient, weshalb auch eine Verlängerung um sieben Tage hauptsächlich initiiert worden sei. Stumpfbeschwerden seien wohl von W. während der Kurmaßnahme nicht geklagt worden.

Mit Schreiben vom 31. August 1998 machte der Kläger gegenüber der Beklagten einen Erstattungsanspruch gemäß [§ 18c Abs. 5 Satz 2 BVG](#) hinsichtlich der bewilligten Badekur in der Zeit vom 02. Juni 1998 bis 07. Juli 1998 geltend. Bei dem Versorgungsberechtigten seien vorrangig Nichtschädigungsfolgen behandelt worden. Es seien Kosten in Höhe von 7.957,48 DM (4.068,59 EUR) entstanden.

Am 27. Oktober 1998 lehnte die Beklagte den geltend gemachten Erstattungsanspruch ab. Nach versorgungsärztlicher Stellungnahme hielt der Kläger seinen Erstattungsanspruch gegenüber der Beklagten mit Schreiben vom 17. November 1998 aufrecht. In einem daraufhin beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) eingeholten sozial-medizinischen Gutachten gelangte Dr. W1 unter dem 11. Januar 1999 zu der Einschätzung, die Beschwerden des W. und die gesamten in der Kur durchgeführten Behandlungen hätten die Behandlung von Nichtschädigungsfolgen zum Gegenstand gehabt. Trotzdem sei vom Versorgungsamt die Rehabilitationsmaßnahme und sogar noch eine Verlängerung bewilligt worden, deren medizinische Notwendigkeit schwer zu begründen sei. Seitens der Krankenversicherung seien die notwendigen Voraussetzungen für eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme nicht erfüllt gewesen. Der Beschwerdekomples des W. hätte durch ambulante Krankenbehandlung am Wohnort behandelt werden können. Eine Rehabilitationsmaßnahme wäre seitens der Krankenkasse bei diesem Krankheitsbild überhaupt nicht in Frage gekommen. Mit weiterem Schreiben vom 15. Februar 1999 bekräftigte die Beklagte die Ablehnung des Erstattungsanspruchs.

Am 25. Januar 2000 hat der Kläger beim Sozialgericht Chemnitz (SG) Klage erhoben, gerichtet auf Erstattung der Kosten in Höhe von 7.957,48 DM (4.068,59 EUR) für die von W. in der Zeit vom 02. Juni bis 07. Juli 1998 durchgeführte Badekur.

Auf mündliche Verhandlung hat das SG die Klage mit Urteil vom 22. November 2002 abgewiesen. Nach [§ 18c Abs. 5 Satz 2 BVG](#) komme eine Erstattung nur in Frage, soweit der andere Leistungsträger sonst Leistungen gewährt hätte. Ein

Anspruch des Versicherten gem. § 40 f. 4. Buch Sozialgesetz (SGB V) auf Bewilligung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme habe jedoch nicht bestanden, da dessen Anspruchsvoraussetzungen nicht erfüllt gewesen seien. Die Beklagte könne im Erstattungsverfahren nicht zu einer Leistung verpflichtet werden, zu deren Erbringung sie nach dem Leistungsrecht des SGB V nicht berechtigt gewesen wäre. Während das BVG in [§ 11 Abs. 2 Satz 1 BVG](#) nur stationäre Badekuren für Versorgungsberechtigte kenne, sehe [§ 40 SGB V](#) ein abgestuftes System von Reha-Leistungen vor. Die Beklagte sei zutreffend zu dem Ergebnis gelangt, dass eine stationäre Reha-Maßnahme zur Behandlung der schädigungsunabhängigen Gesundheitsstörungen nicht notwendig gewesen sei. Dies folge aus den in den Akten vorhandenen medizinischen Stellungnahmen des MDK. Andere Rechtsträger könnten ihre Leistungen nicht unter Hinweis auf den nach dem BVG bestehenden Rechtsanspruch verweigern und sich damit auf Kosten des Bundes entlasten. Zwischen dem Versorgungsträger und dem Träger der Krankenversicherung sei ein Auftragsverhältnis im Sinne von [§ 87 f.](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) gegeben. Dies ähnele den Regeln des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) über den Auftrag bzw. insbesondere den Vorschriften über die Geschäftsführung ohne Auftrag gem. [§ 677 f. BGB](#). Die Erstattungsregelung des [§ 18c Abs. 5 Satz 2 BVG](#) korrespondiere mit der umgekehrten Erstattungsregelung des [§ 20 BVG](#), wenn die Krankenkasse im Auftrag des Versorgungsträgers Leistungen erbracht habe und deswegen Erstattung verlangen könne. Im umgekehrten hier gegebenen Fall sei also auch ein Auftragsverhältnis oder zumindest ein auftragsähnliches Verhältnis erforderlich. Wie bei der Geschäftsführung ohne Auftrag so könne auch hier ein Erstattungsanspruch nicht gegeben sein, wenn der "Fremdgeschäftsführungswille" fehle, wenn also die Versorgungsverwaltung gar nicht für die Krankenkasse tätig werden wollen. Dies sei regelmäßig dann der Fall, wenn wie auch in dem hier zugrunde liegenden Bewilligungsbescheid ausdrücklich eine Heilbehandlung nach [§ 10 Abs. 1 BVG](#) bewilligt worden sei. Auch wenn sich nachträglich herausstelle, dass die bewilligte Leistung nicht geeignet gewesen sei, Schädigungsfolgen zu behandeln, so könne dies nicht dazu führen, dass die Krankenkasse nachträglich einstandspflichtig werde. Der Anspruch nach [§ 18c Abs. 5 Satz 2 BVG](#) setze voraus, dass für den Sozialversicherungsträger hier die Krankenkasse geleistet worden sei. Dies folge aus der Systematik des Gesetzes. Wenn die Badekur wegen Schädigungsfolgen bewilligt worden sei, komme eine Erstattung nicht in Betracht.

Gegen die Nichtzulassung der Berufung des am 30. Januar 2003 zugestellten Urteils hat sich die am 28. Februar 2003 beim Sächsischen Landessozialgericht eingelegte Nichtzulassungsbeschwerde der Klägerin gerichtet.

Mit Beschluss vom 08. September 2003 hat der Senat die Berufung gegen das Urteil des SG vom 22. November 2002 zugelassen.

Der Kläger ist der Ansicht, er dürfe Ansprüche auf Badekuren von Versorgungsberechtigten mit Heil- und Krankenbehandlungsansprüchen nach [§ 10 Abs. 2 BVG](#) nicht zurückweisen. Damit sei er auch für Kuren, die schädigungsfremd erforderlich seien, bei diesem Personenkreis nach [§ 11 Abs. 2](#)

[Satz 2 BVG](#) zuständig. Eine vollumfängliche Überprüfungs-pflicht für die Ermessensentscheidung der Versorgungsverwaltung habe die Krankenkasse nicht. Dafür, dass vorwiegend Schädigungsfolgen behandelt worden seien, ergebe sich aus den vorhandenen Unterlagen kein Anhaltspunkt.

Der Kläger beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Chemnitz vom 22. November 202 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm dem Grunde nach die Kosten für die stationäre Bade-kur vom 02. Juni 1998 bis 07. Juli 1998 zu erstatten, hilfsweise die Revision zuzu-lassen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen, hilfsweise die Revision zuzulassen.

Die Beklagte ist unter Berufung auf ein Urteil des Sächsischen Landessozialgerichts vom 27. Juni 2002 (Az. [L 6 V 23/01](#)) der Auffassung, aufgrund eines bestehenden Auftragsverhältnisses zwischen den Leistungsträgern sei ein Erstattungsanspruch des Klägers nicht mehr durchsetzbar. W. sei während der streitigen Badekur wesentlich nur wegen Nicht-schädigungsfolgen behandelt worden.

Die Beklagte hat ein Gutachten des MDK zu Vorsorge- und Reha-Maßnahmen vom 19. Februar 2004 vorgelegt (Sachverständiger Dr. W1 $\hat{=}$). Darin ist im Wesentlichen angegeben, die ambulanten möglichen Behandlungsmaßnahmen seien nicht vollständig ausgeschöpft worden. Vor allem Maßnahmen der Krankengymnastik und auch der manuellen Therapie wären noch zu empfehlen gewesen. Erst nach völliger Ausschöpfung aller Behandlungsmaßnahmen am Wohnort sei die Indikation für eine Reha-Maßnahme zu stellen. Als Kriterien für eine stationäre Reha-Maßnahme müsste einer der folgenden Punkte erfüllt sein (Begutachtungsrichtlinie Vorsorge und Rehabilitation):

$\hat{=}$ Vorliegen von Schädigungen oder Funktionsstörungen, die durch ambulante Rehabilitation nicht ausreichend behandelt werden könnten, $\hat{=}$ mangelnde psychische Belastbarkeit (psychiatrische Erkrankungen, Orientierungsstörungen, Abhängigkeitsprobleme $\hat{=}$ Alkohol, Drogen, Medikamente), $\hat{=}$ Notwendigkeit pflegerischer Betreuung oder ständiger ärztlicher Überwachung auch außerhalb der Therapiezeiten, $\hat{=}$ Notwendigkeit einer zeitweisen Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld.

Aufgrund der Diagnose und der dokumentierten Beschwerdeangaben des W. könne keiner dieser Punkte als erfüllt angesehen werden. Die medizinische Notwendigkeit für eine Re-ha-Maßnahme habe 1998 nicht bestanden.

Dem ist die Beklagte durch Vorlage einer versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dipl.-Med. S1 $\hat{=}$ vom 19. Mai 2004 entgegengetreten. Die Versorgungsärztin hat sich dahingehend geäußert, es sei nicht anzuzweifeln, dass weitere ambulante Maßnahmen möglich und sicher auch zumutbar gewesen wären. Dies sei bei den heutigen Möglichkeiten, die sogar ambulante

physiotherapeutische Maßnahmen im Hausbesuch ermöglichten, sicher immer der Fall. Die Tatsache, dass trotz umfangreicher Behandlung auch nach 14 Tagen noch keine wesentliche Beschwerdebesserung habe erreicht werden können, so dass von der Kureinrichtung eine Verlängerung um eine Woche beantragt worden sei und auch die hohe Anzahl erforderlicher Behandlungen, die ambulant keinesfalls in dieser Frequenz durchführbar und zumutbar gewesen wären, begründeten die Notwendigkeit einer stationären Reha-Maßnahme zu diesem Zeitpunkt. Die Behandlungen in der Reha-Einrichtung seien indikationsgerecht und nach dem Maßstab der Notwendigkeit erfolgt, die Verlängerung sei unter diesem Gesichtspunkt beantragt worden. Wenn für eine ausreichende Beschwerdelinderung und Stabilisierung des Gesundheitszustandes des Versicherten auch unter dem Gesichtspunkt der Abwendung einer alsbaldigen Pflegebedürftigkeit oder Aufnahme einer solchen, fünf Wochen intensive physiotherapeutische Maßnahmen unter stationären Bedingungen erforderlich gewesen seien, könne aus versorgungsärztlicher Sicht nicht davon ausgegangen werden, dass ein annähernd gleiches Ergebnis ambulant durch einzelne krankengymnastische oder manualtherapeutische Behandlungen erreichbar gewesen wäre.

Die Beteiligten haben vor dem Senat am 20. April 2005 folgenden Teilunterwerfungsvergleich geschlossen:

I. Für den Fall, dass der Anspruch des Klägers dem Grunde nach vollumfänglich besteht und insoweit ein rechtskräftiges Urteil vorliegt, erkennt die Beklagte die geltend gemachte Höhe der Erstattungsforderung an.

II. Für den Fall einer anderweitigen Entscheidung durch das Sächsische Landessozialgericht oder im Falle einer Zurückverweisung vom Bundessozialgericht an das Sächsische Landessozialgericht wird der Vergleich hinfällig, wenn rechtskräftig entschieden wird, dass die Beklagte nicht oder nur teilweise dem Grunde nach erstattungspflichtig ist.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den Inhalt der Gerichtsakten beider Rechtszüge und der Verwaltungsakten der Beteiligten, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Über die Berufung ist durch den für Angelegenheiten der gesetzlichen Krankenversicherung zuständigen Senat zu entscheiden. Der Streit über einen Erstattungsanspruch der Versorgungsverwaltung gegen eine Krankenkasse gehört zu den Angelegenheiten der Sozialversicherung (Krankenversicherung). Ein Erstattungsanspruch ist regelmäßig dem Rechtsgebiet zuzuordnen, aus dem sich die Leistungspflicht ergibt, auf die sich der Erstattungsanspruch gründet (vgl. BSG, Urteil vom 24. Mai 1984, Az.: [7 RAr 97/83](#) = SozR 1500 Â§ 31 Nr. 3). Der Kläger leitet hier einen Erstattungsanspruch aus einer Leistungspflicht der Beklagten zur Erbringung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme ab. Diese Frage ist dem Gebiet der Krankenversicherung zuzuordnen.

Die Berufung des KlÄxgers ist zulÄxssig. Auf die gegen die Nichtzulassung der Berufung im Urteil des SG vom 22. November 2002 eingelegte Nichtzulassungsbeschwerde des KlÄxgers hat der Senat die Berufung zugelassen, weil das Urteil von einer Entscheidung des Landes-sozialgerichts (Urteil des erkennenden Senats vom 17. April 2002, Az. [L 1 KR 15/01](#)) ab-weicht und auf dieser Abweichung beruht ([Ä§ 144 Abs. 2 Nr. 2](#) Sozialgerichtsgesetz â□□ SGG).

Die Berufung ist auch begrÄ¼ndet. Zu Unrecht hat das SG die Klage abgewiesen.

Die vom KlÄxger erhobene Leistungsklage ist zulÄxssig. Der KlÄxger konnte nur eine Leis-tungsklage nach [Ä§ 54 Abs. 5 SGG](#) erbeten. Die Beteiligten sind gleichgeordnete Ä¶ffentlich-rechtliche LeistungstrÄxger, die die sie betreffenden RechtsverhÄ¼ltnisse nicht durch Verwal-tungsakt regeln kÄ¶nnen (vgl. BSG, Urteil vom 23. Februar 1987, Az. [9a RV 22/86](#) = [SozR 3100 Ä§ 16 Nr. 4](#) S. 8, dort zu einem Erstattungsstreit nach [Ä§ 20 BVG](#)). Wegen des zwischen den Beteiligten am 20. April 2005 in der mÄ¼ndlichen Verhandlung geschlossenen Teilun-terwerfungsvergleichs konnte der Senat offen lassen, ob der mit einer echten Leistungskla-ge ([Ä§ 54 Abs. 5 SGG](#)) geltend gemachte, konkret bezifferte Erstattungsanspruch genau in dieser HÄ¶he besteht; er brauchte im Urteil nur noch darÄ¼ber zu entscheiden, ob der An-spruch dem Grunde nach besteht ([Ä§ 130 Satz 1 SGG](#)). Hierbei handelt es sich um ein Zwi-schenurteil im Sinne von [Ä§ 304](#) ZivilprozeÄ¶ordnung (ZPO) i.V.m. [Ä§ 202 SGG](#).

Einer Beiladung des BeschÄ¼digten/Versicherten bedurfte es nicht. Ein Fall der notwendi-gen Beiladung ([Ä§ 75 Abs. 2 SGG](#)) liegt nicht vor. Der BeschÄ¼digte ist an dem streitigen RechtsverhÄ¼ltnis nicht derart beteiligt, dass die Entscheidung auch ihm gegenÄ¼ber nur ein-heitlich ergehen kann. Da weder die dem BeschÄ¼digten gewÄ¼hrte Leistung als solche strei-tig ist, noch die MÄ¶glichkeit einer Doppelleistung besteht, sondern es sich vielmehr nur um eine Lastenverteilung aus leistungsrechtlichen Verpflichtungen zweier LeistungstrÄxger geht, werden die Rechte des BeschÄ¼digten bzw. des Versicherten selbst durch diese Ent-scheidung nicht berÄ¼hrt (vgl. BSG, Urteil vom 08. Juni 1994, Az. [3/1 RK 31/93](#) = [SozR 3-3100 Ä§ 18c Nr. 2](#)).

Die Leistungsklage ist auch begrÄ¼ndet. Der KlÄxger nimmt die Beklagte dem Grunde nach zu Recht fÄ¼r die von ihm dem schwerbeschÄ¼digten W. im Zeitraum vom 02. Juni 1998 bis 07. Juli 1998 gewÄ¼hrte stationÄ¼re Badekur in Anspruch.

Allein in Betracht kommende â□□ und zwischen den Beteiligten unstrittige â□□ Rechtsgrundla-ge fÄ¼r das Erstattungsbegehren ist der als Ausgleichsanspruch zwischen Ä¶ffentlich-rechtlichen LeistungstrÄxgern konzipierte [Ä§ 18c Abs. 5 Satz 2 BVG](#) in der ab 01. Januar 1998 geltenden Fassung. Die Vorschrift hat folgenden Inhalt: Erbringt ein anderer Ä¶ffent-lich-rechtlicher LeistungstrÄxger eine Sachleistung, eine Zuschuss- oder sonstige Geldleis-tung oder eine mit einer Zuschussleistung fÄ¼r den gleichen Leistungszweck verbundene Sachleistung nicht, weil bereits aufgrund dieses Gesetzes eine Sachleistung gewÄ¼hrt wird, ist er erstattungspflichtig, soweit er sonst Leistungen gewÄ¼hrt hÄ¼tte.

Die Voraussetzungen dieser Vorschrift sind erfüllt. Dem Beschädigten ist aufgrund des BVG eine Sachleistung gewährt worden, die sonst von der Beklagten zu erfüllen gewesen wäre.

Der Erstattungsanspruch nach [Â§ 18c Abs. 5 Satz 2 BVG](#) steht neben den sich aus den [Â§Â§ 102](#) ff. Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) ergebenden Erstattungsansprüchen. Es handelt sich bei [Â§ 18c Abs. 5 Satz 2 BVG](#) um eine eigenständige Regelung, die regelungs-spezifische Besonderheiten aufweist, und insbesondere auch nicht mit [Â§ 104 SGB X](#) inhaltsgleich ist. [Â§ 104 SGB X](#) trifft schon deswegen den hier maßgeblichen Regelungszusammenhang nicht, weil der Träger der Kriegsopferversorgung nicht bloß dann leistet, wenn die Krankenkasse nicht rechtzeitig geleistet hat (zu den Voraussetzungen des [Â§ 104 SGB X](#) vgl. die Darstellung im Urteil des BSG vom 25. Januar 1994, Az: [7 RAR 42/93](#) = [SozR 3-1300 Â§ 104 Nr. 8](#)). Stellt der Versorgungsberechtigte keinen Anspruch auf Versicherungsleistungen begründenden Antrag, kann der Träger der Kriegsopferversorgung gleichwohl einen Anspruch nach [Â§ 18c Nr. 1 Abs. 5 Satz 2 BVG](#) gegenüber dem Versicherungsträger geltend machen, wenn er die Leistung erbracht hat (vgl. dazu BSG, Urteil vom 26. Februar 2003, Az. [B 8 KN 9/01 KR R](#) = [SozR 4-3100 Â§ 18c Nr. 1](#) Rn. 6 m.w.N.). Auch hat der Versorgungsberechtigte und zugleich Krankenversicherte nicht bloß gegen beide Leistungsträger einen jeweils eigenständigen Anspruch – eine Konstellation, die auch in den Fällen des [Â§ 104 SGB X](#) zwingende Voraussetzung ist –, sondern muss sich insbesondere im Fall der Badekur auch dann nicht auf die Krankenkasse verweisen lassen, wenn diese zwar leistungsbereit ist, der Krankenversicherte aber gleichwohl in seiner Eigenschaft als Versorgungsberechtigter nur Leistungen vom Träger der Kriegsopferversorgung wünscht (vgl. auch BSG, Urteil vom 16. November 1999, Az. [B 1 KR 17/98 R](#) = [SozR 3-3100 Â§ 18c Nr. 3](#)). Daneben kann der Träger der Kriegsopferversorgung sogar nach [Â§ 18c Abs. 3 BVG](#) von der Krankenkasse zu erbringende Leistungen auch in den Fällen an sich ziehen, in denen es um die Behandlung nicht schädigungsbedingter Gesundheitsstörungen geht ([Â§ 10 Abs. 2 und Abs. 4 BVG](#)). Allerdings besteht insoweit eine Parallele zu [Â§ 104 SGB X](#), als hier wie dort zwischen den beteiligten Leistungsträgern hinsichtlich der endgültigen Kostentragung ein Ausgleichsanspruch besteht (zum nicht notwendigen Vorrang-Nachrang-Verhältnis für den Anspruch nach [Â§ 18c Abs. 5 Satz 2 BVG](#) vgl. BSG, Urteil vom 31. Oktober 1978, Az. [4 RJ 30/78](#) = [SozR 3100 Â§ 81b Nr. 10](#)). Der Träger der Kriegsopferversorgung trägt unabhängig davon, ob er selbst oder die Krankenkasse ([Â§ 18c Abs. 1 BVG](#)) die Leistung erbringt, deren Kosten, wenn die zu behandelnde Gesundheitsstörung als Folge einer Schädigung anerkannt ist oder durch eine anerkannte Schädigungsfolge verursacht worden ist (vgl. dazu zuletzt BSG, Urteil vom 26. Februar 2003, [B 8 KN 9/01 KR R](#) = [SozR 4-3100 Â§ 18c Nr. 1](#)) oder wenn Leistungen für Berechtigte erbracht wurden, die nach [Â§ 10](#) des fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) versichert sind. Daneben trägt der Träger der Kriegsopferversorgung die Kosten für die Heil- und Krankenbehandlung, die nach der Theorie der wesentlichen Bedingung nicht auf eine Schädigung im Sinne des BVG zurückzuführen ist, dann im Falle des [Â§ 10 Abs. 2 und Abs. 4 BVG](#) allein, wenn kein anderer öffentlich-rechtlicher Leistungsträger (auch) zuständig ist. Dies ist im Regelfall eine Krankenkasse, es

kann sich dabei aber insbesondere auch um einen Träger der gesetzlichen Unfall- oder der gesetzlichen Rentenversicherung handeln. Jeder andere öffentlich-rechtliche Leistungsträger, dessen Einstandspflicht keiner Systems subsidiarität oder einer ausdrücklich angeordneten Einzelfall subsidiarität unterliegt, kann erstattungspflichtig sein (zur Grundaussage des [Â§ 18c Abs. 5 Satz 2 BVG](#) vgl. BSG, Urteil vom 15. Dezember 1976, Az. [3 RK 31/76](#) = SozR 3100 Â§ 18c Nr. 2; Urteil vom 16. Dezember 1976, Az. 10 RV 210/75 = [SozR 3100 Â§ 18c Nr. 3](#); Urteil vom 22. Juni 1977, Az. [10 RV 29/76](#) = SozR 3100 Â§ 18c Nr. 5; Urteil vom 08. Juni 1994, Az. [3/1 RK 31/93](#) = [SozR 3-3100 Â§ 18c Nr. 2](#)).

Im vorliegenden Fall kommt als anderer öffentlich-rechtlicher Leistungsträger nur die Beklagte als Krankenkasse in Betracht, bei der der schwerbeschädigte Leistungsempfänger W. im Leistungszeitraum als Mitglied versichert war.

Der Erstattungsanspruch des Klägers setzt dem Grunde nach voraus: Die betroffenen Leistungsträger müssen vergleichbaren Leistungspflichten (vgl. dazu BSG, Urteil vom 20. April 1988, Az. [3/8 RK 14/86](#) = USK 8884; Urteil vom 16. November 1999, Az. [B 1 KR 17/98 R](#) = SozR 3-3100 Â§ 18c Nr. 3) unterliegen und zwar unter Berücksichtigung einer zeitlichen Kongruenz und Personenidentität. Die Leistung des die Erstattung begehrenden Leistungsträgers muss rechtmäßig sein. Der Grund der Erstattungspflicht richtet sich nach den für den verpflichteten Leistungsträger geltenden Vorschriften und ist grundsätzlich durch gegenüber dem Versorgungsberechtigten ergangene Bescheide begrenzt. Der von dem verpflichteten Leistungsträger (hier einer Krankenkasse) an die Versorgungsverwaltung zu leistende Aufwendungsersatz ist daher dessen Leistung (hier die Leistung der Krankenkasse aus der Krankenversicherung; vgl. dazu BSG, Urteil vom 13. Juli 1977, Az. [3 RK 84/76](#) = SozR 1500 Â§ 31 Nr. 1). Der Erstattungspflichtige darf seine Leistung gegenüber dem Leistungsempfänger nicht bereits in Unkenntnis der Leistung des Erstattungsberechtigten erbracht haben. Die Frist zur Geltendmachung des Erstattungsanspruchs muss eingehalten sein ([Â§ 21 BVG](#) i.V.m. [Â§ 111 SGB X](#)), der Erstattungsanspruch darf nicht verjährt sein ([Â§ 21 Satz 1 BVG](#) i.V.m. [Â§ 113 SGB X](#) und [Â§ 21 Satz 2 BVG](#)) und nicht gemäß [Â§ 21 BVG](#) i.V.m. [Â§ 110 SGB X](#) (Pauschalierung; Bagatellbetrag) hienmässig begrenzt oder ausgeschlossen sein.

Im vorliegenden Rechtsstreit geht es im Kern um die Frage, ob und gegebenenfalls in welchem Umfang der nach [Â§ 18c Abs. 5 Satz 2 BVG](#) als erstattungspflichtig in Anspruch genommene Leistungsträger an die Leistungsentscheidung des den Erstattungsanspruch geltend machenden Trägers der Kriegsopferversorgung gebunden ist bzw. in welchem Umfang diesem aus der krankenversicherungsrechtlichen Rechtsposition des Versorgungsberechtigten abgeleitete Einwendungen von der Krankenkasse entgegengehalten werden können. Letztlich geht es damit um die Frage, ob der krankenversicherungsrechtliche Anspruch, aus dem der Erstattungsanspruch abgeleitet wird, nur noch eingeschränkt der Prüfungs- und Entscheidungskompetenz der als ausgleichspflichtig in Anspruch genommenen Krankenkasse unterworfen ist.

Die "Vorgängervorschrift" zu [Â§ 18c Abs. 5 Satz 2 BVG](#) war [Â§ 18c Abs. 6 BVG](#). Zu dieser Vorschrift hat das BSG wiederholt Stellung genommen. In seiner Entscheidung vom 16. Dezember 1976 (Az. [10 RV 201/75](#) = [SozR 3100 Â§ 18c Nr. 3](#); siehe ferner Urteil vom 25. April 1984, Az. [8 RK 25/82](#) = [SozR 3100 Â§ 18c Nr. 18](#)) hat das BSG die Ansicht vertreten, die in [Â§ 18c Abs. 6 Satz 2 BVG](#) getroffene Regelung bezwecke, wie sich insbesondere aus ihrem Zusammenhang mit Satz 3 ergebe und in der Begründung zum Regierungsentwurf (BT-Drucks. VI. 2649) auch betont worden sei, "dass bei der Heilbehandlung wegen Nichtschädigungsfolgen und bei der Krankenbehandlung andere Leistungsträger, die im konkreten Fall nur zur Gewährleistung von Kann-Leistungen oder Zuschüssen verpflichtet sind, ihre Leistungen nicht unter Hinweis auf den nach dem BVG bestehenden Rechtsanspruch oder auf das Fehlen eigener Aufwendungen des Berechtigten verweigern und sich damit auf Kosten des Bundes entlasten können" (siehe ferner BSG, Urteil vom 22. Juni 1977, Az. [10 RV 29/76](#) = [SozR 3100 Â§ 18c Nr. 5](#); Urteil vom 25. April 1984, [8 RK 25/82](#) = [SozR 3100 Â§ 18c Nr. 18](#)). Mit Urteil vom 30. Mai 1978 (Az. [1 RA 81/77](#) = [SozR 3100 Â§ 18c Nr. 9](#)) hat das BSG weitergehend ausgeführt, von diesem Gesetzeszweck her bestimmten sich die Voraussetzungen des Ersatzanspruches. Er sei gegeben, wenn der in Anspruch genommene Leistungsträger eine Zuschuss- oder sonstige Geldleistung nicht erbracht habe, weil bereits aufgrund des BVG eine Sachleistung gewährleistet worden sei. Damit müsse einmal der in Anspruch genommene Leistungsträger für den Fall, dass die Sachleistung nach dem BVG nicht gewährleistet worden wäre, grundsätzlich zur Erbringung einer Leistung an den Versicherten wenn auch nicht verpflichtet, so doch jedenfalls nach seinem pflichtgemäßem Ermessen berechtigt sein. Zum anderen müsse die Erbringung der Geldleistung zumindest mittelbar wegen der nach dem BVG gewährten Sachleistung unterblieben sein. Sei die Leistung aus anderen Gründen, etwa wegen Fehlens der sachlich-rechtlichen Voraussetzungen, nicht erbracht worden, so stehe der Versorgungsverwaltung ein Ersatzanspruch nicht zu. Ob der in Anspruch genommene Leistungsträger ohne die Gewährleistung der Sachleistung nach dem BVG dem Versicherten eine Geldleistung zu erbringen hätte bzw. erbringen könnte oder ob die sachlich-rechtlichen Voraussetzungen hierfür nicht erfüllt seien, richte sich nach dem für den in Anspruch genommenen Leistungsträger maßgebendem Recht.

Schließlich hat das BSG mit Urteil vom 16. November 1999 (Az. [B 1 KR 17/98 R](#) = [SozR 3-3100 Â§ 18c Nr. 3](#)) u.a. ausgeführt, es müsse auch geprüft werden, ob der in [Â§ 18c Abs. 5 Satz 1 BVG](#) angeordnete generelle Vorrang anderer zweckidentischer Sozialleistungen durch eine auf die Leistungsart oder auf den Anspruchsgrund bezogene spezielle Nachrangregelung verdrängt sei. Eine Sondervorschrift über den Nachrang des krankensicherungsrechtlichen Anspruchs auf eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme im Verhältnis zum Anspruch auf eine versorgungsrechtliche Badekur sei im Gesetz nicht enthalten. [Â§ 40 Abs. 4 SGB V](#) enthalte zwar einen Nachrang im Verhältnis zu anderen Sozialversicherungsträgern, aber nicht zu Leistungen nach dem BVG. Die beiden Leistungen verfolgten auch sich überschneidende Zwecke, nämlich das Ziel der Erhaltung und Besserung des Gesamtgesundheitszustandes. Dabei erbringe sich die Prüfung, welcher Zweck einer Maßnahme im konkreten Einzelfalle zukomme. [Â§ 10 Abs. 7 Satz 2](#) und 3 BVG sei vielmehr zu entnehmen, dass es auf

den Leistungsweg ankomme, wie er in den einschlägigen gesetzlichen Vorschriften zum Ausdruck gebracht sei, denn darin werde generell nur auf "Leistungen" im Sinne von Leistungstypen und nicht auf den konkreten Fall Bezug genommen. Der Zweck der stationären Behandlung in einer Reha-Einrichtung nach [Â§ 40 Abs. 2 SGB V](#) als Krankenversicherungsleistung ergebe sich über [Â§ 40 Abs. 1](#) aus [Â§ 27 Abs. 1 Satz 1](#) und [Â§ 11 Abs. 2 SGB V](#). Er bestehe im dort interessierenden Zusammenhang darin, eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. In diesem umfassenden Leistungszweck sei der engere Zweck einer Badekur nach dem BVG enthalten. Die Überschneidung liege in der Vorbeugung für eine in absehbarer Zeit zu erwartende Verschlechterung des Gesundheitszustandes, die neben anderen als mögliches Ziel einer Badekur in [Â§ 11 Abs. 2 Satz 1 BVG](#) festgelegt sei und die in der Verhütung einer Verschlimmerung nach [Â§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) ihre Entsprechung finde. Es sei zwar zutreffend, dass krankensicherungsrechtlich zwischen Vorsorgeleistungen nach [Â§ 23 SGB V](#), Behandlungsleistungen nach [Â§ 27 SGB V](#) und Rehabilitationsleistungen nach [Â§ 40 SGB V](#) zu unterscheiden sei und dass dabei auch die unterschiedlichen Leistungszwecke eine Rolle spielten. Es gebe auch gewisse Anhaltspunkte dafür, dass im Versorgungsrecht ähnliche Unterscheidungen gälten, die auf entsprechende Leistungszwecke schließen lassen könnten. Die genaue Betrachtung ergebe jedoch, dass die gesetzliche Systematik keine konkrete Schasse zulasse. Abgesehen von Zweifeln, ob die fragliche Unterscheidung schon krankensicherungsrechtlich wirklich streng durchgehalten sei, könnten jedenfalls die verschiedenen Leistungen nach dem BVG den erwähnten drei krankensicherungsrechtlichen Leistungssparten nicht sicher zugeordnet werden. Insbesondere gebe das Gesetz die Badekur nicht eindeutig als Maßnahme mit Vorsorgecharakter zu erkennen. Zwar würden Leistungen zur Förderung der Gesundheit und zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten seit 1989 in einem eigenen [Â§ 10 Abs. 6 BVG](#) zusammengefasst, der auf die Vorschriften über Badekuren ausdrücklich verweise, und auch in der Begründung zum Gesetzentwurf werde ein entsprechender Zusammenhang zwischen Badekur und Vorsorgeleistung hergestellt. Gleichzeitig werde mit [Â§ 11 Abs. 1 Nr. 6 BVG](#) eine systematische Trennung zwischen Behandlungs- und Rehabilitationsleistung einerseits und Vorsorgeleistung andererseits nahe gelegt. Weder mit dem Gesetzestext noch mit der Gesetzesbegründung sei jedoch eine Auslegung unvereinbar, wonach Badekuren neben der Vorsorge auch andere Leistungszwecke umfassen könnten. Gegen eine Beschränkung auf das krankensicherungsrechtliche Konzept der Vorsorge spreche auch [Â§ 9 Nr. 1 BVG](#) der sowohl dort erheblich den Umfang der Versorgung nach dem BVG auf die Begriffe Heilbehandlung und Krankenbehandlung beschränke. Daraus sei zu schließen, dass Badekuren zu diesen beiden Sparten zählten und die in [Â§ 10 Abs. 1 Satz 1](#) bzw. Abs. 4 Satz 1 BVG genannten Leistungszwecke miterfassten. Schließlich könnten Badekuren nach [Â§ 11 Abs. 2 Satz 1 BVG](#) ausdrücklich auch zur Sicherung des Heilerfolges erwähnt werden, was sie aus krankensicherungsrechtlicher Sicht zu Rehabilitationsleistungen mache. Unter diesen Umständen lasse sich die These nicht aufrechterhalten, Badekuren seien Vorsorgeleistungen, die ihre krankensicherungsrechtliche Entsprechung ausschließlich in den Vorsorgekuren nach [Â§ 23 Abs. 4 SGB V](#) fänden. Überschneidungen in der gesetzlichen

Zweckbestimmung bestanden infolgedessen auch zu den Leistungen nach [Â§ 40 Abs. 2 SGB V](#). Wegen des fließenden Übergangs zwischen kurativer medizinischer Behandlung und Rehabilitation sei eine zeitliche Abgrenzung oder eine Abgrenzung nach der Art der gewährten Leistung im Versorgungsrecht schon immer untunlich gewesen, so dass die Heil- und Krankenbehandlung mit der Rehabilitation im BVG zu einer Einheit zusammengefasst worden sei. Daran habe sich durch die Änderung im Zusammenhang mit der Einführung des SGB V nichts geändert, der frühere Rechtszustand sei vielmehr nur klargestellt worden. Eine scharfe Trennung zwischen Vorsorge und Rehabilitation sei im Versorgungsrecht vom Gesetz nicht gedeckt, zumal an ihr schon im Krankenversicherungsrecht selbst gewisse Zweifel bestanden. Es sei bei dem bisherigen Rechtszustand auch unter Berücksichtigung der gesetzlichen Änderung durch das Gesundheitsreformgesetz geblieben, wonach im Verhältnis zur versorgungsrechtlichen Badekur so wohl Rehabilitationsleistungen als auch Vorsorgeleistungen die gleichen Leistungszwecke verfolgten. Dem schließt sich der erkennende Senat nach eigener Prüfung an.

Soweit ersichtlich hat das BSG im Zusammenhang mit [Â§ 18c Abs. 5 Satz 2 BVG](#) bislang nicht Stellung zu der Frage genommen, ob die Ermessensentscheidung des den Erstattungsanspruch geltend machenden Trägers der Kriegsopferversorgung von der erstattungspflichtigen Krankenkasse nur eingeschränkt überprüfbar ist. Das BSG hat sich jedoch im Zusammenhang mit den [Â§ 102 ff. SGB X](#) hierzu schon geäußert und in seinem Urteil vom 14. Mai 1985 (Az.: [4a RJ 21/84 = SozR 1300 Â§ 104 Nr. 6](#); vgl. auch Urteil vom 17. November 1987, Az.: [4a RJ 5/87 = SozR 2200 Â§ 1237 Nr. 21](#)) zu einem Sachverhalt ausgeführt, in dem es um den Erstattungsanspruch des Sozialhilfeträgers nach [Â§ 104 SGB X](#) gegenüber dem Rentenversicherungsträger für eine gewährte Entwöhnungsbehandlung ging, dem Anspruch des Klägers könne die Beklagte nicht entgegenhalten, dass sie dem Alkoholkranken gegenüber von dem ihr in [Â§ 1236 Abs. 1 Satz 1](#) Reichsversicherungsordnung (RVO) eingeräumten Ermessen abschließend hätte Gebrauch machen können. Der streitige Zahlungsanspruch sei ein Anspruch auf Kostenausgleich unter zwei Sozialleistungsträgern in Bezug auf eine Sozialleistung, die der Berechtigte bereits erhalten habe. Bei dieser Sach- und Rechtslage könne der vorrangig berufene Leistungsträger dem Kostenausgleichsanspruch des nachrangigen Trägers nur entgegenhalten, dass evidente Gründe vorliegen, aufgrund derer eine Ablehnung der Kannleistung aus Ermessensgründen in Frage gekommen wäre (z.B. Vorliegen von rechtmäßigen schriftlichen Richtlinien). Im Übrigen folge aus der prozessualen Mitwirkungs- und Föhrderungspflicht des vorrangigen Trägers im Erstattungsstreitverfahren, bis zur letzten mündlichen Verhandlung vor der Tatsacheninstanz darzulegen, dass und welche dem Ermessensbereich zuzuordnenden Umstände einer Leistungsgewährung an den Berechtigten seiner Meinung nach entgegengestanden hätten.

Wie bereits oben ausgeführt, ist der Erstattungsanspruch nach [Â§ 18c Abs. 5 Satz 2 BVG](#) nicht mit dem des [Â§ 104 SGB X](#) deckungsgleich. Es sind jedoch keine Gründe ersichtlich die dagegen sprechen, diese Rechtsprechung des BSG zum Prüfungsmaßstab bei einem sich auf eine Ermessensleistung stützenden Erstattungsanspruchs nach [Â§ 104 SGB X](#) nicht auf den Erstattungsanspruch nach

[Â§ 18c Abs. 5 Satz 2 BVG](#) zu $\frac{1}{4}$ bertragen. Vielmehr st $\frac{1}{4}$ tzt [Â§ 18c Abs. 5 Satz 1 BVG](#) gerade die $\frac{1}{4}$ bertragbarkeit dieser Rechtsprechung. Denn nach [Â§ 18c Abs. 5 Satz 1 BVG](#) d $\frac{1}{4}$ rfen auf Rechtsvorschriften beruhende Leistungen $\frac{1}{4}$ ffentlich-rechtlicher Leistungstr $\frac{1}{4}$ ger, auf die kein Anspruch besteht, nicht deshalb versagt werden oder gek $\frac{1}{4}$ rzt werden, weil nach den [Â§ 10 bis 24a BVG](#) Leistungen f $\frac{1}{4}$ r denselben Zweck vorgesehen sind. Wenn der im Erstattungsstreit in Anspruch genommene Leistungstr $\frac{1}{4}$ ger eine umfassende eigenst $\frac{1}{4}$ ndige Ermessensspr $\frac{1}{4}$ fung vornehmen k $\frac{1}{4}$ nnte, k $\frac{1}{4}$ nnte er dadurch [Â§ 18c Abs. 5 Satz 1 BVG](#) unterlaufen, weil bis auf die F $\frac{1}{4}$ lle der Ermessensreduzierung auf Null der in Anspruch genommene Leistungstr $\frac{1}{4}$ ger immer vortragen k $\frac{1}{4}$ nnte, wenn er entschieden h $\frac{1}{4}$ tte, w $\frac{1}{4}$ re die Ermessensentscheidung negativ ausgefallen.

Der erkennende Senat geht aber dar $\frac{1}{4}$ ber hinaus und vertritt die Auffassung, dass es dem in Anspruch genommenen Leistungstr $\frac{1}{4}$ ger, hier der Krankenkasse, verwehrt ist, sich auf das Nichtvorliegen tatbestandlicher Voraussetzungen des krankenversicherungsrechtlichen Anspruchs zu berufen, wenn die Argumentation letztlich darauf abzielt, zu behaupten, der Tr $\frac{1}{4}$ ger der Kriegsopferversorgung habe die von ihm f $\frac{1}{4}$ r erstattungsf $\frac{1}{4}$ hig gehaltene Leistung rechtswidrig gew $\frac{1}{4}$ hrt. Sind die tatbestandlichen Voraussetzungen insoweit identisch, kann es nicht darauf ankommen, dass sich der nach [Â§ 18c Abs 5 Satz 2 BVG](#) in Anspruch genommene Leistungstr $\frac{1}{4}$ ger formal auf die seiner Zust $\frac{1}{4}$ ndigkeit zugeordnete Anspruchgrundlage beruft, wenn ihm zugleich verwehrt ist, die Rechtswidrigkeit der Leistungsent-scheidung des die Erstattung begehrenden Tr $\frac{1}{4}$ gers der Kriegsopferversorgung geltend zu machen. Dies folgt aus dem vom BSG in seinem Urteil vom 13. September 1984 (Az.: [4 RJ 37/83](#) = [SozR 1300 Â§ 103 Nr. 2](#)) aufgestellten Grundsatz, dass die Rechtsbeziehungen zwischen der Krankenkasse und dem Rentenversicherungstr $\frac{1}{4}$ ger in dem dortigen Sachver-halt eine Folge des durch die RVO geregelten Sozialversicherungssystems sei. Das Sozialversicherungssystem sehe eine gegliederte und auf dem Prinzip der Aufgabenteilung beru-hende Sozialversicherung vor. Aus ihr ergebe sich, dass zun $\frac{1}{4}$ chst einmal jeder Versiche-rungstr $\frac{1}{4}$ ger f $\frac{1}{4}$ r die Regelung der zu ihm bestehenden Versicherungsverh $\frac{1}{4}$ ltnisse zust $\frac{1}{4}$ ndig sei. Diese Zust $\frac{1}{4}$ ndigkeit habe nicht nur eine formale Bedeutung, sondern zeitige auch ma-teriell-rechtliche Folgen. Die anderen Versicherungstr $\frac{1}{4}$ ger h $\frac{1}{4}$ tten die Regelungsbefugnis des zust $\frac{1}{4}$ ndigen Tr $\frac{1}{4}$ gers $\hat{=}$ auch inhaltlich $\hat{=}$ zu akzeptieren; eine Mitwirkungsbefugnis bei der Regelung jener Rechtsverh $\frac{1}{4}$ ltnisse stehe ihnen grunds $\frac{1}{4}$ tzlich nicht zu, sofern nicht das Gesetz ausdr $\frac{1}{4}$ cklich etwas anderes anordne. Daraus folge, dass jeder Versicherungstr $\frac{1}{4}$ ger prim $\frac{1}{4}$ r die Entscheidungen des anderen Versicherungstr $\frac{1}{4}$ gers zu respektieren habe und seinen eigenen Entscheidungen zugrunde legen m $\frac{1}{4}$ sse. Dieser Grundsatz erfahre eine Mo-difizierung in den F $\frac{1}{4}$ llen, in denen das Gesetz vorsehe, dass sich die Leistungen der beiden Versicherungstr $\frac{1}{4}$ ger beeinflussten. In solchen F $\frac{1}{4}$ llen bed $\frac{1}{4}$ rfe es regelm $\frac{1}{4}$ ig eines Zusam-menwirkens der Versicherungstr $\frac{1}{4}$ ger, damit die Interessen des Versicherten in sachgerech-ter Weise erf $\frac{1}{4}$ llt werden k $\frac{1}{4}$ nnnten. Der Gesetzgeber habe die erforderliche Zusammenarbeit der Leistungstr $\frac{1}{4}$ ger im 3. Kapitel des SGB X geregelt und dabei in [Â§ 86 SGB X](#) als Grund-satz festgelegt, dass die Leistungstr $\frac{1}{4}$ ger verpflichtet seien, bei der Erf $\frac{1}{4}$ llung ihrer Aufga-ben eng zusammenzuarbeiten. Das Erfordernis der engen

Zusammenarbeit werde zwar für den Fall der sich gegenseitig beeinflussenden Leistungspflichten im Gesetz nicht durch Einzelvorschriften näher konkretisiert, doch könne kein Zweifel daran bestehen, dass es zumindest die Verpflichtung umfasse, bei widerstreitenden gegenseitigen Interessen auch die Belange des anderen Versicherungsträgers angemessen zu berücksichtigen. Diese Verpflichtung bewirke jedenfalls in den Fällen, in denen der andere Versicherungsträger die Leistungsgewährung des zuständigen Versicherungsträgers beanstande, dass dieser in eine nochmalige Überprüfung der Sachlage eintreten müsse. Das bedeute nicht, dass der zuständige Versicherungsträger erneut ein Verwaltungsverfahren beginnen und eine neuerliche Sachaufklärung über den Anspruch des Versicherten durchführen müsse, jedoch sei 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 müsse vielmehr unter Verwendung der vorhandenen tatsächlichen Feststellungen überprüfen, ob eine Änderung der Leistungsgewährung geboten sei; dabei stehe ihm im Hinblick auf seine Regelungsbefugnis ein weiter Beurteilungsspielraum zur Verfügung. Das Beharren auf seiner früheren Leistungsgewährung sei ihm allerdings dann versagt, wenn sich die frühere Entscheidung als offensichtlich fehlerhaft erweise und dem anderen Versicherungsträger zum Nachteil gereiche. Ein solches die formale Rechtsposition ausnützendes Verhalten verletze das gesetzliche Gebot der engen Zusammenarbeit. Die Frage, ob eine offensichtliche Fehlerhaftigkeit vorliege, sei unter Zugrundelegung objektiver Gesichtspunkte zu beurteilen.

Der Senat übersieht dabei nicht, dass in dem vom BSG entschiedenen Fall der Sachverhalt gerade insoweit umgekehrt gelagert war, als der die Erstattung begehrende Leistungsträger durch eine fehlerhafte Leistungsentscheidung des in Anspruch genommenen Leistungsträgers in der Durchsetzung seines Erstattungsanspruchs gehindert war. Das BSG meinte, der an sich erstattungspflichtige Leistungsträger müsse seine gegenüber dem Versicherten getroffene Leistungsentscheidung nach den oben dargestellten Grundsätzen zu Gunsten des den Erstattungsanspruch geltend machenden Leistungsträgers überprüfen. Die Kernaussage ist jedoch auch im vorliegenden Rechtsstreit relevant: Jeder Versicherungsträger ist für die Regelung der zu ihm bestehenden Versicherungsverhältnisse zuständig. Diese Zuständigkeit hat nicht nur eine formale, sondern auch eine materiell-rechtliche Bedeutung. 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. Diese Ausführungen gelten auch im Verhältnis der Krankenkasse und den Trägern der Kriegsopferversorgung. Unerheblich ist dabei, dass es sich bei letzteren nicht um Versicherungsträger handelt. Entscheidend ist allein, dass sie in das gegliederte System der sozialen Sicherung nach dem SGB eingebunden sind. Etwas anderes gilt nur dann, wenn die Bewilligungsentscheidung, die einen Erstattungsanspruch nach [§ 18 c Abs. 5 Satz 2 BVG](#) auslöst, offensichtlich rechtswidrig ist.

Die eigenständige Zuständigkeit des Trägers der Kriegsoferversorgung für die Krankenversorgung von Schwerbeschädigten auch wegen Nichtschädigungsfolgen ergibt sich wie bereits oben ausgeführt aus [Â§ 10 Abs. 2 BVG](#) mit der Folge, dass diesem Personenkreis, soweit er auch qua Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist, ein Anspruch auf Heilbehandlung als Beschädigtenversorgung und ein krankensicherungsrechtlicher Anspruch auf Krankenbehandlung nach dem Katalog des [Â§ 27 SGB V](#) zusteht, soweit nicht ein Ausschluss nach [Â§ 10 Abs. 7 BVG](#) eingreift. Diese Ansprüche stehen gleichberechtigt nebeneinander. Dies gilt jedenfalls für den Leistungsanspruch der hier streitigen Badekur nach [Â§ 11 Abs. 2 BVG](#) im Verhältnis zur stationären Rehabilitationskur nach [Â§ 40 Abs. 2 SGB V](#). Denn [Â§ 11 Abs. 2 Satz 2 BVG](#) bestimmt, dass in Abweichung von [Â§ 10 Abs. 7 Buchstabe d BVG](#) die Badekur auch dann nicht ausgeschlossen ist, wenn eine Krankenkasse zu einer entsprechenden Leistung verpflichtet ist. Auch der Anspruch auf die Gewährung einer Badekur setzt nach [Â§ 11 Abs. 2 BVG](#) voraus, dass sie insbesondere notwendig ist, um einer in absehbarer Zeit zu erwartenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes vorzubeugen. Soweit die Badekur in diesem Sinne nicht notwendig ist, darf sie vom Träger der Kriegsoferversorgung nicht erbracht werden. Aus [Â§ 12 Abs. 1 BVG](#), der nur den Inhalt des versorgungsrechtlichen Anspruchs auf Krankenbehandlung der Angehörigen und von Pflegekräften des Schwerbeschädigten ([Â§ 10 Abs. 4 BVG](#)) dahingehend regelt, dass die Krankenbehandlung auch medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation umfasst und dafür das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung maßgeblich ist, ist im Wege des Erstrecht-Schlusses zu folgern, dass den Schwerbeschädigten im Rahmen des Anspruchs auf Heilbehandlung auch diese Leistungen zustehen. Dem steht nicht entgegen, dass die medizinische Rehabilitation als solche in [Â§ 11 Abs. 1 BVG](#) nicht aufgeführt ist, sondern nur die stationäre Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung ausdrücklich erwähnt wird. [Â§ 11 Abs. 5 BVG](#) bestimmt aber ausdrücklich, dass die Heilbehandlung auch ergänzende Leistungen zur medizinischen Rehabilitation umfasst. Zudem ergibt sich aus [Â§ 11 Abs. 1, Abs. 4](#) und [Â§ 11a BVG](#) über die Versorgung der Beschädigten mit Heil- und Hilfsmitteln der Anspruch auf einzelne Rehabilitationsleistungen ("ambulante Rehabilitationsleistungen" im Sinne des [Â§ 40 Abs. 1 SGB V](#)). [Â§ 11 Abs. 1 Satz 2 BVG](#) bestimmt darüber hinaus, dass für die Leistungen nach [Â§ 11 Abs. 1 BVG](#) die krankensicherungsrechtlichen Vorschriften entsprechend gelten, soweit das BVG nichts anderes bestimmt. Über die Notwendigkeit und den Vorrang von ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen entscheidet damit der Träger der Kriegsoferversorgung von vornherein in eigener Zuständigkeit oder in den Fällen des [Â§ 18c Abs. 1 Satz 3 BVG](#) jedenfalls nach [Â§ 18c Abs. 2 Satz 2 BVG](#) im Widerspruchsverfahren. Es gibt hier keine grundsätzlichen rechtlichen Unterschiede, nach denen eine Gewährung einer stationären Rehabilitationsleistung rechtmäßig sein könnte, wenn zugleich krankensicherungsrechtlich nur die Notwendigkeit für ambulante Rehabilitationsmaßnahmen vorliegt. Wenn krankensicherungsrechtlich ambulante Rehabilitationsmaßnahmen ausreichen, kann es versorgungsrechtlich keinen rechtmäßigen Anspruch auf eine stationäre Rehabilitationsleistung geben. Soweit die Krankenkasse daher einwendet, dass ambulante Rehabilitationsleistungen ausgereicht hätten, greift sie in der Sache die

Rechtmäßigkeit der Verwaltungsentscheidung des Trägers der Kriegsopferversorgung an. Nach den oben dar-gelegten Grundsätzen ist die Krankenkasse aber an die rechtliche Bewertung des Trägers der Kriegsopferversorgung bei identischen Prüfungsmaßen gebunden und kann allen-falls einwenden, dass dessen Entscheidung evident rechtswidrig ist.

Etwas anders gilt im Falle der Badekur nach [Â§ 11 Abs. 2 BVG](#) allein dann, wenn die Kran-kenkasse nach der hier im Jahre 1998 geltenden Fassung des [Â§ 40 SGB V](#) einwendet, zwar reichten ambulante Rehabilitationsleistungen nicht aus, eine stationäre Rehabilitationskur nach [Â§ 40 Abs. 2 SGB V](#) sei aber nicht notwendig, weil bereits eine ambulante Rehabilitationskur nach [Â§ 40 Abs. 1 SGB V](#) genüge. Bei einer ambulanten Rehabilitationskur (jetzt in [Â§ 23 Abs. 1 Nr. 3](#) i.V.m. Abs. 2 SGB V geregelt) werden verschiedene medizinische und ergänzende Rehabilitationsmaßnahmen zur Erreichung eines Behandlungszieles in einer Komplexleistung miteinander verbunden (BR-Drucks. 200/88 S. 178); in der Terminologie des BVG würde es sich dabei um eine ambulante Badekur handeln. Diese Leistungsart kennt das BVG nicht. Soweit sich die Krankenkasse hierauf beruft, um einen Erstattungsanspruch abzuwehren, handelt es sich daher um einen ausschließlich in der Prüfungskompetenz der Krankenkasse liegenden Sachverhalt. Hierbei geht der Senat davon aus, dass der Träger der Kriegsopferversorgung nicht gestützt auf [Â§ 10 Abs. 7 Satz 1](#) Buchstabe d i.V.m. Satz 2 BVG eine Badekur ablehnen und den Versorgungsberechtigten auf eine ambulante Rehabilitationskur nach [Â§ 40 Abs. 1 SGB V](#) (in der hier maßgeblichen Fassung) verweisen kann, wenn zwar einzelne Leistungen nicht ausreichen würden, aber anstelle der stationären Badekur auch eine ambulante Rehabilitationskur ausreichen würde. Er muss die Badekur wegen [Â§ 11 Abs. 2 Satz 2 BVG](#) gleichwohl bewilligen.

Die eingeschränkte Prüfungsmöglichkeit der Beklagten betrifft auch die Dauer der Rehabilitationsmaßnahme. Zwar sahen und sehen die Richtlinien über die Gewähr und Durchführung von stationären Behandlungen in einer Kureinrichtung (Badekuren) des damaligen Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung in der hier maßgeblichen Fassung unter Nr. 35 vor: "Die Kurdauer beträgt einschließlich des Ankunfts- und Abreisetages mindestens 29 Tage". Hingegen bestimmt [Â§ 40 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#), dass die Rehabilitationskur vorbehaltlich der in [Â§ 40 Abs. 3 Satz 3 SGB V](#) genannten Ausnahmen längstens für drei Wochen erbracht werden darf. Maßgeblich ist hier aber, dass der Träger der Kriegsopferversorgung nicht durch [Â§ 11 Abs. 2 BVG](#) gehindert ist, eine Badekur zu bewilligen, die weniger als 29 Tage dauert. Es ist daher im vorliegenden Zusammenhang unerheblich, ob der Träger der Kriegsopferversorgung im Einzelfall eine Badekur (Rehabilitationskur) von mehr als drei Wochen bewilligt oder ob er sich durch Verwaltungsrichtlinien vorab abstrakt-generell darauf festlegt, dass eine Badekur (Rehabilitationskur) im Bereich der Beschädigten- und Schwerbeschädigtenversorgung nur zweckmäßig ist, wenn die Badekur mindestens 29 Tage dauert. Entscheidend ist allein, dass die nach dem Gesetz mögliche anderweitige Ermessensentscheidung durch Verwaltungsentscheidungen (hier Verwaltungsrichtlinien) zu Gunsten der Beschädigten und der Schwerbeschädigten begrenzt wird. Anders würde sich

die Rechtslage nur dann darstellen, wenn das BVG selbst eine Mindest-dauer der Badekur von 29 Tagen festgelegt hätte. Denn dann wäre dem Träger der Kriegsopferversorgung weder abstrakt-generell noch konkret-individuell ein abweichendes Ermessen verblieben, sondern es hätte das "Alles-oder-nichts-Prinzip" kraft Gesetzes gegolten. In diesem Fall hätte der Träger der Kriegsopferversorgung im Vorhinein schon keine Prüfungsmöglichkeit gehabt. Dann dürfte dem Träger der Krankenkasse eine vollumfang-liche Prüfung bezüglich der Dauer der Rehabilitationskur nicht verwehrt werden. Da dem Träger der Kriegsopferversorgung durch das Gesetz ein weites Ermessen eingeräumt worden ist, soweit es um die Dauer der Badekur geht, ist die Ermessensausübung der Versorgungsverwaltung, auch soweit sie durch Richtlinien des zuständigen Bundesministeriums gesteuert wird, nur auf evidente Fehler zu überprüfbar.

Der Senat hat unter Berücksichtigung des Umstandes, dass es sich im Falle der nach dem BVG Versorgungsberechtigten im Jahre 1998 zumeist um betagte oder sogar hochbetagte multimorbide Beschädigte und Schwerbeschädigte handelte, keinen Zweifel daran, dass die abstrakt-generell vorgenommene Ermessensabwägung jedenfalls nicht evident rechts-widrig war und die Beklagte daher im vorliegenden Fall aus [Â§ 40 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#) keine den Erstattungsanspruch begrenzende Einwendung herleiten kann. Sie muss es hinnehmen, dass die Versorgungsverwaltung in Ausübung ihres Ermessens dann, wenn eine Badekur notwendig ist, dies immer für die Mindstdauer von 29 Tagen gewährt.

Nach diesen Grundsätzen ergibt sich im vorliegenden Rechtsstreit, dass der Kläger gegen die Beklagte dem Grunde nach einen Erstattungsanspruch für die gewährte Badekur hat.

Der Träger der Kriegsopferversorgung hat zu prüfen, ob bei entsprechender Antragstellung eine Badekur gewährt werden muss, um insbesondere die Gesundheitsstörungen zu bessern, eine Zunahme des Leidens zu verhüten und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden ([Â§ 10 Abs. 1 Satz 1 BVG](#)). Dies gilt im Falle des [Â§ 10 Abs. 2 BVG](#) auch für Nichtschadigungsfolgen. Zur Heilbehandlung zählt im weiteren Sinne die stationäre Behandlung in einer Kureinrichtung. Eine solche kann nach [Â§ 11 Abs. 2 BVG](#) Beschädigten unter den Voraussetzungen des [Â§ 10 Abs. 1, 2, 7 und 8 BVG](#) insbesondere gewährt werden, wenn sie notwendig ist, um einer in absehbarer Zeit zu erwartenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes vorzubeugen.

W. erlitt als Schwerbeschädigter mit einer MdE um 80 v.H. die Voraussetzungen des [Â§ 10 Abs. 2 BVG](#). Die Badekur war aufgrund des angegriffenen Gesundheitszustandes von W. auch notwendig. Jedenfalls ist die in der Bewilligungsentscheidung des Klägers konkludent zum Ausdruck kommende Auffassung, ambulante Rehabilitationsleistungen genügt nicht, nicht greifbar rechtswidrig. Im Übrigen hat der Senat aufgrund der medizinischen Befunde und des fortgeschrittenen Alters von W. keinen Zweifel daran, dass eine Rehabilitationskur als Komplexleistung notwendig war und auch vorzeitig wieder zu gewähren war.

Die den Klager behandelnde Fachärztin für Allgemeinmedizin Dr. B1 hat aufgrund der Untersuchungen am 13. und 23. Januar 1998 bei dem damals 75-jährigen Beschädigten als "Leiden" angegeben: Schussverletzung linker Oberschenkel (1942) mit Amputation, Hinterkopfnarbe infolge Streifschusses, zervikales Schmerzsyndrom der unteren HWS (Schwindel, Bewegungseinschränkung, Tinnitus sowie Sensibilitätsstörungen in beiden Händen), schwere zystische Arthrose in beiden Handgelenken (links) rechts) als berlastungsschaden infolge Gehens mit Stock, LWS-Spondylose, beginnende Gonarthrose rechts. Als subjektiven Erfolg der letzten Kurbehandlung hat sie eine Schmerzlinderung sowie eine gestiegene Belastbarkeit angegeben. Allerdings hatte Dr. B1 schon 1995 im Vorfeld der Bewilligung der zweiten Badekur ausgeführt, dass der ersten Badekur zwar ein guter Erfolg beschieden gewesen sei, er aber nur eine halbes bis ein Jahr angehalten habe. 1995 war der Zustand insbesondere wie folgt beschrieben worden: "die Schmerzen infolge berlastungsschaden in bd. Händen sind massiv u. relat. therapieresistent, nur unter stndiger Schmerzbehandlung für den Pat. zu ertragen". Schon damals fühle sich W. durch chronische Schmerzen zermürbt. Insgesamt ergaben die 1998 erhobenen Befunde keineswegs, dass sich der Gesundheitszustand von W. im Vergleich mit diesem Befund auf einem mit weniger Schmerzen verbundenen Niveau stabilisiert hatte. Dr. B1 erwähnte in ihrem für den Klager im Januar 1998 erstellten Gutachten erneut, dass W. vor allem unter Schmerzen, Parästhesien und Bewegungseinschränkungen beider Handgelenke, unter Beschwerden im verbliebenen Kniegelenk sowie unter lumbosakralen Kreuzschmerzen litt. Auch traten neuralgiefrmig einschieende HWS-Schmerzen und Schwindel auf. Der rechtsseitige Kopfschmerz verhinderte das Schlafen und Liegen auf der Seite. Psychisch bestand bei W. weiterhin eine Neigung zu depressiven Verstimmungen infolge chronisch zermürbender Schmerzen. W. wurde mit Schmerzmitteln, einer Serie von Imap-Injektionen und physiotherapeutischen Maßnahmen (Ultraschall, Zweizellenbder und Reizstrom) behandelt. Auerdem verfügte er zur Selbstbehandlung über ein TENS-Gerät. Für den Versorgungsrztlichen Dienst hat Dipl.-Med. H1 unter dem 16. Februar 1998 ausgeführt, folgende Gesundheitsstörungen bedürften einer stationären Behandlung in einer Kureinrichtung:  statische Auswirkungen bei Verlust des linken Beines im Oberschenkel, Kausalgien und rezidivierende Dermatosen am Stumpf (Schädigungsfolgen)  zervikale und lumbale Pseudoradikularsyndrome bei Skoliose der Wirbelsäule (Nichtschädigungsfolgen)  degenerative Gelenksbeschwerden im Bereich der Handgelenke beidseits und des Kniegelenk rechts (Nichtschädigungsfolgen)  reaktive Depressionen (Nichtschdigungsfolge). Dipl.-Med. H1 hat angesichts der von Dr. B1 erhobenen Befunde in seiner den Senat überzeugenden versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 05. November 1998 ausgeführt, die bereits im Vorfeld durchgeführte ambulante Physiotherapie und analgetische Medikation hätten keinen anhaltenden Erfolg gebracht.

Soweit in dem Abschlussbericht der L Kliniken vom 07. Juli 1998 die Beschwerden von W. und insbesondere dessen Schmerzerleben bei der Aufnahme eher zurückhaltend geschildert werden (z.B. Schlafstörungen negiert werden, W. habe bei der Aufnahme ausgeglichen gewirkt), steht dies schon im Widerspruch

zum Verlängerungsantrag vom 16. Juni 1998. Im Übrigen misst der Senat hier den Angaben der Hausärztin von W., die ihn 1998 schon seit Jahren behandelt hatte, das entscheidende Gewicht für die Beurteilung des Leidenszustandes von W. zu.

Dagegen vermochte der Sachverständige des MDK (Dr. W1) in seinen Gutachten vom 11. Januar 1999 und 19. Februar 2004 den Senat nicht davon zu überzeugen, dass die Entscheidung des Klägers greifbar rechtswidrig war. Soweit Dr. W1 dazu ausgeführt hat, eine medizinische Notwendigkeit für eine Rehabilitationsmaßnahme habe 1998 nicht bestanden, da die ambulante möglichen Behandlungsmaßnahmen nicht vollständig ausgeschöpft gewesen seien – vor allem Maßnahmen der Krankengymnastik und auch der manuellen Therapie wären noch zu empfehlen gewesen – beachtet er nicht hinreichend, dass W. bereits 1992 und 1995 an einer stationären Badekur teilgenommen hat und sich zudem wegen seiner Beschwerden in ständiger hausärztlicher Behandlung befunden hat. Es ist jedenfalls aus der Sicht des Senats mehr als zweifelhaft, ob die Notwendigkeit einer Rehabilitationskur bei einem 75-jährigen multimorbiden, schmerzkranken und in seiner Bewegungsfähigkeit erheblich eingeschränkten Schwerbeschädigten erst nach völliger Ausschöpfung aller Behandlungsmaßnahmen am Wohnort indiziert ist, wie dies Dr. W1 meint. Ein Verweis auf die Durchführung weiterer ambulanter Behandlungsmaßnahmen erscheint auch deswegen nicht überzeugend, weil hier weiter zu berücksichtigen war, dass die Reha-Einrichtung (die L-Kliniken in Bad K) mit Datum vom 16. Juni 1998, also bereits 14 Tage nach der Aufnahme von W., einen Antrag auf Verlängerung der stationären Kurbehandlung mit der Begründung gestellt hat, aufgrund der nur langsamen Beschwerdebesserung wäre eine Verlängerung um eine Woche bis zum 07. Juli 1998 medizinisch sinnvoll. Dies bedeutet, dass auch das strenge Therapie-Regime einer stationären Rehabilitationsbehandlung nach 14 Tagen nur eine langsame Besserung der Beschwerden des Schwerbeschädigten zeigte. Nach Ansicht des Senats hat daher Dipl.-Med. S1 für den ärztlichen Dienst des Klägers zutreffend ausgeführt, die Tatsache, dass trotz umfangreicher Behandlung auch nach 14 Tagen noch keine wesentliche Beschwerdebesserung erreicht werden können, so dass von der Kureinrichtung eine Verlängerung um eine Woche beantragt worden sei und auch die hohe Anzahl erforderlicher Behandlungen, die ambulant keinesfalls in dieser Frequenz durchführbar und zumutbar gewesen wären, habe die Notwendigkeit einer stationären Reha-Maßnahme zu diesem Zeitpunkt begründet.

Auch erscheint die Auffassung des Versorgungsarztes Dr. T1 vom 20. Februar 1998 gut vertretbar, dass wegen der Vielzahl der Beschwerden und der chronischen Schmerzen eine etwas vorgezogene Badekur notwendig war.

Der Anspruch des Beschädigten nach [§ 10 Abs. 2 BVG](#) war auch nicht nach [§ 10 Abs. 7 Satz 1 BVG](#) ausgeschlossen. Sein Einkommen (monatlich 2.082,12 DM Rente für die Zeit bis 30. Juni 1998 [gemäß Renten Anpassungsmittelteilung zum 01. Juli 1998], 943,00 DM monatlich Versorgungsbezüge für die Zeit von September 1997 bis 30. Juli 1998, 24,16 DM Kapitaleinkünfte monatlich [580,05 DM jährlich

aus den gemeinsamen Spar-konten des Beschädigten und seiner Ehefrau]) lag unter der im Jahr 1998 geltenden Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung von 63.000 DM jährlich ([Â§ 6 Abs. 1 Nr. 1](#), [223 Abs. 3 Satz 1](#), [309 Abs. 1 SGB V](#)).

Insgesamt ist damit die Entscheidung des Klägers über die Bewilligung einer Badekur unter Beschränkung des Prüfungsmaßstabes auf die evidente Rechtswidrigkeit rechtmäßig ergangen.

Dem Anspruch des Klägers stehen auch keine sonstigen durchgreifenden Einwendungen der Beklagten entgegen.

Soweit es allein um die Frage der Abgrenzung einer ambulanten Rehabilitationskur ([Â§ 40 Abs. 1 SGB V](#)) von einer stationären Rehabilitationskur ([Â§ 40 Abs. 2 SGB V](#)) geht – die nicht von der versorgungsrechtlichen Prüfung erfasst wird –, hat die Beklagte mit Schriftsatz vom 09. August 2001 inzident, aber dennoch dezidiert auch die Gewährung einer ambulanten Rehabilitationskur als Komplexleistung abgelehnt, indem sie sinngemäß ausgeführt hat, W. habe nur Anspruch auf eine ambulante Krankenbehandlung einschließlich ambulanter Rehabilitationsmaßnahmen gehabt. Zu diesem Zweck hat die Beklagte die einzelnen Leistungsarten und die in Betracht kommenden Behandlungseinheiten erläutert. Hiernach hat sie einen Höchstbetrag von 758,51 DM errechnet. Ungeachtet dieser fehlerhaften Bewertung der Rechtslage durch die Beklagte ist der Senat von Amts wegen verpflichtet zu prüfen, ob die Beklagte 1998 W. zumindest auf eine ambulante Rehabilitationskur nach der damals geltenden Fassung des [Â§ 40 Abs. 1 SGB V](#) hätte verweisen können und müssen. Der Senat geht aber unter Beachtung der zuvor schon angeführten medizinischen Bewertung von Dipl.-Med. S1 – davon aus, dass dann, wenn man überhaupt eine Rehabilitationskomplexleistung als notwendig ansieht, diese nur in stationärer Form erbracht werden konnte. Angesichts des Beschwerdebildes von W. war nach Auffassung des Senats eine Leistungsart geboten, bei der W. unter ständiger ärztlicher Gesamtverantwortung (bezogen auf das individuelle Gesamtgeschehen: Behandlungsplan, teilweise eigenständige Durchführung, Kontrolle) von besonders geschultem Personal stand, um das anspruchsvolle Behandlungssoll zu erreichen. Dies konnte nur eine Badekur (stationäre Rehabilitationskur nach [Â§ 40 Abs. 2 SGB V](#)) leisten.

Der Anspruch des Klägers ist nicht nach [Â§ 18c Abs. 5 Satz 3 BVG](#) ausgeschlossen. Danach besteht die Erstattungspflicht nicht, wenn die zu behandelnde Gesundheitsstörung durch eine anerkannte Gesundheitsstörung verursacht wurde oder als Folge einer Schädigung anerkannt ist.

Sowohl Dr. B1 – als auch der Ärztliche Dienst des Klägers haben die Notwendigkeit einer Badekur auch mit Schädigungsfolgen begründet. So meinte Dipl.-Med. H1 – in seiner Stellungnahme vom 05. November 1998, Schädigungsfolgen bzw. die durch sie verursachten Gesundheitsstörungen erforderten nicht für sich allein, sondern erst im Zusammenwirken mit Nichtschädigungsfolgen oder gleichzeitig mit Nichtschädigungsfolgen die Bade-

kur. Der aktuelle Kurbehandlungsbedarf sei wesentlich durch die Schädigungsfolgen bzw. die durch sie verursachten Gesundheitsstörungen bedingt. Die Indikation zur Durchführung einer stationären Badekur sei wegen der sich negativ beeinflussenden Störungen des Bewegungsapparates gestellt worden, wobei die kriegsbedingten Schädigungsfolgen etwa gleichwertig wie die schädigungsunabhängigen degenerativen Beschwerden beurteilt worden seien. Auch meinte Dr. B1, die Beschwerden im Bereich der Handgelenke, des verbliebenen Kniegelenks und der Wirbelsäule seien als Überlastungsschäden zu qualifizieren. Für die Auffassung von Dr. B1 gibt es jedoch nach Auffassung des Senats keine hinreichenden Anhaltspunkte. In der versorgungsmäÙigen Stellungnahme vom 19. September 1991 wurden die Wirbelsäulenbeschwerden im Bereich der Lendenwirbelsäule auf eine im jugendlichen Alter entstandene Torsionsskoliose zurückgeföhrt. Auch das anlässlich der ersten Badekur erstellte versorgungsmäÙige Gutachten von Dr. K1 vom 19. März 1992 hatte ergeben, dass das Wurzelreizsyndrom der Lendenwirbelsäule und die Schmerzen in beiden Handwurzeln aufgrund ausgeprägter arthrotischer Veränderungen keine Schädigungsfolgen waren. Im Teilabhilfebescheid vom 07. Dezember 1994, der während des Widerspruchsverfahrens erging, lehnte es der Kläger zudem ab, die Beschwerden im Bereich der Lendenwirbelsäule und des rechten Beines als Schädigungsfolgen anzuerkennen. Nach Aktenlage ist dieses Widerspruchsverfahren nie formell zum Abschluss gekommen, W. hat jedoch die im Teilabhilfebescheid enthaltene Ablehnung nicht weiter angegriffen. Der Senat hat aufgrund der entgegenstehenden versorgungsmäÙigen Bewertung keinen Anlass gesehen, von Amts wegen der Frage nachzugehen, ob mit Ausnahme der Oberschenkelamputation die von W. im Bereich des Stütz- und Bewegungsapparates bestehenden sonstigen Gesundheitsstörungen auch Schädigungsfolgen sind. Die Beklagte hat im Übrigen keine dahingehenden Bedenken geäußert und auch keinen Be-weisantrag gestellt.

Entscheidend ist somit, ob W. wesentlich auch wegen der anerkannten Schädigungsfolgen während der Badekur behandelt wurde. Sowohl der MDK-Gutachter Dr. W1 als auch der Versorgungsarzt Dipl.-Med. H1 gehen davon aus, dass die gesamten durchgeführten Kurbehandlungen auf Nichtschädigungsfolgen zielten. W. wurde ausweislich des Abschlussberichtes der L Kliniken in Bad K vom 07. Juli 1998 nicht wegen der anerkannten Schädigungsfolgen behandelt. Rehabilitationsziele waren eine allgemeine Kräftigung des körperlichen Zustandes, eine Verlängerung der schmerzfreien Gehstrecke und eine Linderung der Schmerzen im Bereich der HWS und der Schultern. Der Senat ist daher davon überzeugt, dass der Verlust eines Beines im Oberschenkel auch im Zusammen-spiel mit den anderen Gesundheitsstörungen nicht wesentlich mitursächlich dafür war, dass eine Badekur notwendig war. Der Kläger hat diesbezügliche Beschwerden infolge der Schädigungsfolge bei der Aufnahme zur Rehabilitation weder geäußert noch wurden diese festgestellt (vgl. Abschlussbericht). Dies haben die Vertreterinnen der Beklagten in der mündlichen Verhandlung vor dem Senat auch eingeräumt. Schädigungsfolgen waren im Rahmen der stationären Kur nicht behandlungsbedürftig. Es war im Abschlussbericht lediglich vermerkt, dass zwischenzeitliche Stumpfbeschwerden wieder abgeklungen gewesen seien, ohne

dass ersichtlich ist, dass sich daraus eine therapeutische Konsequenz ergeben hätte.

Auch liegt der nach dem Gesetzeswortlaut von [Â§ 18c Abs. 5 Satz 2 BVG](#) geforderte, sich überschneidende Zweck der Leistung vor (ausführlich dazu BSG, Urteil vom 16. November 1999 a.a.O., das allerdings den besonderen Fall des [Â§ 12 Abs. 3 BVG](#) zum Gegenstand hatte). Dies ist hier völlig unproblematisch, weil sowohl die Badekur als auch die ambulante und die stationäre Rehabilitationskur jedenfalls auch dazu dienen, Schmerzen zu lindern und einer Verschlechterung des Zustandes der Multimorbidität vorzubeugen, um den Gesundheitszustand des Versorgungsberechtigten bzw. des Versicherten zu stabilisieren. Durch Bewilligung von Leistungen des Klägers ist die Leistungsverpflichtung der Beklagten aus [Â§ 40 Abs. 2 SGB V](#) entfallen. Die Beklagte kann sich nach den vorstehenden Ausführungen gegenüber dem Kläger nicht darauf berufen, dass sie dem W. keine stationäre Rehabilitationskur bewilligt hätte. Dies gilt auch soweit der Kläger vorzeitig und über in den Badekur-Richtlinien vorgesehenen 29 Tage hinaus eine Verlängerung der Badekur bewilligt hat.

Der erkennende Senat folgt nicht der vom 6. Senat des Sächsischen Landessozialgerichts in seinem Urteil vom 27. Juni 2002 (Az. [L 6 V 23/01 BVG](#)) vertretenen Ansicht, auf die sich das SG in seiner Entscheidung gestützt hat, wonach die Erstattungsregelung des [Â§ 18c Abs. 5 Satz 2 BVG](#) mit der umgekehrten Erstattungsregelung des [Â§ 20 BVG](#) korrespondiere, wenn also die Krankenkasse im Auftrag des Versorgungsträgers ([Â§ 18c Abs. 1 Satz 3 BVG](#)) Leistungen erbracht habe und deswegen Erstattung verlangen könne. Im umgekehrten Fall sei also auch ein Auftragverhältnis oder zumindest ein auftragsähnliches Verhältnis erforderlich. Wie bei der Geschäftsführung ohne Auftrag, so könne auch hier ein Erstattungsanspruch nicht gegeben sein, wenn der "Fremdgeschäftsführungswille" fehle, wenn also die Versorgungsverwaltung gar nicht "für die Krankenkasse" tätig werden wollen. Dies sei regelmäßig dann der Fall, wenn ausdrücklich eine Heilbehandlung nach [Â§ 10 Abs. 1 BVG](#) bewilligt worden sei. Wenn sich dann nachträglich herausstelle, dass die bewilligte Leistung möglicherweise schon von vornherein gar nicht geeignet gewesen sei, Schädigungsfolgen zu behandeln, so könne dies nicht dazu führen, dass die Krankenkasse nachträglich einstandspflichtig werde. Das SG hat seine Entscheidung sodann damit begründet, dass der Kläger mit dem Bewilligungsbescheid vom 04. März 1998 mit Außenwirkung eine stationäre Badekur nach [Â§ 10 Abs. 1 BVG](#) bewilligt habe. Es komme daher eine Erstattung nach [Â§ 18c Abs. 5 BVG](#) nicht mehr in Betracht.

Diese Rechtsansicht lässt [Â§ 18c Abs. 5 Satz 3 BVG](#) außer Betracht, wonach eine Erstattungspflicht nicht besteht, wenn die zu behandelnde Gesundheitsstörung als Folge einer Schädigung anerkannt ist oder durch eine anerkannte Schädigungsfolge verursacht worden ist. Da der Erstattungsanspruch erst mit der Erbringung der Sachleistung und nicht schon mit dem Notwendigwerden der Leistung entsteht, erwächst auch ein Bewilligungsbescheid über die Gewährung einer Badekur, der wie hier im Übrigen lediglich einen Hinweis auf [Â§ 11 Abs. 2](#) i.V.m. [Â§ 10 Abs. 1 BVG](#) enthält, ohne dies zu begründen, nicht in

Bindungs-wirkung gegen¹/₄ber der Krankenkasse (vgl. BSG, Urteil vom 22. Juli 1977, a.a.O.; Urteil des erkennenden Senats vom 17. April 2002, Az. [L 1 KR 15/01](#)). Entscheidend ist allein, dass der Tr^Äger der Kriegsopferversorgung tats^Ächlich und rechtm^Äig Leistungen an einen Versorgungsberechtigten erbracht hat und die Krankenkasse verpflichtet gewesen w^Äre, eine derartige Leistung zu erbringen. Ein Anspruch entsteht selbst dann, wenn der Tr^Äger der Kriegsopferversorgung im Bewilligungszeitpunkt ¹/₄berhaupt nicht wei^Ä, dass ein ande-rer, im konkreten Fall leistungspflichtiger ^Äffentlich-rechtlicher Leistungstr^Äger vorhanden ist.

Der Anspruch auf Erstattung ist auch nicht nach [Â§ 21 BVG](#) i.V.m. [Â§ 111 SGB X](#) ausge-schlossen. Nach Beendigung der Badekur am 07. Juli 1998 hat der Kl^Äger seinen Erstat-tungsanspruch gegen¹/₄ber der Beklagten bereits mit Schreiben vom 31. August 1998 gel-tend gemacht. Auch sonst stehen dem Anspruch keine sich aus [Â§ 21 BVG](#) i.V.m. den [Â§Â§ 107](#) bis [114 SGB X](#) ergebenden Einwendungen entgegen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [Â§ 193 Abs. 1 und 4 SGG](#).

Die Zulassung der Revision beruht auf [Â§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#). Die Rechtssache hat grunds^Ätzliche Bedeutung, weil die Rechtsfrage der Erstattungspflicht zwischen einem Tr^Äger der Versorgungsverwaltung und einer Krankenkasse bei der Durchf^Ährung einer Badekur wegen Nichtsch^Ädigungsfolgen das Interesse der Allgemeinheit an einer Fortent-wicklung des Rechts ber^Ährt. Die beteiligten Leistungstr^Äger haben in diesem und einem anderen Rechtsstreit glaubhaft vorgetragen, dass bei Erstattungsstreitigkeiten hinsichtlich der Kosten einer Badekur erhebliche Rechtsunsicherheit bestehe.

Erstellt am: 05.09.2005

Zuletzt verändert am: 23.12.2024