

**Zur Frage des Erstattungsanspruchs für eine BGSW bei später festgestellter Unzuständigkeit des UV-Trägers.**

**Zu den Anforderungen des Weiterleitungsgebots des § 14 Abs. 1 S. 2 a. F. SGB IX.**

§§ 104, 105 SGB X; § 14 Abs. 1 S. 1 u. 2, Abs. 4 SGB IX a.F.

Urteil des LSG Hamburg vom 28.08.2019 – L 2 U 12/19 –

Aufhebung des Urteils des SG Hamburg vom 18.10.2018 – S 36 U 232/17 –

**Die Parteien streiten um die Erstattung der Kosten einer von der Klägerin gewährten Berufsgenossenschaftlichen Stationären Weiterbehandlung (BGSW).**

Der Beschäftigte H, der bei der Klägerin unfallversichert und bei der Beklagten kranken- und rentenversichert ist, verdrehte sich am 06.08.2013 bei einem Unfall am Arbeitsplatz das rechte Knie. Erst am 19.08.2013 suchte er eine Ärztin auf, die nach einer MRT-Untersuchung dann eine **Kreuzbandteillruptur sowie eine Innenmeniskusruptur bei vorbestehender zweit- bis drittgradiger Chondromalazie** im rechten Knie diagnostizierte. Am 17.09.2013 wurde eine arthroskopische Operation durchgeführt, bei der u.a. degenerative Schäden am Innenmeniskushinterhorn und an verschiedenen Knorpeln beschrieben wurden. Im weiteren Verlauf wurde erst eine Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP) und später eine BGSW durchgeführt. **Die BGSW wurde am 22.11.2013** von der verordnenden Ärztin mit einem Ankreuzformular per Fax ohne Angabe behandlungsrelevanter unfallunabhängiger Diagnosen zur Stabilisierung und Kräftigung der kniegelenksführenden Muskulatur **beantragt und noch am selben Tage genehmigt**. Sie wurde in der Zeit vom 6.-24.12.2013 durchgeführt. **Am 10.12.2013 hatte die Klägerin wegen Zweifeln hinsichtlich des Ursachenzusammenhangs ihren Beratungsfacharzt R. befragt**. Dieser gab noch am selben Tag die Einschätzung ab, dass ein **Ursachenzusammenhang** zwischen dem Ereignis vom 06.08.2013 und dem Kniebinnenschaden rechts **nicht wahrscheinlich** sei. Daraufhin erließ die Klägerin gegenüber H einen Bescheid, in dem sie die Folgen des Unfalls vom 06.08.2013 als bis zum 17.09.2013 unfallbedingt anerkannte, Leistungen über diesen Zeitpunkt hinaus aber ablehnte. Unter Hinweis auf den zwischenzeitlich bestandskräftig gewordenen Bescheid, machte die Klägerin einen **Erstattungsanspruch gegenüber der beklagten Knappschaft** geltend. Diese erstattete alle Leistungen, bis auf die Kosten im Zusammenhang mit der BGSW. Das daraufhin eingeleitete **Klageverfahren vor dem SG führte zur Verurteilung der Beklagten**.

**Auf die Berufung hob das LSG die erstinstanzliche Entscheidung auf.**

Zunächst hat das Gericht festgestellt, dass § 105 SGB X als Erstattungsgrundlage ausscheide, weil § 14 Abs. 4 S. 3 SGB IX a.F. bestimmt, dass § 105 SGB X für unzuständige Rehabilitationsträger, die eine Leistung nach § 14 Abs. 2 S. 1 u. 2 SGB IX erbracht haben, nicht anzuwenden sei, außer die Rehabilitationsträger hätten etwas Abweichendes bestimmt. Dies sei aber im fraglichen Zeitraum nicht (mehr) der Fall gewesen.

**Maßgebliche Rechtsgrundlage sei § 104 SGB X (Anspruch des zwar nachrangig verpflichteten Leistungsträgers)**. Die Vorschriften des SGB IX seien prinzipiell anwendbar, weil es sich bei der BGSW um eine Rehabilitationsmaßnahme i.S. der §§ 5 Nr. 1, 26 SGB IX a.F. handele (wird ausgeführt, s. S. 156).

**§ 14 Abs. 4 SGB IX a.F. verdränge auch nicht die allgemeinen Erstattungsvorschriften der §§ 102 ff. SGB X**. Mit dieser Regelung werde vielmehr im Erstattungsverhältnis der Rehabilitationsträger untereinander dem gegliederten Sozialrechtssystem Rechnung getragen. Allerdings sei **für die Frage der Erstattung danach zu differenzieren, aus welchen Gründen die Weiterleitung unterblieben ist**. Nur wenn der Reha-Träger aufgrund des Antrags seine Zuständigkeit geprüft und bejaht habe, komme ein Erstattungsanspruch gem. § 104 SGB X in Betracht. Sei er innerhalb der Zweiwochenfrist zu keinem Prüfergebnis gekommen, etwa wegen einer komplizierten Rechtsproblematik, und habe deshalb im Interesse der Beschleunigung eine

Weitergabe des Antrags unterlassen, sei eine Kostenerstattung nach den Grundsätzen des vorläufig leistenden Trägers zu erwägen, wie sie entsprechend § 102 SGB X in § 14 Abs. 4 S. 1 SGB IX a.F. vorgesehen ist. **Habe der Träger hingegen seine Zuständigkeit verneint und leiste, obwohl ein anderer Reha-Träger nach dem Ergebnis einer Prüfung zuständig ist, könne er keinerlei Erstattung beanspruchen, weil er zielgerichtet in fremde Zuständigkeiten eingreife und damit das Weiterleitungsgebot des § 14 Abs. 1 S. 2 SGB IX missachte** (so BSG v. 26.07.2007 – B 1 KR 34/06 R – [[UVR 005/2008, S. 286](#)]).

**Die letztgenannte Situation sieht das Berufungsgericht vorliegend als gegeben an.** Denn die Klägerin habe das Weiterleitungsgebot nach § 14 Abs. 3 S. 1 i.V.m. Abs. 1 S. 3 SGB IX a.F. missachtet, wonach die Mitteilung des voraussichtlichen Rehabilitationsbedarfs unverzüglich dem Reha-Träger zuzuleiten ist, der die Leistung ohne Rücksicht auf die Ursache erbringt, wenn für die Feststellung der Zuständigkeit die Ursache der Behinderung geklärt werden müsse und diese Klärung in der Zweiwochenfrist nach Kenntnis des voraussichtlichen Rehabilitationsbedarfs – hier also nach Eingang des BGSW-Antrags – nicht möglich sei.

Nach Auffassung des Gerichts habe die Klägerin es vorwerfbar unterlassen, die Klärung innerhalb der Frist vorzunehmen. Denn die maßgeblichen Tatsachen, die die Zweifel begründeten, die zur Einschaltung des Beratungsarztes am 10.12.2013 führten und von diesem als wesentliche Indizien gegen einen Zusammenhang gewertet wurden, seien bereits zum Zeitpunkt der Verordnung und Genehmigung der BGSW (22.11.2013) bekannt gewesen (wird ausgeführt, s. S. 160). Darüber hinaus weise die Beklagte mit Recht darauf hin, dass die Vornahme der Prüfung des Reha-Bedarfs und dessen Ergebnis **nachvollziehbar dokumentiert sein müssten**. Es sei auch kein sachlicher Grund ersichtlich, warum diesbezüglich an auf Antrag und von Amts wegen leistende Träger unterschiedliche Anforderungen gestellt werden sollten, wie die Klägerin meint. Eine diesen Anforderungen entsprechende Dokumentation fehle vorliegend vollständig.

Dass die Klägerin angibt, im Interesse einer schnellen und effektiven Behandlung ihrer Versicherten aufgrund **interner Vorgaben** innerhalb von 24 Stunden ohne konkrete Prüfung über die Ablehnung oder Genehmigung verordneter Maßnahmen zu entscheiden, vermag nichts daran zu ändern, dass diese Vorgehensweise mit dem geltenden Recht nicht in Einklang stehe und eine Missbrauchsgefahr beinhalte.

Da nach Überzeugung des Senats aus den genannten Gründen kein Erstattungsanspruch der Klägerin gegen die Beklagte bestehe, könne offen bleiben, ob ein solcher auch daran scheitere, dass es sich bei der BGSW um eine medizinische Rehabilitationsleistung handele, für die die Deutsche Rentenversicherung nicht zuständig sein könne. **Es spreche allerdings einiges dafür, die BGSW als dem Grunde nach den Erstattungsansprüchen gegenüber Rentenversicherungsträgern unterfallende kongruente Leistung anzusehen, wie es das BSG bereits hinsichtlich der EAP entschieden habe.**

Ebenfalls offen könne der Einwand bleiben, ob die Beklagte eine vergleichbare Leistung hätte billiger erbringen können, zum Beispiel in eigenen Kliniken mit geringerem Pflegesatz. Wegen grundsätzlicher Bedeutung der Rechtssache hat der Senat die Revision zugelassen. (D.K.)

Das Landessozialgericht Hamburg hat mit Urteil vom 28.08.2019 – L 2 U 12/19 – wie folgt entschieden:

**L 2 U 12/19**  
S 36 U 232/17

**Landessozialgericht Hamburg**

## **Urteil**

### **Im Namen des Volkes**

hat der 2. Senat des Landessozialgerichts Hamburg auf die mündliche Verhandlung vom 28. August 2019 durch

den Präsidenten des Landessozialgerichts,  
den Richter am Landessozialgericht  
die Richterin am Landessozialgericht,  
den ehrenamtlichen Richter  
den ehrenamtlichen Richter

für Recht erkannt:

1. Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 18. Oktober 2018 insgesamt aufgehoben. Die Klage wird abgewiesen.
2. Die Kosten des Verfahrens trägt in beiden Rechtszügen die Klägerin.
3. Die Revision wird zugelassen.

### **Tatbestand**

Im Streit ist ein Erstattungsanspruch wegen der aus Anlass eines Unfalls des Herrn H. (geb. XX.XX 1953; im Folgenden: H.) vom 6. August 2013 von der Klägerin diesem gewährten „Berufsgenossenschaftlichen Stationären Weiterbehandlung“ (BGSW).

Der als Beschäftigter gesetzlich bei der Klägerin unfall- und bei der Beklagten renten- und krankenversicherte H. erlitt am 6. August 2013 einen Unfall, als er im Rahmen seiner Beschäftigung von einer Leiter zu rutschen drohte, sich dabei mit dem rechten Bein abhing und das an eine Sprosse stoßende rechte Knie verdrehte. Er setzte die Arbeit zunächst fort. Auch in den nächsten Tagen ging H., der früher schon einmal ähnliche Beschwerden am linken Knie gehabt hatte, bei leichten Schmerzen seiner beruflichen Tätigkeit nach. Am 19. August und 2. September 2013 suchte er die Orthopädin und H-Ärztin Dr. B. auf, die nach Durchführung einer MRT-Untersuchung durch Dr. M. am 27. August 2013 eine Kreuzbandteillruptur sowie eine Innenmeniskusruptur rechts bei vorbestehender, zweit- bis drittgradiger Chondromalazie im rechten Knie diagnostizierte. Die

Klägerin sah hinreichende Anhaltspunkte für den ursächlichen Zusammenhang zwischen der versicherten Tätigkeit und dem Unfallereignis und nahm Ermittlungen zum Unfallhergang und den etwaigen gesundheitlichen Folgen auf. Nach vorheriger ambulanter Vorstellung am 10. September 2013 und entsprechender Planung wurde H. am 17. September 2013 im Klinikum im Rahmen eines dreitägigen stationären Aufenthalts am rechten Knie arthroskopisch operiert. Hierbei wurden u.a. degenerative Schäden am Innenmeniskushinterhorn und an verschiedenen Knorpeln beschrieben. Der Defekt am Innenmeniskushinterhorn wurde ebenso reseziert und mittels Shaver geglättet wie der ebenfalls vorgefundene Teilabriss des vorderen Kreuzbands.

Nachdem zunächst ab dem 1. Oktober 2013 Arbeitsfähigkeit bestanden hatte, traten bei H. in der Folge rezidivierende, mit Schmerzen einhergehende Schwellungen im Bereich des rechten Kniegelenks mit Bakerzyste auf, die mehrfach zum Abbruch der Arbeit und zu Zeiten der Arbeitsunfähigkeit – nach dem Ende der Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber am 30. September 2013 jeweils mit Verletztengeldzahlung – führten. Zur Behandlung der Ergüsse und zur Kräftigung der Muskulatur empfahl die im dem Berufsgenossenschaftlichen Universitätsklinikum Bergmannsheil angeschlossenen Reha-Zentrum tätige D-Ärztin D. „Erweiterte Ambulante Physiotherapie“ (EAP), die im Zeitraum vom 7. bis 20. November sowie erneut vom 21. November 2013 bis 4. Dezember 2013 durchgeführt wurde und deren Kosten die Klägerin ebenso übernahm wie diejenigen für die durchgeführten ärztlichen Behandlungen.

Am 22. November 2013 verordnete D. H. bei anhaltender muskulärer Inbalance des rechten Beins bei Ruptur des vorderen Kreuzbands mit Innenmeniskusvorderhornläsion des Knies rechts ohne Angabe behandlungsrelevanter unfallunabhängiger Diagnosen zur Stabilisierung und Kräftigung der kniegelenksführenden Muskulatur die Durchführung einer BGSW und beantragte per Fax die Kostenübernahme durch die Klägerin, die ihre Genehmigung per Ankreuzformular, das nur für den Fall der Nichtgenehmigung die Angabe eines Grundes vorsah, noch am selben Tag erteilte.

Die BGSW wurde vom 6. bis zum 24. Dezember 2013 im durchgeführt. Ausweislich des Abschlussberichts profitierte H. von den intensiv-kombinierten physiotherapeutischen Maßnahmen bezüglich Kraft, Ausdauer und Beweglichkeit für das rechte Kniegelenk deutlich. Eine Knieinstabilität habe anschließend ebenso nicht mehr bestanden wie ein Erguss oder eine Weichteilschwellung. Bei noch bestehendem Kraftdefizit seien weiterhin physiotherapeutische Maßnahmen erforderlich. Mit der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit sei zum 2. Januar 2014 zu rechnen.

Bereits am 10. Dezember 2013 hatte die Klägerin wegen Zweifeln hinsichtlich des Ursachenzusammenhangs zwischen dem äußeren Ereignis und der Ruptur des vorderen Kreuzbands rechts

den Chirurgen/Unfallchirurgen und Beratungsfacharzt R. um eine Stellungnahme gebeten, der noch am selben Tag die Einschätzung abgab, dass ein Ursachenzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 6. August 2013 und dem Kniebinnenschaden rechts (Teilabtrennung von vorderen Kreuzbandfasern, Innenmeniskushinterhornschaden) nicht wahrscheinlich sei. Gegen eine Unfallursächlichkeit sprächen insbesondere das lange freie Zeitintervall zwischen Ereignis und Aufsuchen ärztlicher Hilfe, ein Reizerguss im rechten Kniegelenk (gesichert durch Ausschluss stattgehabter Blutungen), ein Meniskusschaden an dem Ort, an welchem sich degenerative Veränderungen primär einstellten, sowie das erneute Auftreten eines Kniegelenkergusses nach der Spiegelung vom 17. September 2013. Es fehlten Anknüpfungstatsachen für den Eintritt eines höhergradigen Primärschadens (keine Blutung, keine wesentlichen reparativen Umbauvorgänge). Der Reizerguss nach Knieverwindung vom 6. August 2013 und die erneute Reizergussbildung nach dem operativen Akt vom 17. September 2013 seien neben der Histologie – die histologische Untersuchung weise als Zeichen der Degeneration des Innenmeniskus eine Auflockerung der Grundsubstanz und eine Auflockerung der regulären Faserverläufe nach, freies Eisen als Ausdruck einer stattgehabten Blutung sei nicht vorgefunden worden – gravierende Hinweise auf eine mangelnde Belastungsfähigkeit des Kniegelenkes durch degenerative Entwicklungen. Die mit der Kniegelenkverwindung vom 6. August 2013 einhergehende Zerrung des Kapselbandapparates sei angesichts fehlender objektivierbarer Schäden zum 17. September 2013 ausgeheilt gewesen.

Nach entsprechender Anhörung des H. (Schreiben vom 2. Januar 2014) erließ die Klägerin diesem gegenüber unter dem 22. Januar 2014 einen Bescheid, mit dem sie das Ereignis vom 6. August 2013 als Versicherungsfall sowie unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit aufgrund einer mittlerweile folgenlos ausgeheilten Zerrung des Kapselbandapparates des rechten Kniegelenks bei Verwindung des rechten Kniegelenks – lediglich – bis zum 17. September 2013 anerkannte und Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung über diesen Zeitpunkt hinaus ablehnte. Weder im Sinne der Entstehung noch im Sinne der Verschlimmerung würden als Folgen des Versicherungsfalles ein degenerativer Riss des Innenmeniskus rechts, die Ablösung einiger Fasern des vorderen Kreuzbandes rechts, ein rezidivierender Kniegelenkerguss rechts, ein zweit- bis drittgradiger retropatellarer Knorpelschaden des rechten Kniegelenks sowie ein zweitgradiger intraartikulärer Knorpelschaden medial und lateral des rechten Kniegelenks anerkannt. Dieser Bescheid wurde von H. nicht mit dem Widerspruch angegriffen.

Unter Hinweis auf die zwischenzeitlich eingetretene Bestandskraft des Bescheids vom 22. Januar 2014 machte die Klägerin mit Schreiben vom 11. März 2014 gegenüber der Beklagten als Trägerin der gesetzlichen Krankenversicherung („Knappschaft“) einen Erstattungsbetrag in Höhe von 11.769,30 Euro geltend, den sie mit Schreiben vom 16. September 2014 unter Beifügung einer

Forderungsaufstellung auf 18.032,04 Euro erhöhte, wovon 4104,00 Euro auf die BGSW (Abteilungspflegesatz von 228,00 Euro für 18 Tage), 33,40 Euro auf am 11. Dezember 2013 entstandene Fahrtkosten des H. von der BGSW-Einrichtung mit einem Taxi zu einem niedergelassenen Radiologen in Gelsenkirchen (Dr. L.) und zurück sowie 64,70 Euro auf eine während der BGSW von D. verordnete Kniebandage zur Weichteilkompression entfielen. Während die geltend gemachten Erstattungsansprüche wegen der Kosten der ambulanten und stationären Behandlung sowie der Verletztengeldzahlungen zwischen der Klägerin und der „Knappschaft“ geregelt wurden, leitete die als Krankenversicherungsträgerin angegangene Beklagte den Erstattungsanspruch über die Kosten der BGSW nebst „in diesem Zusammenhang entstandener“ Fahrtkosten (die vorgenannten 33,40 Euro) und Hilfsmittelkosten während der Maßnahme (die vorgenannten 64,70 Euro) intern an die Rehabilitationsabteilung der Rentenversicherungsträgerin weiter.

Von dort wurde dieser Teil des geltend gemachten Erstattungsanspruchs zurückgewiesen. Die Anwendung des § 105 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB X) sei durch § 14 Abs. 4 Satz 3 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) in der damals geltenden Fassung (a.F.) vom 19. Juni 2001 (BGBl. I 1046) ausdrücklich ausgeschlossen, solange die Rehabilitationsträger nichts Abweichendes vereinbarten. Hierzu hätten die gesetzlichen Unfall-, Kranken- und Rentenversicherung sowie die Bundesagentur für Arbeit eine gemeinsame Verfahrensabsprache getroffen, die in Fällen nach § 14 Abs. 1 Satz 3 SGB IX a.F. im Zusammenhang mit der gesetzlichen Unfallversicherung die Anwendung von § 105 SGB X zulasse (*Verfahrensabsprache zur Anwendung von § 14 Abs. 1 Satz 3 und Abs. 4 SGB IX bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zur schnellen Leistungserbringung im Zusammenhang mit Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten vom 1. Mai 2004, Bl. 171 ff. der Prozessakte, im Folgenden: Verfahrensabsprache*). Die Verfahrensabsprache sei durch die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) zum 1. Januar 2013 gekündigt worden (*Schreiben vom 19. Dezember 2012, Bl. 190 ff. der Prozessakte*), sodass ab diesem Zeitpunkt wieder § 14 Abs. 4 Satz 3 SGB IX Anwendung finde und die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung somit keine Erstattungsansprüche mehr auf § 105 SGB X stützen könnten (*Schreiben vom 20. Mai 2015*).

Die Klägerin verwies demgegenüber u.a. auf Entscheidungen des Bundessozialgerichts (BSG) vom 26. Juni 2007 (B 1 KR 34/06 R, BSGE 98, 267) und 17. Februar 2010 (B 1 KR 23/09 R, BSGE 105, 271), wonach Erstattungsansprüche nach §§ 103, 104 SGB X nicht ausgeschlossen seien, wenn ein erstangegangener Träger in Bejahung seiner Zuständigkeit Rehabilitationsleistungen – auch von Amts wegen – erbracht habe, und im Erstattungsverhältnis zu anderen Trägern eine nachrangige Zuständigkeit des erstangegangenen Rehabilitationsträgers begründet werde, der

in der irrtümlichen Annahme seiner Zuständigkeit den Leistungsantrag nicht weiterleite. Die Klägerin habe den Rehabilitationsbedarf gemäß § 14 Abs. 2 Satz 1 SGB IX a.F. durch Genehmigung des Leistungsantrages vom 22. November 2013 unverzüglich festgestellt, da die beantragte Leistung Gegenstand des für sie geltenden Leistungsgesetzes gewesen sei und sie zum damaligen Zeitpunkt davon ausgehen müssen, dass ihre Zuständigkeit weiterhin aufgrund des Versicherungsfalls vom 6. August 2013 vorliege, sodass eine Weiterleitung zum Zeitpunkt der Genehmigung nicht in Betracht gekommen sei; die degenerative Erkrankungen im Bereich des Kniegelenks objektivierenden Berichte über die histologische Untersuchung des Innenmeniskushinterhorns vom 20. September 2013 sowie das MRT vom 27. August 2013 seien bei ihr erst am 11. bzw. 19. Dezember 2013 eingegangen (Schreiben vom 2. Juni 2015 und 14. Oktober 2016).

Die Beklagte hielt an ihrer Ablehnung fest und verwies darauf, dass nach § 5 Abs. 1 der Gemeinsamen Empfehlung zur Zuständigkeitsklärung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (*Gemeinsame Empfehlung über die Ausgestaltung des in § 14 SGB IX bestimmten Verfahrens <Gemeinsame Empfehlung zur Zuständigkeitserklärung> in der Fassung vom 28. September 2010, Bl. 159 ff. der Prozessakte, im Folgenden: Gemeinsame Empfehlung zur Zuständigkeitserklärung*) der erstangegangene Träger gegen den eigentlich zuständigen Träger einen Erstattungsanspruch gemäß §§ 102 ff. SGB X geltend machen könne, wenn der erstangegangene Träger den Antrag auf Rehabilitation nicht innerhalb von zwei Wochen nach Eingang weitergeleitet habe, weil er nach sorgfältiger und fristgerechter vorangegangener Prüfung im Sinne von § 14 Abs. 1 SGB IX seine Zuständigkeit (irrtümlich) angenommen habe und sich im Nachhinein seine Unzuständigkeit herausgestellt habe. Eine entsprechende Anspruchsprüfung liege hier nicht vor. Aus den vorliegenden Unterlagen sei nicht ersichtlich, ob die Klägerin als erstangegangener Träger ihre Zuständigkeit fristgerecht geprüft und dann irrtümlich bejaht habe, weil ihre Unzuständigkeit aus den Antragsunterlagen für sie nicht ersichtlich gewesen sei (Schreiben vom 22. Juli 2015 und 22. Dezember 2016).

Die Klägerin erwiderte, dass sie im Rahmen des Amtsermittlungsgrundsatzes im Regelfall in der Akte selbst keine internen separaten Zuständigkeitserklärungen fertige, übersandte jedoch eine Fotokopie der Versicherungsfallmaske, aus der die Prüfung am 6. September 2013 nach Eingang des H-Arzt-Berichtes am 5. September 2013 ersichtlich sei. Bis zur Stellungnahme des beratenden Arztes vom 10. Dezember 2013 sei nicht erkennbar gewesen, dass die BGSW aufgrund unfallunabhängiger Erkrankungen erforderlich gewesen sei. Aus den verwaltungsinternen Handlungen und Reaktionen nach Vorlage der Stellungnahme ergebe sich zwangsläufig die irrtümliche Annahme ihrer Zuständigkeit (Schreiben vom 8. März 2017).

Nachdem die Beklagte, die auf die Einrede der Verjährung verzichtete (Schreiben vom 4. Oktober 2017), den Erstattungsanspruch weiterhin zurückgewiesen hatte (Schreiben vom 26. April 2017), hat die Klägerin diesen in Höhe von 4202,10 Euro am 26. September 2017 klageweise beim Sozialgericht (SG) Hamburg geltend gemacht.

Die Beklagte ist dem mit dem Hinweis entgegengetreten, dass nach den von der Klägerin in Bezug genommenen Urteilen des BSG zwar ein Erstattungsanspruch des erstangegangenen Trägers grundsätzlich möglich sei, dass in den Fällen, in denen dieser den Antrag nicht innerhalb von zwei Wochen nach Eingang weitergeleitet habe, jedoch – anknüpfend an die allgemeinen Grundsätze des Erstattungsrechts – danach zu differenzieren sei, aus welchen Gründen die Weiterleitung unterblieben sei, ob der Rehabilitationsträger aufgrund des Antrags seine Zuständigkeit geprüft und bejaht habe, ob er zu keinem Prüfergebnis gekommen sei oder ob er seine Zuständigkeit verneint habe. Eine Korrektur im Rahmen der Erstattung solle danach notwendig sein, wenn der Träger seine Zuständigkeit geprüft und bejaht habe. Voraussetzung sei demnach, dass der Rehabilitationsträger seine Zuständigkeit tatsächlich auch geprüft habe, was die Klägerin vorliegend gerade nicht belegen könne. Insbesondere taue der Ausdruck der Versicherungsfallmaske nicht als Nachweis für eine vorgenommene Prüfung. Die Rentenversicherungsträger seien darüber hinaus der Auffassung, dass die bloße Leistungserbringung ohne eine konkrete Erklärung, die Leistung zunächst in eigener Leistungszuständigkeit zu erbringen, den Anforderungen an eine aktive Bejahung bzw. Feststellung der Zuständigkeit nicht genüge (Hinweis auf R2.8.2 der gemeinsamen Arbeitsanweisung der Rentenversicherungsträger zu § 14 SGB IX in der bis 31. Dezember 2017 geltenden Fassung).

Die Klägerin hat erwidert, dass aus den Entscheidungen des BSG nicht ersichtlich sei, dass bei Rehabilitationsträgern, die Leistungen von Amts wegen erbrächten, eine Prüfung entsprechend den Ausführungen der Beklagten erwartet werde. Nach ihrer Auffassung könne die vom BSG vorgesehene Erstattung nach §§ 103, 104 SGB X auch nicht durch eine gemeinsame Arbeitsanweisung der Rentenversicherungsträger ausgeschlossen werden. Dies entspräche auch nicht dem Grundgedanken des § 19 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (nach dessen Satz 2 Leistungen in der gesetzlichen Unfallversicherung von Amts wegen erbracht werden, soweit sich aus den Vorschriften für die gesetzliche Unfallversicherung nichts Abweichendes ergibt).

Das SG hat über die Klage am 18. Oktober 2018 mit den Beteiligten mündlich verhandelt, ihr mit Urteil vom selben Tag stattgegeben und die Beklagte verurteilt, der Klägerin 4202,10 Euro zu erstatten. Die Berufung gegen das Urteil hat es nicht zugelassen und zur Begründung ausgeführt, dass der Anspruch auf Erstattung der Kosten für die gewährte BGSW auf § 104 SGB X beruhe.

Es sei unstrittig, dass die Klägerin für die Gewährung der stationären Weiterbehandlung unzuständig gewesen sei, da es sich zu diesem Zeitpunkt nicht mehr um eine Behandlung von unfallbedingten Erkrankungen gehandelt habe, weil die operierte und nachbehandelte Kreuzbandteiltraktur sowie die Innenmeniskusruptur rechts nicht aufgrund des Unfallereignisses eingetreten seien. Es sei auch nicht strittig, dass für derartige Behandlungen die Beklagte der zuständige Sozialversicherungsträger gewesen wäre.

Ausschlussgründe nach § 111 SGB X oder § 113 SGB X seien weder vorgetragen worden noch ersichtlich.

Entgegen der Ansicht der Beklagten schließe insbesondere die Vorschrift des § 14 Abs. 1 Sätze 1 und 2 SGB IX a.F. nicht den Erstattungsanspruch des eigentlich unzuständigen Sozialversicherungsträgers aus. Es könne vorliegend dahin stehen, ob und inwieweit es für einen Träger der gesetzlichen Unfallversicherung überhaupt möglich sei, innerhalb von zwei Wochen nach Eingang eines (Leistungs-)Antrages oder nach Kenntnis der intendierten Rehabilitationsmaßnahme in eine „umfassende“ Zuständigkeitsprüfung einzutreten. Denn gerade für den Bereich der Unfallversicherung ergebe sich in einer Vielzahl der Fälle erst im Nachhinein, dass der Unfallversicherungsträger aufgrund unfallunabhängiger Rehabilitations- und Behandlungsmaßnahmen nicht zuständig gewesen wäre. Oftmals vergingen mehrere Monate oder gar Jahre, bis anhand von Zusammenhangsgutachten ein ursächlicher Unfallzusammenhang von Gesundheitsstörungen festgestellt oder abgelehnt werde. Ungeachtet dieser erheblichen Schwierigkeit, die eigene oder gar eine fremde Zuständigkeit bereits innerhalb von zwei Wochen nach einem Unfallereignis festzustellen, verbleibe dem unzuständig leistenden Träger, auch bei Versäumung der Zwei-Wochen-Frist, jedenfalls ein Anspruch auf Erstattung nach den §§ 102 ff. SGG.

§ 14 SGB IX habe neben der schnellen verfahrensrechtlichen Zuständigkeitsklärung gegenüber dem Menschen mit Behinderungen auch materiell-rechtliche Auswirkungen. Der aufgrund § 14 SGB IX zuständige Träger müsse den Antrag nicht nur nach dem für ihn geltenden Leistungsrecht, sondern auch nach den Leistungsgesetzen aller anderen Reha-Träger prüfen und ggf. Leistungen erbringen. Der Betroffene werde so gestellt, als hätte er gleichzeitig bei allen Reha-Trägern einen Antrag gestellt. Sinn und Zweck der Vorschrift sei daher, dass der versicherte Mensch mit Behinderungen nur einen Ansprechpartner haben solle, der – ggf. in Kooperation mit anderen Trägern – alle erforderlichen Leistungen i.S. eines Maßnahmebündels aus einer Hand erbringe. Welcher Träger aber letztlich für die Kosten der Rehabilitation aufzukommen habe, sei eine Frage des Innenverhältnisses der Leistungsträger untereinander und ggf. im Erstattungsverfahren zu klären (Hinweis auf Ulrich in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB IX, 3. Aufl. 2018, § 14 SGB IX, Rn. 5). Ferner diene nach der Gesetzesbegründung zu § 14 SGB IX in der aktuellen Fassung (n.F.) des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3234) die Einfügung des Begriffs „leistender Rehabilitationsträger“ in § 14 Abs. 2 Satz 1 SGB IX der Klarstellung, dass durch die

Vorschrift lediglich die Verantwortung für die Leistungsbewilligung und -erbringung gegenüber den Leistungsberechtigten (Zuständigkeit im Außenverhältnis) geregelt werde, ohne aber damit im Innenverhältnis der Reha-Träger untereinander Zuständigkeiten zu verändern (Hinweis auf Ulrich, a.a.O., Rn. 14). § 14 SGB IX besage letztlich daher nur, dass ein erst-angegangener Träger für die Leistungen an den Versicherten zuständig bleibe, wenn er die Zwei-Wochen-Frist verstreichen lasse, nicht jedoch, dass er gegenüber anderen – materiell-rechtlich vorrangig in der Leistungspflicht stehenden – Sozialversicherungsträgern keine Erstattungsmöglichkeit mehr habe. Wegen der schnellen Klärung der Zuständigkeit gemäß § 14 SGB IX habe auch das Gericht die Möglichkeit, es gegenüber dem Kläger offen zu lassen, wer letztlich endgültig zuständig sei. Denn dies sei eine Frage des Erstattungsstreits zwischen den Trägern (Hinweis auf Ulrich, a.a.O., Rn. 129).

Die Ansicht der Beklagten lege es ohne erkennbare plausible Begründung darauf an, insbesondere Träger der gesetzlichen Unfallversicherung von Erstattungsansprüchen nach den §§ 102 ff. SGB X auszuschließen und neben den Ausschlussgründen der §§ 111 und 113 SGB X noch einen weiteren Ausschlussgrund hinzu zu erdenken. Dies sei – insbesondere vor dem Hintergrund der bereits genannten Gesetzesbegründung zu § 14 SGB IX – unzulässig.

Gegen die Nichtzulassung der Berufung in diesem ihr am 2. November 2018 zugestellten Urteil hat die Beklagte, die dem Rechtsstreit grundsätzliche Bedeutung beimisst, am 22. November 2018 Beschwerde eingelegt, der der erkennende Senat mit Beschluss vom 25. Februar 2019 stattgegeben hat (L 2 U 44/18 NZB).

Im Berufungsverfahren hat die Klägerin ihre Klage hinsichtlich der geltend gemachten Fahrkosten in Höhe von 33,40 Euro zurückgenommen. Hinsichtlich der Kosten der verordneten Kniebandage in Höhe von 64,70 Euro haben die Beteiligten den Rechtsstreit nach Abschluss eines Teilvergleichs, wonach die Beklagte der Klägerin im Rahmen der Krankenversicherung einen Betrag von 58,23 Euro erstattet, für erledigt erklärt.

Mit ihrer Berufung im Übrigen, also hinsichtlich der geltend gemachten Aufwendungen für die BGSW in Gestalt des Abteilungspflegesatzes in Höhe von insgesamt 4104,00 Euro, wiederholt und vertieft die Beklagte im Wesentlichen ihr vorgerichtliches und erstinstanzliches Vorbringen. Voraussetzung für einen Erstattungsanspruch nach § 104 SGB X sei sowohl nach der Rechtsprechung des BSG als auch nach der früheren Gemeinsamen Empfehlung zur Zuständigkeitserklärung, die durch die Gemeinsame Empfehlung „Reha-Prozess“ zum 1. Dezember 2018 abgelöst worden sei, dass der die Erstattung geltend machende Rehabilitationsträger seine Zuständigkeit

geprüft und bejaht habe. Dies habe die Klägerin vorliegend unterlassen. Jedenfalls seien entsprechende Prüfungsschritte nicht dokumentiert, was jedoch zur Wahrung der Systematik der Erstattungsansprüche erforderlich sei. Der von der Klägerin zur Verfügung gestellte, bereits drei Monate vor Beginn der BGSW verfasste Eintrag in die Versicherungsmaske reiche diesbezüglich nicht aus. Eine konkrete Prüfung betreffend die BGSW habe nicht stattgefunden. Die Frage nach den Dokumentationsanforderungen an die Zuständigkeitsprüfung stelle sich im Übrigen in einer Vielzahl von Verwaltungsverfahren, sodass deren Klärung im allgemeinen Interesse liege, um die Rechtseinheit zu erhalten und eine Weiterentwicklung des Rechts zu fördern. Desgleichen sei für eine Vielzahl von Verfahren zu klären, ob eine BGSW mit den medizinischen Rehabilitationsleistungen der Deutschen Rentenversicherung im Sinne des § 104 SGB X vergleichbar sei. Dies sei nach ihrer Auffassung tatsächlich nicht der Fall, sodass ein Erstattungsanspruch nach § 104 SGB X auch daran scheitere. Bei der BGSW handle es sich nicht um eine ganzheitliche Rehabilitationsleistung mit umfassendem, interdisziplinärem Ansatz, sondern um ein Nachbehandlungsprogramm zur vorrangigen Verbesserung der Akutversorgung vor dem Hintergrund des in der Unfallversicherung tragenden Prinzips, den durch den Versicherungsfall verursachten Gesundheitsschaden umfassend – und nicht nur beschränkt auf die Erwerbsfähigkeit – zu beseitigen bzw. zu bessern, eine Verschlimmerung zu verhüten und Schadensfolgen zu mindern (§§ 26 Abs. 2 Nr. 1, 27 bis 34 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch <SGB VII>). Für solche medizinischen Rehabilitationsleistungen sei die Deutsche Rentenversicherung nicht zuständig. Schließlich weist die Beklagte darauf hin, dass sie bereits deshalb nicht als zuständig in Betracht komme, weil sie H. bereits im Jahr 2012 eine Reha-Maßnahme mit der Folge gewährt habe, dass innerhalb einer Vierjahresfrist eine erneute Reha-Maßnahme nur bei Vorliegen dringender gesundheitlicher Gründe erfolgen könne, die hier aber nicht vorgelegen hätten.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 18. Oktober 2018 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung, soweit sie nicht durch Teilrücknahme und Teilvergleich gegenstandslos geworden ist, für richtig und nimmt auf diese Bezug. Ergänzend trägt sie vor, dass nach ihrer Auffassung die im Rahmen der BGSW durchgeführten Maßnahmen grundsätzlich den

Leistungen zur Rehabilitation zuzuordnen seien. Die BGSW umfasse die nach Abschluss der Akutbehandlung in zeitlichem Zusammenhang stehenden medizinisch indizierten stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, insbesondere die intensive Übungsbehandlung (ggf. unter Einschluss arbeitsbezogener Abklärung). Sie finde unter ärztlicher Leitung und stationären Bedingungen in solchen Kliniken statt, die hierfür von den Landesverbänden der gewerblichen Berufsgenossenschaften beteiligt seien. Sie umfasse den Zeitraum, in dem bei schweren Verletzungen des Stütz- und Bewegungsapparates und des zentralen und peripheren Nervensystems zur Optimierung des Rehabilitationserfolgs ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nicht ausreichen oder nicht möglich bzw. nicht durchführbar seien. Die von der Beklagten mit deren § 5 in Bezug genommene Gemeinsame Empfehlung zur Zuständigkeitserklärung seien nach ihren Informationen zum 31. Dezember 2012 gekündigt worden. Die ebenfalls in Bezug genommenen Gemeinsamen Empfehlungen „Reha-Prozess“ seien erst am 1. Dezember 2018 in Kraft getreten und daher vorliegend nicht einschlägig.

Die Klägerin weist auf die Besonderheit hin, dass die Berufsgenossenschaften mit beauftragten Durchgangsärzten arbeiteten. Wenn nach deren ärztlicher Einschätzung die Verordnung einer Maßnahme erfolge, hätte die Klägerin nach den Vorgaben ihrer Geschäftsführung innerhalb von 24 Stunden zu genehmigen oder abzulehnen. Eine konkrete Prüfung könne dann durch den zuständigen Sachbearbeiter erst im Nachhinein erfolgen.

Der Senat hat über die Berufung am 19. Juni 2019 mündlich verhandelt. Zur Ergänzung des Tatbestands wird auf die Sitzungsniederschrift sowie den weiteren Inhalt der Prozessakte und der beigezogenen Verwaltungsakten sowohl der Klägerin als auch der Beklagten Bezug genommen.

### **Entscheidungsgründe**

Die nach Zulassung durch den erkennenden Senat statthafte (§§ 143, 144 Sozialgerichtsgesetz <SGG>) und auch im Übrigen zulässige, insbesondere form- und fristgerecht eingelegte (§ 145 Abs. 1 und 5 SGG) Berufung ist nach teilweiser Erledigung des Rechtsstreits durch Teilrücknahme der Klage und Teilvergleich mit übereinstimmender Erledigungserklärung der Beteiligten vollumfänglich begründet. Das SG hat der zulässigen Leistungsklage (§ 54 Abs. 5 SGG) mit dem angefochtenen Urteil, soweit es nicht gegenstandslos geworden ist, zu Unrecht stattgegeben. Die Klägerin hat gegen die Beklagte keinen Anspruch auf Erstattung der von ihr aus Anlass des Unfalls des H. vom 6. August 2013 getätigten Aufwendungen in Gestalt des für die H. gewährte BGSW angefallenen Abteilungspflegesatzes in Höhe von insgesamt 4104,00 Euro.

Als mögliche Anspruchsgrundlage kommt vorliegend allein § 104 SGB X (Anspruch des nachrangig verpflichteten Leistungsträgers) in Betracht, nach dessen Abs. 1 Satz 1 ein Leistungsträger erstattungspflichtig ist, 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, wenn ein im Sinne des Abs. 1 Satz 2 nachrangig verpflichteter Leistungsträger Sozialleistungen erbracht hat, ohne dass – so auch hier – die Voraussetzungen von § 103 Abs. 1 SGB X (Anspruch des Leistungsträgers, dessen Leistungsverpflichtung nachträglich entfallen ist) vorliegen. Die Voraussetzungen des § 102 SGB X (Anspruch des vorläufig leistenden Leistungsträgers) liegen nicht vor, weil die Klägerin nicht bewusst eine vorläufige Leistung erbrachte. Ein Anspruch nach § 105 SGB X (Anspruch des unzuständigen Leistungsträgers) scheidet aus, weil § 14 Abs. 4 Satz 3 SGB IX a. F. – anders als § 16 Abs. 4 Satz 2 SGB IX n. F. – bestimmt, dass § 105 SGB X für unzuständige Rehabilitationsträger, die eine Leistung nach § 14 Abs. 2 Sätze 1 und 2 SGB IX erbracht haben, nicht anzuwenden sei, es sei denn, die Rehabilitationsträger vereinbarten Abweichendes. Letzteres war im streitgegenständlichen Zeitraum nicht der Fall, weil die Verfahrensabsprache vom 1. Mai 2004, die das unter Nr. 2.2 zugelassen hatte, vom DGUV zum 31. Dezember 2012 gekündigt und noch keine neue getroffen worden war.

Die Vorschriften des SGB IX sind vorliegend einschlägig, weil es sich bei der BGSW um eine Rehabilitationsmaßnahme im Sinne der §§ 5 Nr. 1, 26 SGB IX a.F. (§ 42 SGB IX n.F.) handelt (ebenso: SG München, Urteil vom 8. Dezember 2011 – S 4 KN 244/10, juris; SG Hamburg, Urteil vom 24. Mai 2018 – S 36 U 2/17, juris; T. Dunz in Podzun, Der Unfallsachbearbeiter, Werksstand: 12/17, US0340; BT-Drs. 19/5474, S. 4; Frage als nicht geklärt angesehen von Nehls in Hauck/Noftz, SGB VII, Werkstand: 05/15, § 34 SGB VII Rn. 37), was im Übrigen zwischen den Beteiligten auch nicht streitig ist, auch wenn die Beklagte meint, es handle sich um eine Rehabilitationsleistung für die sie aufgrund ihrer Eigenart grundsätzlich nicht zuständig sein könne. Medizinische Rehabilitation kann als Einsatz von medizinischen Mitteln mit dem Ziel, die aus gesundheitlichen Gründen eingeschränkten Betätigungsmöglichkeiten und damit einhergehende funktionelle Leistungsunfähigkeit des Betroffenen möglichst weitgehend wiederherzustellen, verstanden werden, wobei auch mit dieser Definition das Problem der begrifflichen Unschärfe, die keine exakte Bestimmung des Begriffs der medizinischen Rehabilitation ermöglicht, bleibt, sodass die Zuordnung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation in der Regel nach ihren Zielen und ggf. auch nach der Leitprofession des jeweiligen Trägers erfolgt (Nellissen in jurisPK-SGB IX, 3. Aufl. 2018, § 42 Rn. 22 m.w.N.). Die generelle nachakute, reha bezogene Zielrichtung (vgl. zu diesem Kriterium BSG, Urteil vom 17. Februar 2010 – B 1 KR 23/09 R, a.a.O., bezüglich einer EAP-Behandlung) der BGSW geht aus

der von den Trägern der deutschen gesetzlichen Unfallversicherung, der DGUV und der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, herausgegebenen Handlungsanleitung zur Verordnung, Durchführung und Qualitätssicherung der Physiotherapie/Krankengymnastik – Physikalischen Therapie, der Ergotherapie, der EAP, der BGSW und der Arbeitsplatzbezogenen Muskuloskelettalen Rehabilitation (aktueller Stand: März 2016) hervor, nach deren Definition die BGSW die nach Abschluss der Akutbehandlung in zeitlichem Zusammenhang stehenden medizinisch indizierten stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, insbesondere die intensive Übungsbehandlung (ggf. unter Einschluss arbeitsbezogener Abklärung) umfasst, unter ärztlicher Leitung und stationären Bedingungen in solchen Kliniken stattfindet, die hierfür von den Landesverbänden der DGUV beteiligt sind, und den Zeitraum umfasst, in dem bei schweren Verletzungen des Stütz- und Bewegungsapparates und des zentralen und peripheren Nervensystems zur Optimierung des Rehabilitationserfolges ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nicht ausreichen oder nicht möglich bzw. nicht durchführbar sind. Für einen von dieser Zielrichtung abweichenden Einsatz der bei H. konkret geleisteten BGSW (vgl. auch zu diesem Kriterium BSG, Urteil vom 17. Februar 2010 – B 1 KR 23/09 R, a.a.O.) liegt nichts vor. Vielmehr folgte diese dem generellen Ansatz und zielte darauf ab, im Anschluss an die Phase der Akutversorgung und der ausgereizten Phase der ambulanten Rehabilitation in Gestalt der EAP-Behandlungen eine möglichst rasche und effektive Teilhabe des H. am Leben in der Gesellschaft durch einen speziell dafür ausgebildeten ausgewählten Leistungserbringer zu ermöglichen (vgl. auch zu diesem Kriterium BSG, Urteil vom 17. Februar 2010 – B 1 KR 23/09 R, a.a.O.).

Die Anwendbarkeit des § 14 SGB IX a.F. schließt die Anwendung des § 104 SGB X nicht aus; in den Fällen, in denen ein Träger gegenüber dem Versicherten seine Zuständigkeit geprüft und bejaht hat (§ 14 Abs. 1 Satz 1 i.V.m. Abs. 2 Sätze 1 und 2 SGB IX a.F.), wird für das Erstattungsverhältnis zwischen den Trägern eine nachrangige Zuständigkeit des erstangegangenen Trägers begründet, wenn er nach den Zuständigkeitsregelungen außerhalb von § 14 SGB IX a.F. unzuständig, ein anderer Träger aber zuständig gewesen wäre (BSG, Urteil vom 26. Juni 2007 – B 1 KR 34/06 R, a.a.O.); dies gilt auch, wenn – wie vorliegend – ein Rehabilitationsträger in Bejahung seiner Zuständigkeit Rehabilitationsleistungen von Amts wegen erbringt, wobei dann an die Stelle des Tages der Antragstellung der Tag der Kenntnis des voraussichtlichen Reha-Bedarfs tritt (BSG, Urteil vom 17. Februar 2010 – B 1 KR 23/09 R, a.a.O.).

Das BSG hat in den genannten Entscheidungen überzeugend ausgeführt, dass § 14 Abs. 4 SGB IX a.F. nicht die allgemeinen Erstattungsregelungen der §§ 102 ff. SGB X verdränge, in dem es sich ausführlich mit dem Zweck des § 14 SGB IX a.F. auseinandergesetzt hat, zwischen den betroffenen behinderten Menschen und Rehabilitationsträgern die Zuständigkeit schnell und dauerhaft zu klären und im Interesse behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen durch

rasche Klärung von Zuständigkeiten Nachteilen des gegliederten Systems entgegenzuwirken, ohne dass ein Anreiz geschaffen werden dürfe, zur Wahrung potentieller Erstattungsansprüche Rehabilitationsanträge – mit der Folge einer vermeidbaren Verzögerung – an einen anderen Träger weiterzuleiten, der sich als zweitangegangener Träger gegen seine Zuständigkeit im Außenverhältnis nicht wehren könne (so wohl auch BSG, Urteil vom 4. April 2019 – B 8 SO 11/17 R, s. Terminbericht des BSG vom 5. April 2019 sowie Kurzwiedergabe in SGB 2019, 424). Würde jeder Irrtum eines erstangegangenen Rehabilitationsträgers bei der Annahme der eigenen Zuständigkeit unweigerlich den Ausschluss von Erstattungsansprüchen nach sich ziehen, während eine nachträgliche Prüfung im Rahmen von Erstattungsstreitigkeiten des zweitangegangenen Rehabilitationsträgers stets gewährleistet wäre, könnte dies als Stimulans wirken, Rehabilitationsanträge – und sei es unter fadenscheinigsten Vorwänden – weiterzuleiten. Notwendiges Korrelat der schnellen und strikten Zuständigkeitsklärung im Außenverhältnis unter Beibehaltung des gegliederten Sozialsystems sei mithin ein umfassender Ausgleichsmechanismus, der verhindere, dass Zufälligkeiten oder Entlastungsstrategien zu einer Lastenverschiebung zwischen den einzelnen Rehabilitationsträgern führten. Nicht im Verhältnis zum behinderten Menschen, sondern vielmehr im Erstattungsverhältnis der Rehabilitationsträger untereinander werde dem gegliederten Sozialrechtssystem Rechnung getragen. Dieser Ausgleichsmechanismus sichere zugleich, dass der Rehabilitationsträger seine Zuständigkeit im Rahmen von § 14 SGB IX a.F. bejahen könne, ohne allein deshalb verpflichtet zu sein, im Verhältnis zu anderen Rehabilitationsträgern diese Lasten auch endgültig zu tragen. Ohne eindeutige gesetzliche Regelung könne nicht davon ausgegangen werden, dass der Gesetzgeber die für das gegliederte Sozialsystem konstitutive Ausgleichsmöglichkeit durch Erstattungsansprüche ausschließe (zu Recht zustimmend: Götze in Hauck/Noftz, SGB IX, Stand: 12/12, § 14 Rn. 25).

Allerdings ist – anknüpfend an die allgemeinen Grundsätze des Erstattungsrechts – danach zu differenzieren, aus welchen Gründen die Weiterleitung unterblieben ist: Nur wenn der Rehabilitationsträger aufgrund des Antrags seine Zuständigkeit geprüft und bejaht, kommt ein Erstattungsanspruch nach § 104 SGB X in Betracht; ist er innerhalb der Zweiwochenfrist zu keinem Prüfergebnis gekommen, etwa wegen einer komplizierten Rechtsproblematik, und hat deshalb im Interesse der Beschleunigung eine Weitergabe des Antrags unterlassen, ist eine Kostenerstattung nach den Grundsätzen des vorläufig leistenden Trägers zu erwägen, wie sie entsprechend § 102 SGB X in § 14 Abs. 4 Satz 1 SGB IX a.F. vorgesehen ist; hat der Träger hingegen seine Zuständigkeit verneint und leistet, obwohl ein anderer Rehabilitationsträger nach dem Ergebnis einer Prüfung zuständig ist, kann er keinerlei Erstattung beanspruchen, weil er zielgerichtet in fremde Zuständigkeiten eingreift und damit das Weiterleitungsgebot des § 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX missachtet (BSG, Urteil vom 26. Juni 2007 – B 1 KR 34/06 R, a.a.O.).

Dies vorausgeschickt liegen die Voraussetzungen für einen Erstattungsanspruch der Klägerin nach § 104 SGB X nicht vor.

Dabei entfaltet die eingetretene Bestandskraft des Bescheids der Klägerin vom 22. Januar 2014 gegenüber H. im Erstattungsverhältnis zur Beklagten keine Bindungswirkung. Dieser griff nicht unmittelbar in die Rechtssphäre der Beklagten ein, die nicht Beteiligte im Sinne des § 77 SGG war (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 13. Dezember 2016 – B 1 KR 25/16 R, juris).

Die ebenfalls zwischen den Beteiligten nicht streitige medizinische Bewertung des Kausalzusammenhangs dürfte wohl nicht zu beanstanden sein, was allerdings ebenso offen bleiben kann wie die Frage, ob § 111 SGB X (Ausschlussfrist) oder § 113 SGB X (Verjährung) dem geltend gemachten Anspruch der Klägerin entgegenstünden.

Denn die Klägerin hat ihre Leistung in Gestalt der BGSW nicht rechtmäßig erbracht, was jedoch eine der Grundvoraussetzungen für sämtliche Erstattungsansprüche nach § § 102 ff. SGB X ist (s. nur Becker, „Abgrenzung der Erstattungsansprüche nach § § 103 und 104 SGB X“, in SGB 2019, 253).

Letztlich entspricht das Vorgehen der Klägerin nach der gesetzlichen Wertung der vom BSG gebildeten Fallgruppe, in der jeglicher Erstattungsanspruch ausgeschlossen ist, weil ein Rehabilitationsträger nach Prüfung seine Zuständigkeit verneint und trotzdem leistet und damit zielgerichtet in fremde Zuständigkeiten eingreift und das Weiterleitungsgebot des § 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX a.F. missachtet. Denn sie hat das Weiterleitungsgebot nach § 14 Abs. 3 Satz 1 i.V.m. Abs. 1 Satz 3 SGB IX a.F. missachtet, wonach die Mitteilung des voraussichtlichen Rehabilitationsbedarfs unverzüglich dem Rehabilitationsträger zuzuleiten ist, der die Leistung ohne Rücksicht auf die Ursache erbringt, wenn für die Feststellung der Zuständigkeit die Ursache der Behinderung geklärt werden muss und diese Klärung in der Zweiwochenfrist nach Kenntnis des voraussichtlichen Rehabilitationsbedarfs – hier also nach Eingang der Verordnung bzw. des BGSW-Antrags von – nicht möglich ist.

Entweder war die erst am 10. Dezember 2013 und damit etwa zweieinhalb Wochen nach Eingang der BGSW-Verordnung am 22. November 2013 durch die beratungsärztliche Stellungnahme des Herrn R. erfolgte Klärung in der Frist nicht möglich, sodass die Klägerin die Mitteilung von dem Rehabilitationsbedarf hätte weiterleiten müssen, oder die Klägerin hat es vorwerfbar unterlassen, die Klärung innerhalb der Frist vorzunehmen, wobei einiges für Letzteres spricht. Schließlich ist die Klärung letztlich innerhalb eines Tages nach Anschreiben des Beratungsarztes erfolgt.

Die Frage des Bedarfs für die BGSW war auch noch nicht durch die bis dahin erfolgten Bewilligungen anderer Leistungen wie Verletztengeld, ärztlicher Behandlung und EAP vorab geklärt. Die Klärung hat für jede Reha-Maßnahme gesondert zu erfolgen, wie es vorliegend ja auch durch die bis dahin unterbliebene Einholung der beratungsärztlichen Stellungnahme geschehen ist, wobei sich der Klärungsbedarf – abgesehen von dem Umstand, dass bis dahin noch keine beratungsärztliche Stellungnahme vorlag – der Klägerin noch vor Beginn der BGSW am 6. Dezember 2013 aufdrängen musste, auch wenn Histologie und MRT-Befund erst im Dezember 2013 vorgelegen haben sollten (eine Eingangsdokumentation ist aus der Verwaltungsakte der Klägerin nicht ersichtlich). Die maßgeblichen Tatsachen, die die Zweifel begründeten, die zur Einschaltung des Beratungsarztes am 10. Dezember 2013 führten und von diesem als wesentliche Indizien gegen einen Zusammenhang gewertet wurden, waren bereits zum Zeitpunkt der Verordnung und Genehmigung der BGSW bekannt. Dr. B. hatte bereits im August 2013 das Ergebnis der MRT-Untersuchung wiedergegeben, und auch der Operationsbericht lag vor, der ebenfalls das Vorhandensein degenerativer Vorveränderungen belegte. Auch der letztlich als Argument gegen die Kausalität herangezogene Verlauf hinsichtlich der Ergussbildung war aufgrund der laufend erstellten D- und H-Arzt-Berichte bekannt.

Schließlich liegt in der Verordnung durch die Durchgangsärztin selbst noch keine Klärung des Reha-Bedarfs. Wenn dem so wäre, bräuchte es keine Genehmigung durch die sachbearbeitende Stelle der Verwaltungsbehörde, die jedoch in jedem Fall zu prüfen und die Entscheidung zu treffen hat und sich hierfür – wie auch vorliegend – sachverständiger Hilfe insbesondere in Gestalt von Beratungsärzten bedient. Dass dies notwendig ist, wird vorliegend auch daran besonders deutlich, dass die verordnende Ärztin, die in der Einrichtung tätig ist, in der die verordnete Maßnahme durchgeführt werden sollte und wurde, bei der Verordnung keine behandlungsrelevanten unfallunabhängigen Diagnosen angab, obwohl sich deren Vorliegen aufdrängen musste.

Darüber hinaus weist die Beklagte mit Recht darauf hin, dass die Vornahme der Prüfung des Reha-Bedarfs und dessen Ergebnis nachvollziehbar dokumentiert sein müssen, was sich auch aus der entgegen der Behauptung der Klägerin im Berufungsverfahren nicht nur bis Ende 2012, sondern bis Ende 2017 gültigen Gemeinsamen Empfehlung zur Zuständigkeitserklärung ergibt. Anderenfalls kann der schutzwürdige, auf Erstattung in Anspruch genommene Rehabilitationsträger nicht nachprüfen, welche der drei vom BSG (Urteile vom 26. Juni 2007 – B1 KR 34/06 R – und vom 17. Februar 2010 – B 1 KR 23/09 R, jeweils a.a.O.) genannten möglichen Sachverhaltsvarianten, die einer unterbliebenen Weiterleitung durch den erstangegangenen Träger zu Grunde liegen können, vorliegt, von denen jedoch nur eine einen Erstattungsanspruch nach § 104 SGB X begründen kann, eine unter bestimmten weiteren Voraussetzungen einen Anspruch entsprechend § 102 SGB X, wohingegen eine Variante jeglichen Erstattungsanspruch ausschließt. Es ist kein sachlicher Grund

ersichtlich, warum diesbezüglich an auf Antrag und von Amts wegen leistende Träger unterschiedliche Anforderungen gestellt werden sollten, wie die Klägerin meint.

Eine diesen Anforderungen entsprechende Dokumentation fehlt vorliegend vollständig. Schon das Formular, mit dem ärztlicherseits die BGSW beantragt wird, sieht für den Fall der Genehmigung eine Begründung gar nicht vor, sondern nur das Setzen eines Kreuzes. Dann kann aber nicht festgestellt werden, ob der genehmigende Träger von seiner Zuständigkeit ausgeht, hiervon nicht ausgeht oder Zweifel hat. Dies wirkt sich nach dem Grundsatz der objektiven Beweislast zu Ungunsten des genehmigenden Trägers aus.

Im vorliegenden Sachverhalt wird deutlich, dass in der Praxis möglicherweise übereilte Bewilligungen ohne die erforderliche Prüfung erfolgen, was sich zu Gunsten des erstangegangenen Trägers auswirken kann, der seine eigenen Reha-Kliniken in der Erwartung der Erstattung durch einen anderen Träger, an den er nach Prüfung möglicherweise hätte weiterleiten müssen, besser auslasten kann. Schließlich erfolgte die Genehmigung noch am Tag der Verordnung, obwohl noch etwa zwei Wochen Zeit bis zum Ende der EAP und zum Beginn der BGSW gewesen wären, sich Zweifel zumindest hätten aufdrängen müssen und diese letztlich auch – allerdings erst nach Ablauf von zwei Wochen – zur Einholung einer beratungsärztlichen Stellungnahme führten, die dann trotz Eingangs noch am selben Tag wiederum auch nicht eine unverzügliche Reaktion, z.B. in Gestalt einer nunmehrigen Weiterleitung oder eines Abbruchs der Leistung, hervorriefen, sondern erst im Januar des Folgejahres, zunächst durch Anhörung des H.

Dass die Klägerin angibt, im Interesse einer schnellen und effektiven Behandlung ihrer Versicherten aufgrund interner Vorgaben innerhalb von 24 Stunden ohne konkrete Prüfung über die Ablehnung oder Genehmigung verordneter Maßnahmen zu entscheiden, vermag nichts daran zu ändern, dass diese Vorgehensweise mit dem geltenden Recht nicht in Einklang steht und eine Missbrauchsgefahr beinhaltet.

Letztlich muss die Klägerin sich vorhalten lassen, entgegen den Warnungen ihres eigenen Spitzenverbandes, der DGUV, in den Rundschreiben vom 24. April 2013 und 4. November 2013 vorgegangen zu sein, obwohl ihr danach das Risiko des Verlustes eines etwaigen Erstattungsanspruchs nach Kündigung der Verfahrensabsprache hätte bewusst sein müssen, möglicherweise auch bewusst war.

Da nach Überzeugung des Senats aus den genannten Gründen kein Erstattungsanspruch der Klägerin gegen die Beklagte besteht, kann offen bleiben, ob, wie die Beklagte meint, ein solcher auch daran scheiterte dass es sich bei der BGSW um eine medizinische Rehabilitationsleistung handle,

für die die Deutsche Rentenversicherung nicht zuständig sein könne. Es spricht allerdings einiges dafür, die BGSW als dem Grunde nach den Erstattungsansprüchen gegenüber Rentenversicherungsträgern unterfallende kongruente Leistung (vgl. zu diesem Begriff: Becker, „Erstattungsansprüche der Leistungsträger untereinander: Wie „gleich“ müssen die Leistungen sein?“, in WzS 2017, 3) anzusehen, wie es das BSG bereits hinsichtlich der EAP getan hat (Urteil vom 17. Februar 2010 – B 1 KR 23/09 R, a.a.O.).

Ebenfalls offen bleiben kann die Frage, ob die Beklagte vor dem Hintergrund des § 104 Abs. 3 SGB X, wonach sich der Umfang des Erstattungsanspruchs nach den für den vorrangig verpflichteten Leistungsträger geltenden Rechtsvorschriften richtet, den Einwand erheben könnte, eine vergleichbare Leistung hätte billiger erbracht werden können, zum Beispiel in eigenen Kliniken mit geringerem Pflegesatz (eine derartige Vorgehensweise wohl zu Recht verneinend: LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 24. April 2015 – L 8 AL 2430/12, juris; Böttiger in Diering/Timme, SGB X, 4. Aufl. 2016, § 104 Rn. 29).

Soweit die Beklagte in der mündlichen Verhandlung vor dem erkennenden Senat vorgetragen hat, sie habe H. bereits 2012 eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation erbracht, sodass innerhalb einer Vierjahresfrist eine erneute Gewährung nur infrage komme, wenn dies aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich sei (§ 12 Abs. 2 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch), woran es hier fehle, hat der Senat sich nicht zu diesbezüglichen weiteren Ermittlungen genötigt gesehen, weil die Berufung der Beklagten bereits aus anderen Gründen Erfolg hat.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG i.V.m. § 154 Abs. 1, § 155 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 sowie § 161 Abs. 2 Satz 1 Verwaltungsgerichtsordnung. Die Klägerin ist fast vollständig unterlegen, überwiegend aufgrund der Entscheidung des Senats in der Hauptsache, zum Teil aufgrund der Rücknahme hinsichtlich der geltend gemachten Fahrkosten und zum Teil hinsichtlich der geltend gemachten Kosten für die Kniebandagen, deren Erstattung die Beteiligten in dem zur Teilerledigung des Rechtsstreits führenden Teilvergleich geregelt haben. Der geringfügige Umfang des Obsiegens der Klägerin führt nicht zur Bildung einer Kostenquote.

Der Senat hat die Revision wegen grundsätzlicher Bedeutung der Rechtssache zugelassen (§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG).